



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

**LA DEPRESIÓN EN ESQUIZOFRENIA Y
LA CONCIENCIA DE ENFERMEDAD
MENTAL (HOSPITAL PSIQUIÁTRICO
FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ, SSA).**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
PRESENTA:**

ADRIANA LOAEZA CASTRO



**DIRECTORA: LIC. MA. ASUNCIÓN VALENZUELA COTA
REVISORA: MTRA. BLANCA ELENA MANCILLA GÓMEZ
ASESOR ESTADÍSTICO: LIC. MARCOS E. VERDEJO MANZANO**

MEXICO, D. F., JUNIO DEL 2004



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A mis seres queridos, por su confianza, apoyo y amor durante la carrera más importante, la vida.

Agradecimientos

Primeramente a Dios, por darme tanto en esta vida y acompañarme en cada paso que doy.

A mi madre que ha reído y llorado conmigo, me ha dado su vida, comprensión, amor y apoyo incondicional.

A mi padre que me ha dado palabras de aliento, cariño y ha estado de acuerdo en mis decisiones.

A mis hermanos que me han dado tanto amor y comprensión, que han sido cómplices de mis locuras: Luz, Chava, Julio, mi cuñado Tavo, mis brothers Luchis, Richie, Rita, Hey Baby.

A mi tía Mary, quien se ha dado el tiempo para darme un consejo y guía.

A mi abuelita Martha, que aunque no lo es de sangre, la amo como tal, gracias por sus bendiciones.

Al señor Ramón Corona Luna y señora Maricela Garnica, quienes también me orientaron en épocas difíciles con sabias palabras que necesitaba escuchar.

A mis amigas y amigos que me han orientado, enseñado y ayudado a cumplir mis sueños: Dany, Charo, Chío, César, Angeles, Herme, Silvia, Sra. Aída, Tere, Rosy.

A mis "cuates" del C.C.H. con quien compartí y sigo compartiendo momentos invaluable.

A mis compañeras, compañeros tanto de la escuela como del trabajo, jefas y jefes que me han compartido sus experiencias, conocimiento y apoyo.

A las siguientes personalidades de la Facultad de Psicología:

Profa. Asunción Valenzuela, por su tiempo, enseñanzas y paciencia en la carrera y en la tesis.

Profa. Blanca Elena Mancilla, por sus comentarios, ayuda y guía.
A Marcos por su tranquilidad y apoyo.

A Marina Ménez, por sus comentarios que me mostraron cómo aterrizar algunas ideas.

A mis sinodales, Profesores Maritza, Juan Carlos y Ramón Esteban y a todos mis profesores de la Facultad, por tantas enseñanzas a lo largo de mi carrera y en estos últimos pasos de la licenciatura, a quienes me apoyaron de manera directa, con su tiempo, conocimientos y consejos.

A la UNAM y Facultad de Psicología por aceptarme y permitirme llegar hasta aquí y espero que más lejos.

Al personal del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez: Dr. López Butrón, Dra. Rojas, Psic. Rosas Laurrabaquio, Lety, Paz, Dr. Reza, Dr. Herrera, Dr. Iturbe, personal adscrito y pasantes en psicología, enfermería y psiquiatría, residentes, Psic. Isaac B-Valle, Departamento de Informática, Psic. Jiménez, Lic. Haidé, Psic. Margarita, Dr. Centeno, a los pacientes por el apoyo e intimidad compartida conmigo en el servicio social, prácticas profesionales y aplicación de instrumentos para la tesis.

Al Dr. Ortega Soto del Instituto Mexicano de Psiquiatría por las críticas constructivas a mi trabajo.

A la Lic. Ana María Delgado, por guiarme hacia el crecimiento interior, a enfrentarme a situaciones desconocidas y encauzarlas hacia mi bien personal y voy por más.

A Maggy, quien en poco tiempo me ha dado bastantes lecciones de vida y espero seguir llenándome de su experiencia.

A todos ellos agradezco inmensamente y brindo mi respeto y amor, que Dios los bendiga.

Adriana Loeza Castro.

**La Depresión en Esquizofrenia y la
Conciencia de Enfermedad Mental
(Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino
Álvarez”, SSA).**

El ser humano es tan sensible que en cualquier momento se puede quebrar si no fortalece su personalidad, ya que cualquier estresor puede ser el detonante de la enfermedad mental, así seamos hombres, mujeres, niños, adultos, ancianos, obreros, estudiantes, ingenieros, doctores, psicólogos al fin y al cabo personas susceptibles a constantes cambios.

