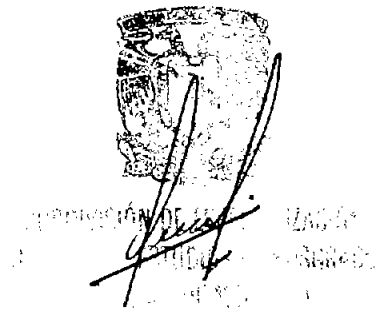


11241

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



Facultad de Medicina

DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS DE POSGRADOS
DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD
EN PSIQUIATRIA

TITULO:

“Asociación Entre Depresión y Síntomas Negativos
Positivos, y Extrapiramidales en Paciente con
Esquizofrenia”

PRESENTA

DRA. LUZ MIREYA CRUZ ALVARADO


DR. MIGUEL HERRERA ESTRELLA
ASESOR TEORICO


DR. FRANCISCO LOPEZ SALAZAR
ASESOR METODOLOGICO

FEBRERO DEL 2002.

2004



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.

En estas líneas deseo dar un agradecimiento al Dr. Alejandro Díaz Martínez y a la Dra. Claudia Foullieux quienes me dieron su apoyo, y la oportunidad de graduarme como psiquiatra clínica. Asimismo a su equipo de trabajo no quisiera dejar de mencionar a mis tutoras quienes terminaron de troquelear mi formación profesional: Dra. Silvia Ortiz de León y Dra. Beatriz Arechavaleta.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Luz Miriam Cruz

Alejandro

FECHA: 6-Enero-03

FIRMA: [Firma]

ESQUIZOFRENIA

	Página
1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. MARCO TEORICO.....	2
3. ANTECEDENTES HISTORICOS.....	3-5
4. EPIDEMIOLOGIA.....	6-7
5. PATOGENIA	8-9
6. CUADRO CLINICO	10-15
7. CRITERIOS PARA DIAGNOSTICO	15-17
8. OBJETIVO	18
9. METODOLOGÍA.....	19
10. MATERIAL Y METODOS.....	20
11. CONSIDERACIONES ETICAS.....	21
12. RESULTADOS.....	22-24
13. DISCUSIÓN.....	25
14. CONCLUSIONES	26
15. BIBLIOGRAFÍA.....	27-29

INTRODUCCION

La esquizofrenia es una enfermedad mental generalmente crónica, progresiva y que provoca deterioro en los procesos de adaptación psicológica, individual, familiar, laboral y social; con tendencia hereditaria, y en la que se han documentado anomalías en el desarrollo del cerebro y de los procesos cognoscitivos y que se caracteriza por un cortejo sintomático variado. En la actualidad la esquizofrenia resulta ser uno de los trastornos psiquiátricos importantes por su prevalencia como su por el interés en estudiar una gama de síntomas que se puede presentar en ella, es por ello que esta tesis se basó en la medición de los denominados síntomas positivos, como de los negativos y su correlación con los síntomas positivos y los síntomas extrapiramidales. El presente estudio pretende describir aspectos relacionados compararlos, realizando una comparación entre la esquizofrenia, la depresión, los síntomas extrapiramidales, los negativos.

MARCO TEORICO

Sin lugar a duda la esquizofrenia es un padecimiento en el cuál ha sido particularmente difícil definir las condiciones mórbidas, ya que los conceptos utilizados en estas definiciones han partido siempre de la observación clínica y pretenden construir una descripción de la enfermedad a partir de sus diferentes síntomas.

Se trata de una enfermedad mental, generalmente crónica, progresiva y que provoca un deterioro en los procesos de adaptación psicológica, individual, familiar, laboral y social con alguna tendencia hereditaria; en ella se han documentado anomalías en el desarrollo del cerebro y de los procesos cognoscitivos, y se caracteriza por una serie de síntomas muy variados, que incluyen *síntomas positivos* como las alucinaciones, los delirios y la desorganización conceptual y *síntomas negativos* como embotamiento afectivo, apatía, desmotivación, incapacidad progresiva para socializar e improductividad.

ANTECEDENTES HISTORICOS.

Hablar del origen de la esquizofrenia nos obliga a introducirnos en una fascinante controversia que no tan solo abarca el campo de la medicina o de las ciencias, sino, que se extiende al de la filosofía y las religiones.

La historia de la locura es sin lugar a dudas la historia misma de la humanidad. La existencia de personas mentalmente sanas y personas mentalmente enfermas ha sido un fenómeno al que se le han concebido las más variadas explicaciones; en los primeros tiempos de la humanidad, las personas enfermas constituían una especie de vínculo entre el hombre, la divinidad y las experiencias anormales ya que eran entendidas como un don con el que los elegidos eran tocados por la deidad para establecer comunicación con el divino, así que se convertían en chamanes o sacerdotes con facultades peculiarísimas.

En esta concepción mágica, la enfermedad toma diversos rumbos durante la edad antigua y tanto los griegos con Hipócrates a la cabeza, como los árabes con Avicena, parecen coincidir en que no se trata de dones, sino de padecimientos que deben sufrir quienes lo portan y a quienes se debe ayudar, aunque nunca llegue a saberse como.

La edad media representa una demoledora antítesis para la cultura clásica, las ciencias y la medicina en particular. El culto religioso se vuelve el único motor de la existencia y del sentido del hombre. Todo aquello que no aporta la deidad se convierte en vano y posteriormente en pecaminoso. En este contexto, las enfermedades mentales son primero castigo de Dios, y más adelante una clara evidencia de posesión demoníaca y de alianza con Satanás. Quienes la sufren, a menudo son atormentados y quemados en el intento de salvar su alma.

Con la aparición de la Ilustración en Europa se sientan las bases para el surgimiento del pensamiento científico en la medicina y para una profunda revolución humanitaria que esté dispuesta a comprender el sufrimiento mental y tenderle la mano a sus víctimas. Un médico francés, Philippe Pinel tiene el honor histórico de encabezar esta lucha.

A Pinel le siguen otros en Francia, Europa y en América; todos pretenden entender a los enfermos e intentar descubrir el origen de su grave mal. Es hasta la mitad del siglo XIX, que se dispone de elementos para hacer el primer planteamiento causalista de las *psicosis*. Para ello se buscan propuestas médicas de orden biologicista que equiparan el mal mental con la enfermedad cerebral, avanzando al mismo tiempo en su estudio clínico y clasificación. Kraepelin y Von Jaegerg son representantes connotados de esta tendencia, la cual comienza a ser complementada por las propuestas psicologistas, que son indiscutiblemente mérito de Freud.

Es en el siglo XIX cuando surge la controversia entre el origen biológico y el origen psicológico de la Esquizofrenia, la cual en gran medida persiste hasta la fecha.

ANTECEDENTES

Durante los últimos años se ha puesto especial atención en algunos específicos síntomas y se han establecido tipologías, como la de Crow que los divide en tipo I y tipo II, tomando en cuenta el predominio de síntomas positivos o negativos y la presencia o ausencia de déficit cognoscitivos (Ortega), debido a la gran complejidad de esta enfermedad, se

Ha dado importancia a los síndromes que coexisten en la esquizofrenia, entre los que se encuentra en la depresión que es que compete este estudio.

Se han propuesto variedad de teorías para explicar la ocurrencia relativamente común de depresión en pacientes esquizofrénicos. McGlashan y Carpenter (1976) han utilizado el término depresión post-psicótico implica que los síntomas ocurren durante la recuperación de un episodio psicótico y constituye la reacción de los pacientes a su reciente experiencia

Con la realidad (Knights y Hirsch 1981), encontrando características depresivas identificadas durante el relapso tendían a disminuir en grado de severidad con una efectiva terapia de droga antipsicótica, en paralelo con fenómenos psicóticos, por lo tanto sugirieron que la depresión puede revelarse cuando los síntomas más floridos disminuyen con el tratamiento.

Los síntomas negativos primarios se refieren a aspectos de comportamiento normal que sea han vuelto deficientes (Andreasen 1990), y estos divide en síntomas negativos primarios y Secundarios.

1.- Síntomas negativos primarios: se refieren a la disminución de afecto, la pobreza en el habla como características permanentes.

2.- Síntomas negativos secundarios: como la retracción social y emocional pueden resultar de la preocupación por experiencias internas temores paranoicos o un esfuerzo intencional

Por parte del paciente para reducir las interacciones sociales.

Es aceptada la importancia clave de síntomas negativos primarios, es necesario distinguir entre un afecto deprimido y no aplanado o disminuido. Un afecto deprimido y uno aplanado. Un afecto deprimido puede aparecer restringido en comparación con el repertorio completo emocional del estado eutímico, por lo tanto se conceptualiza el síntoma de un afecto disminuido en términos de una limitación del rango de reacción emocional, entonces el estado de depresión puede juzgarse como representante de un afecto disminuido.

De la misma forma síntomas como letargo, falta de energía y anhedonia son comunes en la depresión y a los síntomas negativos. La evaluación de ambos síntomas depresivos y negativos depende del reporte confiable de cada paciente, sin embargo los pacientes psicóticos no podrán comunicar eficazmente sus emociones. Además algunos pacientes

Esquizofrénicos pueden mostrar disociación entre su afecto y el contenido del lenguaje.

Por lo tanto, como otro obstáculo a una evaluación confiable, el reporte de un paciente de su estado depresivo y sus depresiones cognitivas pueden no estar acompañado de un afecto típico depresivo (Barnes y MC Philips 1995).

EPIDEMIOLOGIA.

De acuerdo a Tusquets y Murcia, la epidemiología estudia la distribución de la enfermedad entre la población así como su morbilidad y los factores que causan su desarrollo y evolución.

Un axioma fundamental de la epidemiología médica habla de la existencia de diferencias en la distribución espacial de la incidencia y de la prevalencia de todas las enfermedades conocidas, según diferentes regiones geográficas, por lo que clásicamente se viene pensando que en la base de tales diferencias, deberían hallarse importantes indicios de la etiología de tales enfermedades, y podría llegarse incluso al aislamiento de los factores causales.

No parece, sin embargo que las enfermedades esquizofrénicas se comporten de acuerdo a este principio, tanto que harán decir Eaton que la esquizofrenia es una enfermedad no muy frecuente desde la perspectiva epidemiológica.

A finales de década de los sesenta, la organización mundial de la salud en nueve países su clásico estudio piloto internacional de la esquizofrenia. El estudio encontró que la esquizofrenia afectaba por igual a todas las poblaciones del globo. Un trabajo de la OMSS en 12 países reforzaba la misma conclusión. El fundamento de la posición que podríamos calificar de oficialista, encabezada por Assen Jablensky y Norman Sartorius que da por establecido que la esquizofrenia incide y prevalece con cifras más o menos semejantes entre las distintas poblaciones del mundo.

Frecuencia.

De acuerdo con diferentes autores, encontramos desde quienes dicen que de la enfermedad se produce *un caso por cada quinientas personas*, hasta quienes reportan *un caso por cada cincuenta*, esta variabilidad se ha atribuido a las diferencias en la metodología epidemiológica.

Sin embargo, cifras aceptables nos dicen que la enfermedad se presenta en el 0.5 al 1% de la población general.

Prevalencia por sexos.

No existe una tendencia importante de la enfermedad en lo que a sexo se refiere afectando igualmente a la población femenina como a la masculina.

Edad de inicio.

La edad de inicio más común de los síntomas es entre los 15 y los 35 años de edad, pudiendo aparecer en promedio 3 años antes en los hombres que en las mujeres. De hecho sabemos que el 50% de los casos es diagnosticado antes de los 25 años de edad. Con menos frecuencia la enfermedad es detectada antes de los 10 años de edad o después de los 40.

Finalmente es necesario mencionar que se le atribuye a la enfermedad una tendencia estacional, siendo más frecuente la presentación de la misma en los meses de invierno y al inicio de la primavera.

PATOGENIA.

Como ya se anotó anteriormente, es en el siglo XIX cuando nace la controversia entre el origen biológico y el origen psicológico de la esquizofrenia, y a partir de entonces esta controversia se ha seguido profundizando, a grado tal que nos hemos familiarizado con esta concepción de la enfermedad que implica biogénesis y socio-génesis, actuando en un intercambio mutuo (Bleuler, concepción de "órgano-dinámica").

Esquizo significa escisión y frenos es pensamiento, por lo que podemos denominar la esquizofrenia como una rotura de la mente, fundamentalmente en dos planos por un lado, sentimientos y pensamiento y por otro lado, rotura de la relación con el mundo exterior.

Por otra parte estudios psicoanalíticos señalan que existe en el paciente una regresión narcisista y una alteración original de las relaciones objetales, como eventos psicopatológicos fundamentales.

De cualquier modo debe quedar claro que el pensamiento simplista unicausal de la enfermedad, inoperante aún para enfermedades infecciosas tiene poco que hacer cuando hablamos de una psicosis. De manera acorde con el nuevo enfoque, podemos hacer a un lado la etiología o causa única, reconociendo que una enfermedad mental como la esquizofrenia es un proceso completo, producto de la interacción de factores de muy diversos tipos que a continuación describimos:

1. FACTORES GENÉTICOS (Herencia biológica).
2. FACTORES DE ESTRUCTURA Y DE ORIGEN CEREBRAL (anormalidades neuroanatómicas).
3. FACTORES NEUROQUÍMICOS (disfunción de la neurotransmisión).
4. FACTORES DE DESARROLLO PSICOLÓGICO (crianza),
5. FACTORES SOCIOCULTURALES.

FACTORES GENÉTICOS

Los estudios de la herencia biológica en la esquizofrenia derivan de la observación clínica de una frecuencia de casos estudiados en familiares, de ella se han desprendido un importante grupo de observaciones:

- A) La mayor parte de las familias de un esquizofrénico no son afectados por la enfermedad, el riesgo aumenta mientras más grande es la familia y disminuye en familias pequeñas.
- B) Mientras más cercano sea el parentesco con el enfermo, mayor es la posibilidad de compartir genes y desarrollar la enfermedad.
- C) Para los hermanos e hijos el riesgo es de un 10%.

- D) Si ambos padres se hallan afectados por la enfermedad el riesgo que sus hijos desarrollen esquizofrenia se eleva hasta en un 45%.
- E) En lo referente a los mecanismos genéticos en sí, los estudios iniciales que reportaban alteraciones en el cromosoma 5 detectadas en familias de esquizofrénicos en Islandia e Inglaterra, no han sido concluyentes dado que existen muchas familias que muestran la modificación de dicho cromosoma y no han presentado la enfermedad.

En cuanto a los demás factores no existe un acuerdo o un consenso y por eso no lo mencionamos en este trabajo.

CUADRO CLINICO.

Son escasos los campos de la medicina en los que la descripción clínica de una enfermedad sea tan abundante y variada como lo es para la esquizofrenia. La observación clínica acuciosa y la consignación detallada de dicha observación para construir propuestas nosograficas coherentes ha cumplido ya más de doscientos años a partir del concepto de demencia precoz de Morel, fuertemente influido por el psicoanálisis Bleuler combina por primera vez el estudio descriptivo con el esfuerzo interpretativo, intentando penetrar a la dinámica del proceso esquizofrénico.

Este trastorno fundamental lo expresa con la palabra esquizofrenia "hendidura", escisión o Disociación mental. Este corte o ruptura del psiquismo básico de el derivan los síntomas primarios negativos y positivos. La respuesta del psiquismo a este déficit a estos síntomas primarios trascurre veredas patológicas y es lo que produce abundante afloramiento de síntomas.

LOS SÍNTOMAS POSITIVOS

Son aquellos que afectan profundamente el pensamiento, al lenguaje, a la sensopercepción, a la capacidad de juicio y al comportamiento motor.

AFECCIONES DEL PENSAMIENTO.

- Trastornos del pensamiento:

A pesar de una inteligencia que parece conservada, el enfermo pierde cohesión, armonía y la eficacia de su pensamiento, este parece desordenado y lentificado. La producción de ideas es caótica y mal dirigida y las asociaciones se encadenan por contaminación, derivación y sustitución, con falta evidente de lógica y terminando en absurdas y extravagantes. Un fenómeno notable es la "intercepción" del pensamiento, el cual se detiene de manera brusca y durante algunos segundos, con frecuencia sin que el enfermo lo advierta, reanudándose el mismo tema u otro surgido en forma brusca.

Los paciente también pueden experimentar sensaciones de robo, lectura, o transmisión del pensamiento, o bien de control o de inserción del pensamiento los cuales reconoce como ajenos.

- Trastornos del contenido del pensamiento.

Esta expresión se refiere a la aparición de ideas delirantes, a veces sin nexos

de sentido o frecuentemente organizadas en forma de delirio. Estas ideas de acuerdo a Vallejo Nájera, tienen como característica el ser falsas, patológicas, irrefutables, incomprensibles psicológicamente y no derivadas de otro síntoma o vivencia. No es raro que los delirios tengan un origen primario y aporten situaciones absurdas ilógicas, o inverosímiles. Se inician con vivencias extrañas en sí mismas, o vivencias de despersonalización durante las cuales pueden dejar de ser quienes son y cambiar a otras vivencias de influencia o control.