Índice	Pág.
Índice.....	1
Resumen.....	4
Introducción.....	6
Capítulo 1. Institucionalización y Paciente Psiquiátrico.....	12
1.1. Antigüedad.....	13
1.2. Época grecorromana.....	13
1.3. Edad media	14
1.4. Inquisición.....	14
1.5. Renacimiento.....	14
1.6. Siglo XVII.....	15
1.7. Siglo XVIII.....	15
1.8. Siglo XIX y XX.....	16
1.9. La enfermedad mental en México.....	17
1.10. Hospitales Psiquiátricos en México.....	18
1.11. Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”.....	19

Capítulo 2. Clasificación de la Esquizofrenia, Depresión y Depresión Postesquizofrénica (Postpsicótica).....	21
2.1. Esquizofrenia.....	22
2.2. Depresión.....	28
2.3. Depresión postesquizofrénica (postpsicótica).....	31
Capítulo 3. Depresión en Esquizofrenia y Conciencia de Enfermedad Mental.....	36
3.1. Depresión en esquizofrenia.....	37
3.2. Conciencia de enfermedad mental	40
Capítulo 4. Método.....	44
Objetivos.....	45
Hipótesis.....	45
Definición de variables de trabajo:	
Conceptual.....	46
Operacional.....	47
Muestra.....	47
Escenario.....	48
Sujetos.....	48
Instrumentos.....	48
Tipo de investigación.....	53
Diseño de investigación.....	53

Procedimiento.....	53
Capítulo 5. Resultados.....	55
Capítulo 6. Discusión y Conclusiones.....	67
Capítulo 7. Limitaciones y sugerencias.	77
Referencias.....	81
Anexos:	
A Entrevista con el paciente.....	88
B Niveles de conciencia de enfermedad mental.....	89
C Principales respuestas del paciente a los criterios de Kaplan y su correspondiente calificación.....	90
D Guía de entrevista para la escala de Calgary para Depresión en esquizofrenia.....	91
E Modificaciones a la aplicación del Calgary.....	95
F Hoja de registro.....	96

Resumen

La esquizofrenia se reconoce con facilidad y se sabe que diversos síndromes psiquiátricos pueden coexistir con ella, entre éstos la depresión, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de angustia y el abuso de sustancias (Apiquián, Fresán, Ulloa, García, Lozyaga y Nicolini (2001). El síndrome que principalmente la acompaña es la depresión (de acuerdo a García y Ortega 1994).

El propósito de este estudio fue identificar la prevalencia de depresión en esquizofrenia y su posible relación con la conciencia de enfermedad mental, para de esta forma aportar un elemento para el diagnóstico, pronóstico y tratamiento más adecuados.

La población con la que se trabajó fue con pacientes del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez", del 2º, 3º y 5º piso ambas secciones (hombres y mujeres); se aplicaron las pruebas de Calgary para medir Depresión en Esquizofrenia y los criterios de Kaplan para medir Conciencia de Enfermedad Mental. Se realizó un análisis descriptivo para cada variable y una correlación.

Los resultados muestran que no hay correlación entre depresión en esquizofrenia y conciencia de enfermedad mental. Se encontró que existen casos de depresión en esquizofrenia, en un 28 % siendo leve en su mayoría; la conciencia de enfermedad mental fue de 0 (nula, el paciente no acepta estar enfermo) a 3 (uniendo la conciencia de estar enfermo culpando a los demás, a factores externos y orgánicos, además de aceptar que la enfermedad se debe a algo desconocido) sin llegar a existir una verdadera conciencia y comprensión de estarlo, por tanto el paciente acepta tener una enfermedad y necesitar ayuda, solo que se resiste a asimilar que ésta sea mental).

Palabras clave: Esquizofrenia, Depresión en esquizofrenia, conciencia de enfermedad mental.

Introducción

Introducción

Al hablar de paciente u hospital psiquiátrico viene a la mente un lugar sucio, oscuro, en donde se castiga, se lastima a la persona que tuvo la mala fortuna de caer ahí, a la cual se le llama loco.

El concepto de enfermedad mental surge cuando la sociedad se da cuenta que hay personas que no actúan conforme a sus normas, a su moral por lo que desde siempre al enfermo se le ha marginado, estigmatizado, humillado y a veces eliminado ya sea recluyéndolo en casa o en una institución; se le ha catalogado de diferentes maneras, entre ellas: loco, alienado, demente, maniático, psicótico, poseído, endemoniado e idiota.

Desde hace siglos el enfermo mental ha sido alejado como comentaba Foucault, al enviarlos en barcos, dejándolos a la deriva en el mar se simbolizaba el alejamiento de la enfermedad mental (Foucault, 1984).