Las percepciones e interpretaciones delirantes primarias se atribuyen a un significado, absurdo generalmente, al cual ha hecho objeto.

Los delirios clásicos pueden versar sobre extraterrestres, asuntos mágicos, o sobrenaturales, y son frecuentemente no sistematizados, aunque no es raro que los paciente tengan delirios de tipo persecutorio y de daño muy similares a los enfermos paranoicos a tal grado que esta categoría deriva de ellos su nombre como: *variedad paranoide*.

Este delirio tiende a ser una sistematización. La sensación de irrealidad y a veces la vivencia del "ya no ser" o estar muerto pueden ser y formar parte de un pensamiento típico del enfermo. Resulta claro que este tipo de pensamiento anormal lleve a quienes lo padecen a graves dificultades para hacer juicios de realidad, de manera que distinguir entre vivencias propias reales y las que no lo son, resulte imposible para los pacientes.

La realidad se juzga desde la perspectiva de las vivencias internas y ya no mas desde la capacidad y advertencia del entorno.

TRASTORNOS DEL LENGUAJE.

El lenguaje es tan sólo la expresión verbal de lo que pensamos, de manera que si separamos ambas funciones lo hacemos únicamente con el fin de describir.

Los esquizofrénicos tienen importantes problemas para comunicarse desde el inicio de su enfermedad. Esto suele agravarse con el tiempo. Vuelcos a la vivencia interior, ensimismamiento y una escasa reactividad al medio suelen ser habituales. La conversación con ellos suele ser difícil, a veces hablan en voz baja, musitada e imperceptible, llena de suspicacia y simbolismos, a veces arrancada en tirones y muchas otras veces con evidente mutismo; *el enfermo sencillamente no se comunica*.

Mas que una conversación puede darse el monólogo en el que el enfermo se refiere a

sus vivencias y en el que preguntas y respuestas no son verdaderos elementos de intercambio.

Puede faltar la intención unificadora del pensamiento en su fonética; el ritmo y la entonación pueden estar desintegradas y a veces las palabras pueden estar mutiladas, condenadas o deformadas.

La semántica puede cambiar y el enfermo puede fabricar nuevas palabras (neologismos). Puede aparecer disgregación o incoherencia de diferentes grados hasta llegar a convertir un discurso de algo totalmente absurdo o inentendible.

TRASTORNOS DE LA SENSOPERCEPCIÓN

ALUCINACIONES DE TIPO AUDITIVO. El paciente escucha voces que con frecuencia pueden ser de varias personas, conversan y se refieren a sus pensamientos o a su comportamiento. Le critican, le hacen recomendaciones, le juzgan o le dan órdenes frecuentemente. El contenido repetitivo de estas voces no son raros y el enfermo puede escuchar una sola palabra o frase durante días o semanas. Otras veces puede no tratarse de voces si no de diferentes ruidos.

LAS ALUCINACIONES CINESTÉSICAS y del esquema corporal también han sido descritas como características del esquizofrénico. Pueden tener rasgos tan fantásticos, que en ocasiones resulta difícil distinguir entre alucinación y delirio. Cuando un enfermo inicia con las alucinaciones, al comienzo queda sorprendido angustiado y aterrorizado, en un principio teme volverse loco, pero en un lapso corto, puede aceptarlas como parte de la realidad.

TRASTORNO DE LA CONDUCTA MOTORA.

Este tipo de trastorno puede dominar todo el cuadro, como el caso de las catatonías, o bien pueden estar presente con el resto de los síntomas.

Algunos de los trastornos motores ocurren al iniciar el movimiento o para suspender algún tipo de movimiento estereotipado, así como también las expresiones paradójicas o ambivalentes, la contracción de músculos de la cara sin la sinergia habitual, la incoordinación entre la emoción y su expresión (sonrisas discordantes), las afectaciones de los movimientos (manerismos), las conductas repetitivas de actitudes, de gestos o de palabras, o el expresar fragmentos de delirios o construir ritualizaciones, delirios o simbolismos (estereotipias) o las conductas de negación al iniciar movimientos (negativismo). La condición extrema de afección motora la constituyen los episodios de catatonía es decir, la inmovilidad completa con catalepsia, estupor, y flexibilidad "cérea" de la extremidades que pueden prolongarse por horas, días o semanas, y que agotan al enfermo. También puede suceder que este componente de afección motora extrema sea de tipo agitado, con conductas estereotipadas que pueden llegar a ser extremas y de

nula reactividad al medio.

SINTOMAS NEGATIVOS

Son aquellos que se evalúan cuando el paciente queda en una fase de "inmovilidad", inexpressividad y de actitud motora disminuida.

En la mayoría de los pacientes esquizofrénicos y durante los episodios negativos, los pacientes sufren, cada vez menos, de sospecha y agresividad paranoide durante los episodios psicóticos. En consecuencia los pacientes parecen menos perturbados al ver a sus familiares, amigos y ambiente inmediato. Por otro lado las funciones psicológicas de los pacientes están muy alteradas. Los pacientes reducen el contacto con amigos parientes, reducen sus actividades ocupacionales, o sociales descuidan su higiene personal y no pueden cuidar de si mismos. En algunas formas de esquizofrenia, el síndrome negativo es la característica principal.

En la hebefrenia, y otras formas de esquizofrenia indiferenciada, destacan la falta de afecto y motivación, mientras que los delirios sistematizados son raros.

El síndrome negativo también ocasiona restricciones en cuanto a la calidad de vida, lo cual se relaciona con incremento sustancial en cuanto al costo de los cuidados de la salud, debido a que los pacientes deben ser atendidos constantemente y no pueden ganarse la vida.

HIPÓTESIS SOBRE LA ETIOLOGÍA DE SÍNTOMAS NEGATIVOS

La etiología del síndrome negativo es poco clara. En los pacientes esquizofrénicos se han encontrado relaciones entre el síntoma negativo, y los cambios morfológicos cerebrales, en las estructuras frontales y temporolímbicas, así como en los ganglios basales.

Mientras la hipótesis convencional de la dopamina en esquizofrenia se basa en la suposición de disfunción en el sistema límbico, en estudios recientes se han encontrado evidencias que sugieren otras estructuras cerebrales. Pueden estar relacionados con la patogenia de la esquizofrenia, en numerosas investigaciones, se encontraron diferencias entre los esquizofrénicos y los individuos control: ventrículos agrandados, además de cisternas también

agrandadas en la superficie cortical. En las investigaciones con tomografía por resonancia magnética mostraron una reducción de 10 al 15% en lóbulo temporal y menores volúmenes en áreas secundarias de asociación frontal, parietal y temporal. En

la tomografía por emisión de positrones (PET), se observaron signos de metabolismo, frontal reducido en pacientes sin tratamiento previo a neuroléptico. Con frecuencia estos cambios estaban presentes en el momento que se inició la enfermedad y no se incrementaron al progresar.

HIPOTESIS SOBRE LA ETIOLOGIA DE LOS SINTOMAS NEGATIVOS:

Hay algunas hipótesis para explicar el síndrome depresivo en esquizofrenia.

- 1.-En la hipótesis de causa natural, se considera que los síntomas depresivos representa en el curso natural del episodio esquizofrénico independiente de la terapia farmacológica, Bleuler (1911), Conrad (1913), y Kraepelin (1913).
- 2.-La hipótesis de "depresión revelada" postula que el síntoma depresivo puede acompañar un episodio psicótico, pero no se puede hacer evidente antes de la remisión del episodio (Hirst). "la depresión pospsicótica puede representar un complejo sintomático ya existe con una remisión más lenta que la psicosis aguda. Otros autores: Donlon, House, Moller, Zerksen , han descrito una disminución más que aumento en las calificaciones de la depresión cuando ésta fue evaluada antes y después que un episodio psicótico se tratara con neurolépticos.
- 3.-La hipótesis de la reacción comprensible, descrita por MC Glashan y Carpenter, sugiere que la depresión pospsicótica puede ocurrir como una reacción a hecho de haber estado enfermo, cuando se recobra la percepción durante la recuperación de una psicosis.
- 4.-En la hipótesis de Drake y Cotton, el "Diagnostico equivocado" se asume que la presencia de síntomas depresivos, pone en dicho diagnóstico. En estos casos el diagnóstico correcto podría haber sido trastorno esquizoafectivo.
- 5.-Hipótesis Knights y SIC de la "coincidencia" puede considerarse cuando la depresión y la esquizofrenia ocurren de manera simultánea, por casualidad. Sin embargo la probabilidad estadística de que estas enfermedades se presenten durante el mismo periodo es baja.
- 6.-Hipótesis de MC Glasean, los "síntomas negativos" sostienen que son llamados síntomas depresivos, durante el periodo de remisión son en realidad síntomas negativos (aplanamiento afectivo, retardo psicomotor, letargo, falta de motivación y anhedonia).
- 7.-La hipótesis de depresión fármaco genética, asume que la medicación es responsable, de los síndromes depresivos, las observaciones hechas por Barres, Ebrios

y Balbuena, señalaron esta posibilidad, otros autores encontraron una correlación entre la dosis del neuroléptico y la depresión. En estudios de doble ciego demostraron resultados divergentes no encontraron diferencias en las calificaciones de depresión después de administrar clorpromazina, y placebo, Wistdest encontró mas depresión en

6 pacientes que no remitieron con el placebo que en 16 pacientes tratados con neurolépticos.

8.-La hipótesis de la Depresión acinesia, fue acuñada cuando encontraron correlaciones positivas entre las calificaciones depresión y acinesia como parte del parkinsonismo inducido por neurolépticos, Una alta correlación entre parkinsonismo y depresión puede tener dos explicaciones: la primera la depresión puede tener un efecto tóxico al fármaco mediado por receptores dopaminérgicos en el sistema nigroestriado. La segunda, dado que la depresión es muy frecuente en pacientes con enfermedad de Parkinson, entonces la depresión observada por los psiquiatras pudiera ser una interpretación errónea de acinesia (seudo depresión acinética).

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE ESQUIZOFRENIA

A).-**Síntomas positivos** característicos dos o más de los siguientes, cada uno de ellos, presentes durante una parte significativa de un periodo de un mes:

1. Ideas delirantes.
2. Alucinaciones.
3. Lenguaje desorganizado.
4. Comportamiento catatónico.
5. Síntomas negativos.

B).-**Disfunción laboral:** Si esta se presenta durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración en una o más áreas importantes de la actividad relacionada con el trabajo, las relaciones interpersonales y el cuidado de uno mismo, llegando a estar claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno.

C) **Duración:** Persistente en signos continuos de la alteración durante menos seis meses, debe incluir síntomas que cumplan el criterio A y puede incluir síntomas prodrómicos y residuales.

D).-**Exclusión de los trastornos esquizoafectivos y del estado de ánimo.**

E).-**Exclusión de consumo sustancias y enfermedad médica.**

F).- **Relación de un trastorno generalizado del desarrollo.**

CRITERIOS DEL CURSO LONGITUD

1. Episodio sin síntomas residuales ínter episódicos.
2. Continuo
3. Episodio único en remisión parcial.
4. Episodio único en remisión total.
5. Otro patrón no especificado.
6. Menos de un año desde el inicio de los primeros síntomas en fase activa.

SINTOMAS NEGATIVOS

- Afecto inapropiado o embotado
- Retraimiento emocional
- Aislamiento
- Dificultad para pensar en lo abstracto
- Flujo del pensamiento
- Pensamiento estereotipado.

SINTOMAS DE DEPRESION PARA LA ESQUIZOFRENIA

- Humor bajo
- Desesperanza
- Auto devaluación ideas de referencia o culposas
- Culpa patológica.
- Depresión matutina
- Despertar temprano
- Suicidio
- Depresión al ser observado.

SÍNDROME DEPRESIVO EN ESQUIZOFRENIA

Algunas veces los síndromes negativos y depresivos en esquizofrénicos no se diferencian.

De hecho hay cierto traslape de los síntomas. El retraimiento emocional, la falta de motivación y la pérdida del interés pueden ocurrir en ambos síndrome. El cuadro muestra los síntomas diferenciales para los síntomas negativos y depresivos sin embargo se pueden encontrar una diferencial sustancial entre estos síntomas en término del afecto. Mientras que el afecto esta aplanado en el síndrome negativo, en el deprimido el humor esta deprimido, triste, pero no aplanado.

DIFERENCIAS ENTRE LOS SINTOMAS NEGATIVOS Y DEPRESIVOS.

Síntoma Negativo	Ambos Síntomas	Síntoma Depresivo
Aplanamiento del afecto	Pérdida del interés	Humor Triste
Afecto embotado	retramiento emocional	Ideas desesperanzas
Pobre modulación	Evita contacto externos	Ideas suicidas
Mutismo	Declinación en el desempeño ocupacional	Falta de apetito y perdida de peso.
Dificultad para pensar	Negligencia en cuanto a Higiene personal.	Trastornos del sueño
Pérdidas	Apatía, inhibición psicomotora	Independientemente ideas paranoides o voces imperativas

SINTOMAS EXTRAPIRAMIDALES

- Expresión facial rígida.
- Temblor
- Aquinesia
- Aumento del tono muscular del antebrazo.
- Acatisia
- Distonia.

OBJETIVO:

1. Describir la severidad de los síntomas positivos y negativos.
2. Describir la presencia de síntomas psicóticos.
3. Describir la correlación de síntomas afectivos y extrapiramidales.

METODOLOGÍA:

Estudiamos 30 paciente tomados de forma aleatoria que acudieron a la consulta externa, Se aplicaron las siguientes escalas:

- Escala de PANS,
- Escala de apreciación psiquiátrica breve,
- Escala Di Mascio,
- Escala de Calgaray.

MATERIAL Y METODO

Se realizo diseño escrutinio transversal, Se aplico una historia clínica a los pacientes entre 18-65 años Que acudían al servicio de Urgencias del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" con los criterios diagnósticos del DSM-IV para esquizofrenia paranoíde cata tónica , hebefrenica y residual al ser enviados a la consulta externa para llevar su tratamiento como externos fueron captados por personal de admisión y enviados al consultorio numero 7 , la aplicación de las escalas PANNS así como BPRS y escala de depresión de Garay tuvieron un tiempo de 45 minutos, como criterios en un protocolo de inclusión tenían que ser mayores de edad con el diagnostico de esquizofrenia en cualquier tipo y estadio clínico, tenían que aceptar a participar en la investigación , los criterios de eliminación fueron todos los pacientes que no querían participar en el protocolo y pacientes que no concluyeran la valoración completa.

CONSIDERACIONES ETICAS:

Este proyecto no contraviene ninguno de los estatutos establecidos en la convención de Hellsinki y Hawai para la investigación en humanos y pacientes psiquiátricos. Este estudio de acuerdo a la ley general de salud, es el tipo proyectos que no implica ningún tipo riesgo para los evaluados y solo es requisito el consentimiento informado del paciente así como del comité científico y de ética de la institución donde se realice.

RESULTADOS.

Se obtuvieron los datos en forma directa una vez seleccionada la población objeto de estudio, la selección se realizó en el servicio de consulta externa, el diagnóstico fue por medio de la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM IV SCED, se incluyeron 30 pacientes de los cuales 12 fueron mujeres y 18 hombres, encontramos que la media de edad para el grupo fue de 33.66 con un rango de 22 a 42 años. La edad de inicio de la enfermedad fue de 18.4 años con una de 2.5 años. Los antipsicóticos que se les prescribieron a los pacientes y los estaban tomando durante la evaluación se muestran en la tabla 1.

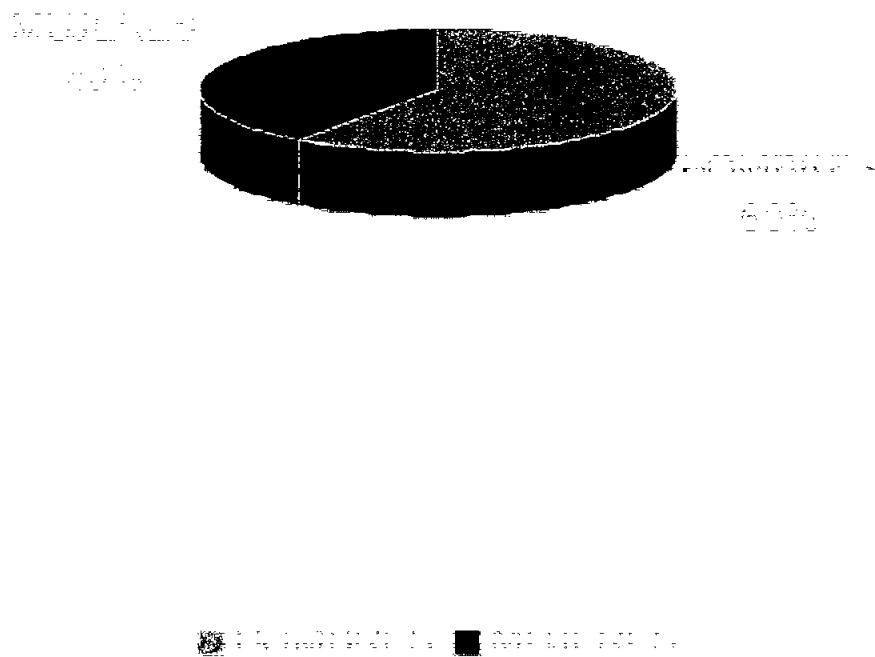
Tabla 1. Antipsicóticos utilizados.