Con respecto al origen de la enfermedad se ha visto que puede ser genético, a veces manifestarse o no, otra causa es alguna falla en el desarrollo del cerebro en el embarazo, condiciones adversas en la infancia y adolescencia, también si su personalidad no le permite enfrentar las situaciones difíciles de la vida, uso de drogas y bebidas alcohólicas, formas de organización y comunicación en la familia poco funcionales, la improductividad y falta de relaciones sociales.

García Vega (1994) al respecto sostiene que los factores que pueden desencadenar la enfermedad mental son la pérdida de amor, de seguridad, de capacidad física, muerte de una persona querida, divorcio, separación, infidelidad, pérdida del empleo, de seguridad económica, prestigio social, fracaso, cambios físicos, además de la historia genética y personalidad; menciona también que el ambiente es el detonante de ésta.

Foucault (1984) concluye que la enfermedad mental suprime las funciones complejas, inestables y voluntarias y exalta las funciones simples, estables y automáticas, en el punto máximo de la gravedad se llega a niveles primitivos (regresiones evolutivas que aparecen en las condiciones patológicas).

Esta enfermedad mental produce malestar en el paciente e incide en sus relaciones interpersonales, tanto en el trabajo, familia, sociedad como en el ámbito legal. Al respecto García, en 1996, comenta que la enfermedad es un trastorno vivido por la persona que lo padece como malestar o sufrimiento, como el desequilibrio de las funciones mentales o psíquicas de los individuos ocasionados por un trastorno no necesariamente orgánico, se puede tratar de un trastorno funcional que se refiere a la historia personal.

Benassini (2001) comenta que las enfermedades, en especial las mentales, provocan incertidumbre ya que no se sabe lo que ocurrirá en un futuro tanto con el paciente como con la familia. Puede haber sentimientos de temor, enojo o tristeza ante la situación y en especial pesimismo.

Por estas razones es importante que se concientice a todo ser humano de esta situación y de otras enfermedades que pasan de ser agudas a crónico – degenerativas, y tengamos la cultura de apoyo a los enfermos que nos necesitan. Esta es una tarea desgastante ya que suele ser difícil convivir con una persona con esquizofrenia, una de tantas desventajas es que el paciente necesita cuidados constantes, pero si se afronta la enfermedad de forma activa y coordinada por parte del paciente, su familia y el equipo de profesionales de la salud, se pueden superar antiguas creencias acerca de la imposibilidad de modificar el curso negativo de la enfermedad sin cerrar los ojos a la realidad y conociendo las limitaciones de la misma.

Aunque han habido mejoras en el trato al paciente, hace falta sensibilizar a la sociedad en cuanto a las diferencias individuales, que todos de algún modo, somos especiales, y aunque somos seres humanos con personalidades que pueden parecerse, al fin y al cabo, somos distintos, podemos salir de la norma y aún así, seguir teniendo derecho a vivir en sociedad, no a ser abandonados, que como dice un proverbio chino **“A veces, cuando nos lavamos las manos, nos ensuciamos la conciencia”**.

Como sociedad necesitamos difundir ideas positivas en cuanto a la integración del enfermo a su familia, a un trabajo, un oficio, tomando en cuenta que la enfermedad nos puede dar a cualquiera. Se debe ser realista, la enfermedad mental existe por lo cual es necesario apoyar desde la casa al enfermo, conteniéndolo, escuchándolo, ayudándolo, acompañándolo, a veces forzándolo a tomar terapia farmacológica y psicológica, llevándolo al hospital cuando sea necesario, brindándole un trato digno y aceptándolos en su grupo social: la familia, en donde se ha visto que ha faltado contención de acuerdo a observaciones hechas por el personal del hospital.

Con respecto a los tratamientos para este padecimiento se ha visto que han cambiado, desde baños de agua fría, encadenamientos, encierros, exorcismos, psicocirugías, terapia electro convulsiva, hasta la época actual en donde el tratamiento es farmacológico y psicológico.

En cuanto a estudios, falta mucho por conocer acerca de la enfermedad mental, ya que no se saben a ciencia cierta las causas que la provocan, lo que se conoce es que es una enfermedad multifactorial y se necesita seguir trabajando arduamente en su conocimiento.

Esta fue una de las razones por la cual se llevó a cabo esta investigación, acerca de la depresión en esquizofrenia y conciencia de enfermedad mental, ya que me di cuenta en servicio social y prácticas profesionales que el sentir de las personas que rodean al paciente es que se le observa triste después de pasar algunos días en el hospital.