Medicamento	%
Haloperidol	50
Trifluoperazina	15
Perfenazina	10
Tioridazina	9
Risperidona	9
Olanzapina	7

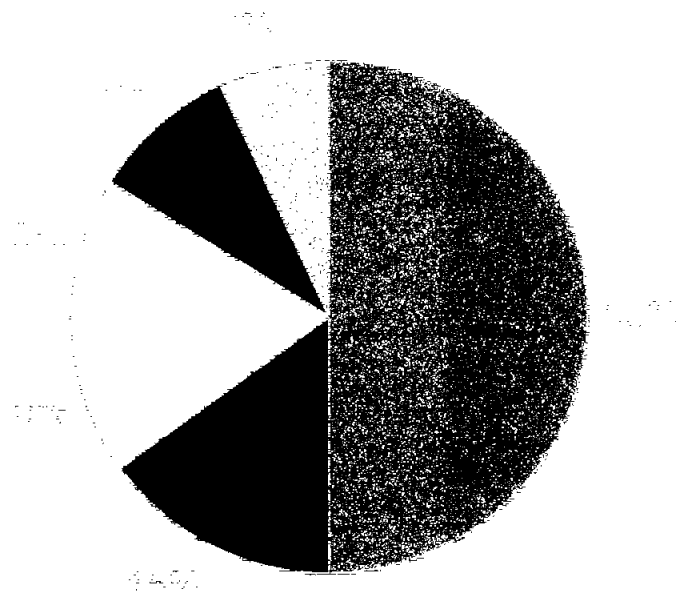
Se realizaron las evaluaciones en forma transversal mediante la aplicación de las siguientes escalas: PANSS, escala de Calgary para depresión, escala de síntomas extrapiramidales de DiMascio. Con los datos obtenidos se realizó un estudio de correlación con los siguientes resultados:

	Subescala positiva	Subescala Negativa	DiMascio	Calgary
Subescala positiva	1	0.467	-0.713	0.843
Subescala negativa	0.467	1	0.137	0.043
DiMascio	-0.713	0.137	1	-0.591
Calgary	0.843	0.043	-0.591	1

Gráfico 1. Distribución de los tipos de esquizofrenia.



Medicamentos utilizados



- Haloperidol
- Risperidona
- Clozapina
- Quetiapina
- Perfenazina
- Amisulpridona

DISCUSIÓN:

En este breve estudio realizado se encontraron pocas correlaciones significativas como fueron una correlación negativa entre la calificación de la subescala positiva y los síntomas extrapiramidales, esto probablemente se deba a que al incrementar la dosis de antipsicóticos disminuyen los síntomas productivos de la esquizofrenia pero se provocan un mayor número de efectos secundarios.

La otra correlación importante fue entre la subescala positiva y los síntomas depresivos de la escala de Calgary, entre más síntomas positivos se tienen más se presenta la depresión. Es necesario recordar que los pacientes incluidos eran externos, con una sintomatología positiva no severa, esto quizás les permita tener percepción de su enfermedad, del efecto de la misma sobre ellos y por eso su correlación positiva.

El resto de las correlaciones no mostró ninguna significancia.

CONCLUSIONES:

La evaluación de los diferentes síndromes que se presentan en la esquizofrenia y los efectos secundarios que provocan los antipsicóticos han tomado una relevancia muy importante ya que cuando se habla de calidad de vida tanto unos como otros influyen en la misma.

Como ya se sabe es necesario diferenciar los síntomas propios de la esquizofrenia de los efectos secundarios provocados por los antipsicóticos, diferenciación muy importante ya que el tratamiento para cada uno de ellos es diferente. En ocasiones tal discriminación es muy difícil de realizar ya que, como se mencionó anteriormente, las manifestaciones pueden ser semejantes y superponerse unas a otras y confundir al clínico y complicar el tratamiento de los pacientes por lo que se hace necesario realizar exámenes acuciosos para un correcto tratamiento de los pacientes.

Es necesario descartar el síndrome depresivo, muy frecuente entre los pacientes esquizofrénicos ya que diversos autores han propuesto una frecuencia de hasta 60% de ellos con un alto porcentaje de suicidios consumados.

Por último es necesario realizar otros estudios con métodos estadísticos más sofisticados y con intervenciones psicofarmacológicas que permitan evaluar tanto la mejoría de los diferentes síndromes como de su impacto en la calidad de vida de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.-World health organization. Towards a common language for functioning and disabblement: ICDH-2 WHO/ MSA MNH/EAC / 97.3 Geneva : World Heath Organization, 1998.
- 2.-Maier , W Schwab, S (1998) Molecular genetics of schizophrenia, Current Opinion in Psychiatry, 11, 19-25.
- 3.-Van Harten , P.N Matros, G E, Hoek , H.W. et al (1996) The prevalence of tardive dyskinesia , parkinsonism and akatisia: the Curaco Extrapyramidal Syndromes study . Shizophrenia Research, 19 , 195-203.
- 4.-Mc Philip , M.A. (1995) How to Distinguish between the neuroleptic-induced deficit syndrome depression and disease related syntomas in schizophrenia. International clinical Psychopharmacology 10 Csuppl 3) 115-121 ..
- 5.-Puri, B.K. Barnes , T.R E., Chapman M:J. et al (1999) spontaneous dyskinesia in first episode schizophrenia, Journal of Neurology , NEUROSURGERY AND psychiatry 66, 76-78.
- 6.-Geddes, j. (1998) Editorial evidence-based practice in MENTAL 1,4,6.
- 7.-Murray, C J. López A:D: Glonal mortality, disability and the contribution of risk factors. Global Burden of Disease study . Lancet 349 , 1436-1442.
- 8.-American Psychiatric:Dianostic and statical Manual of mental Disorders, fourth edition, Washington, DC, American Psychiatric press1994.
- 9.-Anderson , I M: Nutt D:J. Deakin, J.F. W.(2000) Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: a revision of the 1998 British Association for Psychopharmacology guidelines Journal of psychopharmacology 14,3,20.
- 10.-Jama, Andreasen N.c Flashman, Flaum Regional brain in shizophrenia measured with Magnetic Resonance imaging , JAMA 272:1763-1769, 1994
- 11.,Cusack B, Nelson A, Rrichelson, Binding Sntipressants to human brain receptors:focus newer generation compounds psychopharmacology 11.5590-565, 1994.
- 12.-Soumerai SB Maclaughlin . Effects of limiting Medicaid Drug-reibusement benefits on the use psychotropic agents and acute mental health services by patients with schizophrenia, N Engl J medical 650-655 1999.

13.-Horgaty GE Mcevoy pharmacotherapy of impaired affect in recovering schizophrenic patients . Arch gen Psychiatry 52: 29-41, 1995.

14.-Luis Alfonso, Consentimiento informado, Etica medica páginas 91-101.Medellín. colombia 1996.

15.-Wesseley SC, Castle D. Douglas, The criminal of incident cases of sphizophrenia Psychol Med 24-483-502, 1994.

16.-Akbarian s, kim JJ ,Potkin, et al :maltdistribution of interstitial neurons in prefrontal , white matter of the brain of schizophrenic patients. Arch gen psychiatry 53:428-436, 1996.

17.-Andreasen NC smith MR: Schizophrenia in the Introductory Textbook of psychiatry WASHINGTON DC American psychiatric 39. 789-794, 1982.

18.-Palmer R (2000) Eating disorders, British journal of psychiatric 176,197,199.

19.-Davidson L Strauss, (1992), Sense of self in recovery from severe mental illness. British journal of medical psychotherapy.

20.-Melzer, D. Hale. Et al (1999) Community care for patients with schizophrenia one after hospital discharge. British medical journal 303, 1023,1026.

21.-Grunhaus L. Dannon, Effects of transcranial magnetic stimulation on severe depression Similarities with ECT. 43, 765, 1998.

22.-Jacob K:S Bhugra , D, Lloyd K et al (1998) common mental disorders explanatory models and consultation behaviour among Indian women living in the UK journal of the royal society of medicine 91, 66-71.

23.-Bhugra D (2000) Migration and schizophrenia. Act Psychiatrica scandinavica supplementum 102, 68-73.

24.-Leff J. Mallet et al (1997). Incidence and outcome of schizophrenia in whites Africans Caribbeans and Asians in London . Psychological medicine 27, 791,798.

25.-S. Dollfus , B everitt, Symptom structure in schizophrenia, two, tree-or four- factor models, Psychopathology 1999, 31, 120-130.

26.-Mortimer AM McKenna PJ Lund CE Manuzza : Rating of negative symptoms using the high royd's evaluation of negative (HEN) scale Br psychiatry 1990, 25 159-163.

27.-Psychopathology 199, 32,207-219, anhedonia in the deficits syndrome of

schizophrenia.

28.-kulhara p Avasthi: Negative and depressive symptoms in shizophrenia Br Journal 1989, 154, 207-211-

29.-Freud S (1950a [1892-1899]). Extracts from the fly's papers. SE, 1.

30.-Friedman MJ. Toward rational pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder. Amer J Psychiatry 1988; 145: 281-5.

GUÍA DE ENTREVISTA PARA LA ESCALA CALGARY DE DEPRESIÓN
PARA ESQUIZOFRENIA

Iniciales del Paciente: _____ Centro _____

Entrevistador: _____

Fecha: _____

Visita: _____

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

TOTAL: _____

GUIA DE ENTREVISTA PARA LA ESCALA DE CALGARY PARA F 5 DEPRESIÓN EN ESQUIZOFRENIA

ENTREVISTADOR: Haga la primera pregunta como está escrita, use las frases siguientes a su criterio.
Revise en forma consecutiva los incisos y califique de acuerdo a su criterio
El tiempo comprende las dos últimas semanas
El último ítem, N° 9 debe de basarse en las observaciones de toda la entrevista

1. DEPRESIÓN.

- ¿Cómo describiría su estado de ánimo durante las últimas dos semanas?
- Durante este tiempo ¿se ha sentido o a estado deprimido o desanimado?
- Con sus propias palabras diga como 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 últimas 2 semanas ha existido humor depresivo todos los días o durante la mitad del día.

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

2. DESESPERANZA.

- ¿Cómo ve el futuro para usted?
- ¿Tiene planes para el futuro o su vida se ve 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 angustiada de desesperanza.

3. AUTOEVALUCIÓN

- ¿Cuál es la opinión de 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 de ser acusado.

3 Severo: Sensación persistente de ser acusado. Cuando se le confronta admite que esto no es real.

5. CULPA PATOLÓGICA

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

0 Ausente

- 1 Leve: El sujeto algunas veces siente culpa por una falta pequeña pero menos del 50 % de 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 aunque no haya tenido la culpa.

6. DEPRESIÓN 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?
- ¿ Cuantas veces a la semana pasa esto?

0 Ausente:

- No hay despertar prematuro
- 1 Leve: Ocasionalmente despierta (hasta dos 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. SUCIDIO

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

0 Ausente

- 1 Leve: Pensamiento frecuente de que sería mejor estar muerto o pensamientos ocasionales de suicidio.
- 2 Moderado: Considera 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. DEPRESIÓN OBSERVADA

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

0 Ausente

- 1 Leve: El sujeto impresiona triste y apesadumbrado en partes de la entrevista.
- 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.

**HOSPITAL PSIQUIATRICO
"FRAY BERNARDINO ALVAREZ"**

ESCALA BREVE DE APRECIACIÓN PSIQUIÁTRICA.

EXPEDIENTE _____ SERVICIO _____
 PACIENTE _____
 FECHA _____ APLICADOR _____

DEBE EVALUARSE LA PRESENCIA Y SEVERIDAD DE CADA SÍNTOMA DURANTE LA ENTREVISTA EXCEPTO LOS APARTADOS 2, 10, 11, 12, 15 Y 16 QUE SE CALIFICAN EN BASE AL ESTADO DEL PACIENTE DURANTE LOS ÚLTIMOS 3 DÍAS. CUANDO EXISTAN DUDAS SOLICITAR INFORMACIÓN AL PERSONAL DE ENFERMERÍA O FAMILIARES DEL PACIENTE. LA ENTREVISTA DEBE TENER UNA DURACIÓN ENTRE 15 Y 30 MINUTOS. LA SEVERIDAD SE CALIFICA DEL 0 AL 4. EL 0 IMPLICA NORMALIDAD Y EL CUATRO MÁXIMA SEVERIDAD DE ACUERDO AL GLOSARIO DE ESCALA.

	0	1	2	3	4
1. PREOCUPACIONES SOMÁTICAS, HIPOCONDRIASIS NO DELIRANTE Y DELIRANTE (V.G. AUSENCIA DE ORGANOS INTERNOS)	0	1	2	3	4
2. ANSIEDAD PSÍQUICA (IRRITABILIDAD, INSEGURIDAD, APRENSIÓN, TERROR, TERROR O PÁNICO), NO INCLUYE SIGNOS FÍSICOS:	0	1	2	3	4
3. AISLAMIENTO EMOCIONAL (FALTA DE CONTACTO CON EL ENTREVISTADOR DURANTE LA ENTREVISTA):	0	1	2	3	4
4. DESORGANIZACIÓN CONCEPTUAL (TRASTORNOS FORMALES DEL PENSAMIENTO: VAGUEDAD, LÓGICA INOPIA, BLOCUEOS, NEOLOGISMOS, INCOHERENCIA):	0	1	2	3	4
5. AUTODEPRECIACIÓN Y SENTIMIENTOS DE CULPA (SENTIMIENTOS DE MINUSVALIA E IDEAS DE CULPA, CULPA DELIRANTE):	0	1	2	3	4
6. ANSIEDAD SOMÁTICA (CONCOMITANTES FISIOLÓGICOS DE LA ANSIEDAD: MALESTAR ABDOMINAL, TEMBLOR, SUDORACION, ETC.):	0	1	2	3	4
7. TRASTORNOS MOTORES ESPECÍFICOS (CONDUCTAS BIZARRAS, POSTURAS EXCÉNTRICAS, MANERISMOS, AGITACIÓN CATATÓNICA):	0	1	2	3	4
8. AUTOESTIMA EXÁGERADA (PRESUNCIÓN, AUTOCOMPLACENCIA, IDEAS DELIRANTES DE GRANDEZA):	0	1	2	3	4

9.- ANIMO DEPRIMIDO (DESALIENTO, TRISTEZA, DEPRESION, DESESPERANZA, DESAMPARO).	0	1	2	3	4
10.- HOSTILIDAD (SENTIMIENTOS O ACCIONES EN CONTRA DE LA GENTE FUERA DE LA ENTREVISTA, VIOLENCIA FISICA).	0	1	2	3	4
11.- SUSPICACIA (DECONFIANZA, IDEAS DE REFERENCIA, IDEAS DE PERSECUCION).	0	1	2	3	4
12.- ALUCINACIONES (PERCEPCIONES SIN OBJETO).	0	1	2	3	4
13.- RETARDO PSICOMOTOR (ACTIVIDAD VERBAL Y MOTORA, EXPRESION FACIAL).	0	1	2	3	4
14.- FALTA DE COOPERACION (ACTITUD DEL PACIENTE HACIA LA ENTREVISTA Y OBSERVADOR).	0	1	2	3	4
15.- CONTENIDO EXTRAÑO DEL PENSAMIENTO (IDEAS DE CONTROL, INFLUENCIA, CELOS, RELIGIOSAS, SEXUALES, EXPANSIVAS, ETC. <u>NO INCLUYE</u> : GRANDEZA, PERSECUCION O CULPA).	0	1	2	3	4
16.- AFECTO APLANADO O INAPROPIADO (REDUCCION EN LA INTENSIDAD DE LAS EMOCIONES O INCONGRUENCIAS CON LA SITUACION O CONTENIDO DEL PENSAMIENTO).	0	1	2	3	4
17.- AGITACION PSICOMOTORA (ACTIVIDAD VERBAL Y MOTORA, EXPRESION FACIAL).	0	1	2	3	4
18.- DESORIENTACION (OBNUBILACION DE LA CONCIENCIA, CONFUSION O DESORIENTACION EN TIEMPO, LUGAR Y PERSONA).	0	1	2	3	4

* EVALUAR ESTADO DE LOS ULTIMOS 3 DIAS

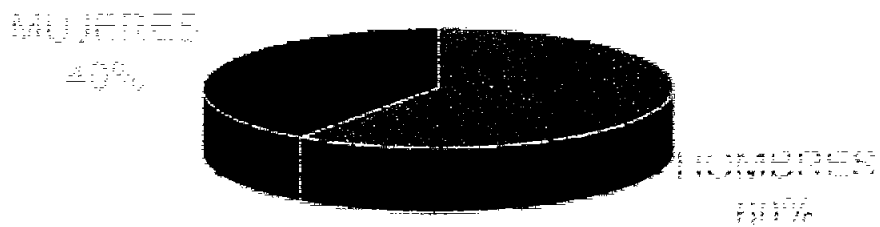
PUNTAJE TOTAL _____

PROCESO



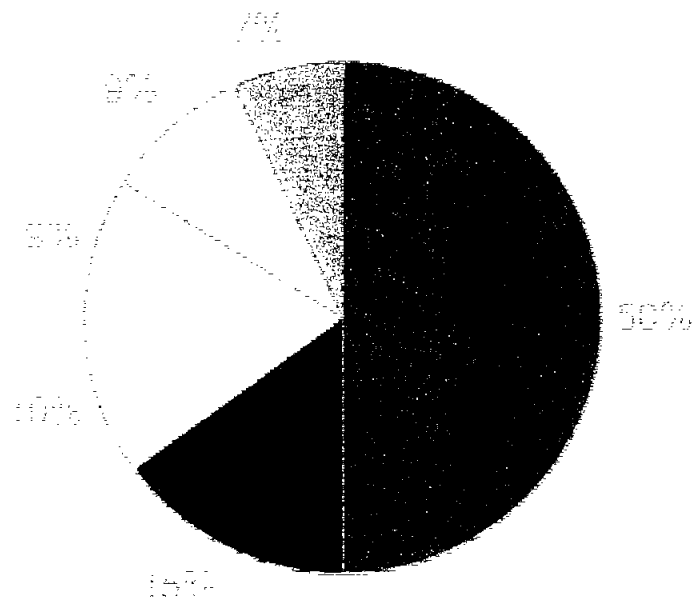
■ HOMBRES ■ MUJERES

GRUPO ETNICO



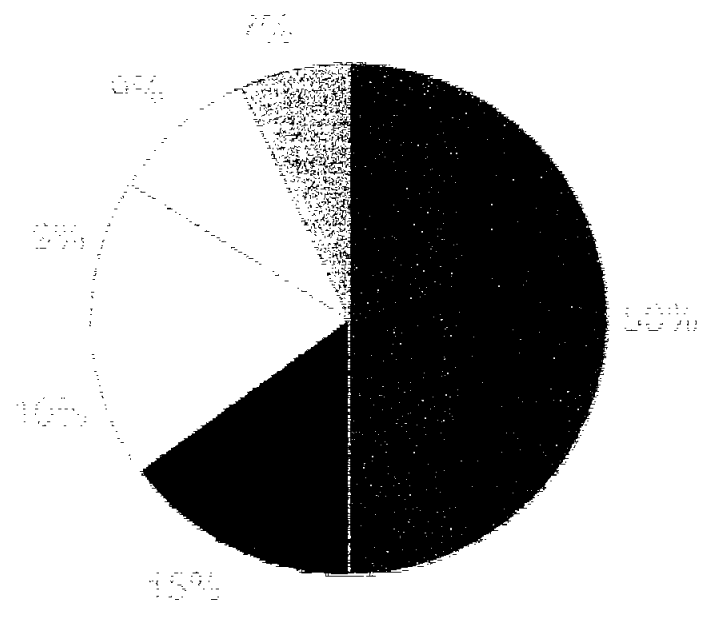
■ HOMBRES ■ MUJERES

ANTIPARCOGICOS UTILIZADOS



- Haloperidol
- Fluphenazine
- Perphenazine
- Risperidone
- Clozapine

ANTIPIRÓTICOS UTILIZADOS



- Haloperidol
- Infiuoperazina
- Perfenazina
- Tioridazina
- Risperidona
- Clanzapina

**GUÍA DE ENTREVISTA PARA LA ESCALA CALGARY DE DEPRESIÓN
PARA ESQUIZOFRENIA**

Iniciales del Paciente: _____ Centro _____

Entrevistador: _____

Fecha: _____

Visita: _____

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

TOTAL: _____

GUIA DE ENTREVISTA PARA LA ESCALA DE CALGARY PARA F 5 DEPRESIÓN EN ESQUIZOFRENIA

ENTREVISTADOR: Haga la primera pregunta como está escrita, use las frases siguientes a su criterio.
Revise en forma consecutiva los incisos y califique de acuerdo a su criterio
El tiempo comprende las dos últimas semanas
El último ítem, N° 9 debe de basarse en las observaciones de toda la entrevista

1. DEPRESIÓN.

- ¿Cómo describiría su estado de ánimo durante las últimas dos semanas?
- Durante este tiempo ¿se ha sentido o a estado deprimido o desanimado?
- Con sus propias palabras diga como 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 últimas 2 semanas ha existido humor depresivo todos los días o durante la mitad del día.

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

2. DESESPERANZA.

- ¿Cómo ve el futuro para usted?
- ¿Tiene planes para el futuro o su vida se ve 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. AUTOEVALUACIÓN

- ¿Cuál es la opinión de 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 de ser acusado.

3 Severo: Sensación persistente de ser acusado. Cuando se le confronta admite que esto no es real.

5. CULPA PATOLÓGICA

- ¿Tiende usted a culparse a si 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 algunas veces siente culpa por una falta pequeña pero menos del 50 % de 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 aunque no haya tenido la culpa.

6. DEPRESIÓN 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:

- 1 Leve: No hay despertar prematuro
- Ocasionalmente despierta (hasta dos 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. SUCIDIO

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

0 Ausente

- 1 Leve: Pensamiento frecuente de que sería mejor estar muerto o pensamientos ocasionales de suicidio.
- 2 Moderado: Considera 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. DEPRESIÓN OBSERVADA

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

0 Ausente

- 1 Leve: El sujeto impresiona triste y apesadumbrado en partes de la entrevista.
- 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.

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "FRAY BERNARDINO ALVAREZ"

ESCALA DE SÍNTOMAS POSITIVOS Y NEGATIVOS PARA LA ESQUIZOFRENIA

-- PANSS --

NOMBRE DEL PACIENTE _____ EXPEDIENTE _____
 EVALUADOR _____ FECHA _____ SERVICIO _____

MARQUE CON UN CIRCULO LA CALIFICACION APROPIADA PARA CADA SÍNTOMA.
 LOS SÍNTOMAS MARCADOS CON ASTERISCO, DEBERÁN SER VALORADOS EN LA ÚLTIMA SEMANA.

1 = NO VALORABLE; 2 = DUDOSO; 3 = LEVE; 4 = MODERADO
 5 = MODERADAMENTE GRAVE; 6 = GRAVE; 7 = EXTREMO.

SÍNTOMAS POSITIVOS

P1 IDEAS DELIRANTES	1	2	3	4	5	6	7
P2 DESORGANIZACIÓN CONCEPTUAL	1	2	3	4	5	6	7
P3 ALTERACIONES SENSORIALES*	1	2	3	4	5	6	7
P4 EXCITACIÓN*	1	2	3	4	5	6	7
P5 GRANDIOSIDAD	1	2	3	4	5	6	7
P6 IDEAS DE SUSPICACIA/PERSECUCION	1	2	3	4	5	6	7
P7 HOSTILIDAD*	1	2	3	4	5	6	7

SÍNTOMAS NEGATIVOS

N1 AFECTO INAPROPIADO O EMBOTADO	1	2	3	4	5	6	7
N2 RETRAIMIENTO EMOCIONAL*	1	2	3	4	5	6	7
N3 RELACION CON EL ENTREVISTADOR	1	2	3	4	5	6	7
N4 AISLAMIENTO*	1	2	3	4	5	6	7
N5 DIFICULTAD PARA PENSAR EN LO ABSTRACTO	1	2	3	4	5	6	7
N6 FLUJO DEL DISCURSO	1	2	3	4	5	6	7
N7 PENSAMIENTO ESTEREOTIPADO	1	2	3	4	5	6	7

SINTOMATOLOGIA PSICOPATOLOGICA GENERAL

G1 PREOCUPACIÓN SOMÁTICA	1	2	3	4	5	6	7
G2 ANSIEDAD	1	2	3	4	5	6	7
G3 SENTIMIENTOS DE CULPA	1	2	3	4	5	6	7
G4 TENSION	1	2	3	4	5	6	7
G5 MANERISMO Y POSTURA*	1	2	3	4	5	6	7
G6 DEPRESIÓN	1	2	3	4	5	6	7
G7 LENTITUD PSICOMOTORA*	1	2	3	4	5	6	7
G8 FALTA DE COOPERACIÓN*	1	2	3	4	5	6	7
G9 IDEAS ILÓGICAS O ABSURDAS	1	2	3	4	5	6	7
G10 DESORIENTACIÓN	1	2	3	4	5	6	7
G11 ATENCIÓN DEFICIENTE	1	2	3	4	5	6	7
G12 FALTA DE JUICIO Y DISCERNIMIENTO	1	2	3	4	5	6	7
G13 ALTERACION DE LA VOLUNTAD	1	2	3	4	5	6	7
G14 DEFICIENTE CONTROL DE IMPULSOS*	1	2	3	4	5	6	7
G15 PREOCUPACION/ENSIMISMAMIENTO	1	2	3	4	5	6	7
G16 EVITACION SOCIAL ACTIVA*	1	2	3	4	5	6	7

ESCALA	TOTAL	PERCENTIL	RANGO
Positiva	_____	_____	_____
Negativa	_____	_____	_____
Compuesta	_____	_____	_____
Psicopatológica General	_____	_____	_____

Número de síntomas de la escala positiva con calificación > 3 _____

Número de síntomas de la escala negativa con calificación > 3 _____

Calificación sindromática _____

ESCALA DE EVALUACION PARA SINTOMAS EXTRAPIRAMIDALES

Di Mascio

Nombre del paciente : _____

No. _____

Fecha : _____

Hora : _____

Evaluador : _____

1. SINDROME PARKINSONICO.

A) EXPRESION FACIAL.

0 = normal.

1 = discretamente rigida.

2 = cara rigida (dificultad del paciente para arrugar la frente o silbar).

3 = cara de máscara.

B) TEMBLOR.

0 = ausente.

1 = temblores finos que pueden suprimirse voluntariamente.

2 = temblores moderadamente dominantes que no se suprimen voluntariamente.

3 = temblores persistentes.

C) AQUINESIA.

0 = ausente.

1 = disminución del balanceo de los brazos al caminar, pero la amplitud de la marcha permanece normal.

2 = desaparición del balanceo de los brazos al caminar y disminución de la amplitud de la marcha, también la postura general es muy rígida.

3 = marcha sumamente rígida y lenta.

D) RIGIDEZ

0 = tono muscular normal.

1 = hipertonia muscular en la flexión pasiva de la muñeca.

2 = fenómeno de la rueda dentada percibida en el movimiento pasivo del antebrazo, la extensión de este está alterada aunque es fácil.

3 = fenómeno de la rueda dentada severo, la extensión del antebrazo es difícil.

- ACATISIA:

- 0 = ausente
- 1 = el paciente dice que siente el impulso de moverse.
- 2 = el paciente dice que le es difícil permanecer en un mismo lugar (piernas inquietas).
- 3 = el paciente no puede permanecer en un mismo lugar (debe moverse alrededor).

- DISTONIA.

- 0 = ausente
- 1 = el paciente exhibe movimientos espásticos en ojos, brazos o cuello.
- 2 = el paciente exhibe poses exageradas, torsiones del cuello, o protrusiones de la lengua. El equilibrio está alterado pero es controlable.
- 3 = las posiciones y los movimientos espásticos impiden el funcionamiento. La coordinación y el equilibrio es incontrolable.

HOSPITAL PSIQUIATRICO
"FRAY BERNARDINO ALVAREZ"

ESCALA BREVE DE APRECIACIÓN PSIQUIÁTRICA.

EXPEDIENTE _____ SERVICIO _____
 PACIENTE _____
 FECHA _____ APLICADOR _____

DEBE EVALUARSE LA PRESENCIA Y SEVERIDAD DE CADA SÍNTOMA DURANTE LA ENTREVISTA EXCEPTO LOS APARTADOS 2, 10, 11, 12, 15 Y 18 QUE SE CALIFICAN EN BASE AL ESTADO DEL PACIENTE DURANTE LOS ÚLTIMOS 3 DÍAS. CUANDO EXISTAN DUDAS SOLICITAR INFORMACIÓN AL PERSONAL DE ENFERMERÍA O FAMILIARES DEL PACIENTE. LA ENTREVISTA DEBE TENER UNA DURACIÓN ENTRE 15 Y 30 MINUTOS. LA SEVERIDAD SE CALIFICA DEL 0 AL 4. EL 0 IMPLICA NORMALIDAD Y EL CUATRO MÁXIMA SEVERIDAD DE ACUERDO AL GLOSARIO DE ESCALA.

	0	1	2	3	4
1. PREOCUPACIONES SOMÁTICAS, HIPOCONDRIASIS NO DELIRANTE Y DELIRANTE (V.G. AUSENCIA DE ORGANOS INTERNOS)	0	1	2	3	4
2. ANSIEDAD PSÍQUICA (IRRITABILIDAD, INSEGURIDAD, APRENSIÓN, TEMOR, TERROR O PÁNICO), NO INCLUYE SIGNOS FÍSICOS:	0	1	2	3	4
3. AISLAMIENTO EMOCIONAL (FALTA DE CONTACTO CON EL ENTREVISTADOR DURANTE LA ENTREVISTA):	0	1	2	3	4
4. DESORGANIZACIÓN CONCEPTUAL (TRASTORNOS FORMALES DEL PENSAMIENTO: VAGUEDAD, LÓGICA INOPIA, BLOCLEOS, NEOLÓGISMOS, INCOHERENCIA):	0	1	2	3	4
5. AUTODEPRECIACIÓN Y SENTIMIENTOS DE CULPA (SENTIMIENTOS DE MINUSVALIA E IDEAS DE CULPA, CULPA DELIRANTE):	0	1	2	3	4
6. ANSIEDAD SOMÁTICA (CONCOMITANTES FISIOLÓGICOS DE LA ANSIEDAD: MALESTAR ABDOMINAL, TEMBLOR, SUDORACION, ETC.):	0	1	2	3	4
7. TRASTORNOS MOTORES ESPECÍFICOS (CONDUCTAS BIZARRAS, POSTURAS EXCÉNTRICAS, MANERISMOS, AGITACIÓN CATATÓNICA):	0	1	2	3	4
8. AUTOESTIMA EXAGERADA (PRENSUNCION, AUTOCOMPLACENCIA, IDEAS DELIRANTES DE GRANDEZA):	0	1	2	3	4

9.- ANIMO DEPRIMIDO (DESALIENTO, TRISTEZA, DEPRESION, DESESPERANZA, DESAMPARO).	0	1	2	3	4
10.- HOSTILIDAD (SENTIMIENTOS O ACCIONES EN CONTRA DE LA GENTE FUERA DE LA ENTREVISTA, VIOLENCIA FISICA).	0	1	2	3	4
11.- SUSPICACIA (DECONFIANZA, IDEAS DE REFERENCIA, IDEAS DE PERSECUCION).	0	1	2	3	4
12.- ALUCINACIONES (PERCEPCIONES SIN OBJETO).	0	1	2	3	4
13.- RETARDO PSICOMOTOR (ACTIVIDAD VERBAL Y MOTORA, EXPRESION FACIAL).	0	1	2	3	4
14.- FALTA DE COOPERACION (ACTITUD DEL PACIENTE HACIA LA ENTREVISTA Y OBSERVADOR).	0	1	2	3	4
15.- CONTENIDO EXTRAÑO DEL PENSAMIENTO (IDEAS DE CONTROL, INFLUENCIA, CELOS, RELIGIOSAS, SEXUALES, EXPANSIVAS, ETC. <u>NO INCLUYE</u> : GRANDEZA, PERSECUCION O CULPA).	0	1	2	3	4
16.- APECTO APLANADO O INAPROPIADO (REDUCCION EN LA INTENSIDAD DE LAS EMOCIONES O INCONGRUENCIAS CON LA SITUACION O CONTENIDO DEL PENSAMIENTO).	0	1	2	3	4
17.- AGITACION PSICOMOTORA (ACTIVIDAD VERBAL Y MOTORA, EXPRESION FACIAL).	0	1	2	3	4
18.- DESORIENTACION (OBNUBILACION DE LA CONCIENCIA, CONFUSION O DESORIENTACION EN TIEMPO, LUGAR Y PERSONA).	0	1	2	3	4

* EVALUAR ESTADO DE LOS ULTIMOS 3 DIAS

PUNTAJE TOTAL _____