Revisando la literatura se observó que algunos autores como Apiquián et al, 2001, han trabajado este rubro y ha encontrado que la depresión se encuentra frecuentemente en pacientes con esquizofrenia, estima que el 60 % de pacientes esquizofrénicos presentan un episodio de depresión mayor durante el curso del padecimiento lo que resulta elevado al compararlo con la población general y comenta que se asocia con un mal pronóstico ya que incrementa el riesgo de recaídas, falta de respuesta al tratamiento farmacológico, una mayor cronicidad y un mayor deterioro funcional de los pacientes con esquizofrenia por lo que es importante su diagnóstico y tratamiento oportuno.

Siris, Rifkin, Reardon, Doddi, Strahan y Hall (1986) comentan que es un fenómeno poco estudiado por lo que se busca entender la nosología, pronóstico e implicaciones de tratamiento. Estos autores han encontrado que de 15 casos, en 8 el síndrome se vuelve estable, en 2 casos el síndrome depresivo persiste.

Siris (1991) está de acuerdo ya que ha estudiado y visto mayor número de suicidios asociados al tiempo de internamiento. Otros autores como Pons, et al (1989), han encontrado que hay signos de buen pronóstico.

García Perales et al, 1994, concluye que la depresión postpsicótica se da cuando los síntomas depresivos que aparecen durante la remisión del episodio psicótico, constituyen una respuesta del paciente a su reciente experiencia, otros autores comentan que es un efecto secundario de los neurolépticos, especialmente los de depósito, por lo que emplean el término depresión farmacológica.

La conciencia de enfermedad mental ha sido investigada por Vaz, Casado, Salcedo y Béjar (1994) quienes encontraron que los pacientes esquizofrénicos aceptan que necesitan ayuda más que tener conciencia de enfermedad mental, además de que el tiempo de evolución de la esquizofrenia parece ser un elemento importante de cara al desarrollo de la conciencia de estar enfermo y de necesitar ayuda.

El camino recorrido en la investigación en psicopatología es corto, falta mucho por conocer, por lo mismo este trabajo puede ayudar al equipo multidisciplinario del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez", para fines de diagnóstico y tratamiento así como para tener idea del pronóstico de la depresión en esquizofrenia y dar mejor respuesta al paciente y a su familia.

La presente investigación está dividida en siete capítulos, en el primero se habla acerca de la historia de la enfermedad mental desde la antigüedad hasta nuestros días. En el segundo se define la enfermedad llamada esquizofrenia, depresión y depresión post esquizofrénica o post psicótica de acuerdo a diferentes autores; el tercero está dedicado a los estudios recientes sobre conciencia de enfermedad y depresión en esquizofrenia; el cuarto se refiere a la metodología; el quinto a los resultados encontrados; el sexto a conclusión y discusiones; el séptimo a las limitaciones y sugerencias del estudio, finalmente se encuentran las referencias y anexos.

CAPITULO 1

Institucionalización y paciente psiquiátrico

Capítulo 1

Institucionalización y paciente psiquiátrico

Desde la antigüedad hasta nuestros días el concepto de enfermedad mental así como su tratamiento ha cambiado como se verá a continuación en la breve reseña histórica, la cual es importante para entender el contexto de la presente investigación.

1.1. Antigüedad.

En la prehistoria la enfermedad mental se asociaba a un pensamiento mágico-religioso, al chamanismo, la causa de la enfermedad se pensaba era la violación de un tabú, omisión de actividades rituales o posesiones demoníacas (Martínez y Tello, 1998).

En esta época se pensaba que la enfermedad mental la causaba una fuerza sobrenatural o un castigo por un pecado. Las personas eran rechazadas y despreciadas por haber desobedecido la voluntad de Dios (razón de su estado).

En la clase baja el enfermo mental vagabundeaba, las familias acomodadas ponían un cuidador personal o eran reclusos en el hogar, a un enfermo agresivo se controlaba (se ataba). Era confiado a sus parientes y amigos ya que no existían asilos para el tratamiento o custodia del mismo, si era peligroso, se encerraba y ataba o recluía en una prisión (Rodríguez y Sweet, 1993).

1.2. Época Grecorromana.

Hipócrates hablaba de cuatro humores: sangre, bilis negra, amarilla y flema. La bilis negra estaba relacionada con la locura antes llamada melancolía. El tratamiento era darles de beber agua de los manantiales de la península itálica, ahora se sabe que contenían sales de litio. También tomaba importancia el uso adecuado del lenguaje, música y actividades grupales (Martínez et al, 1998).

1.3. Edad Media.

La enfermedad mental correspondía al dominio de la fe y su curación era privilegio exclusivo de los sacerdotes (Rodríguez et al, 1993).

La medicina se vio sustituida por la demonología, astrología y brujería; aún así la población fue influida por pensamientos mágicos y ocultos (Martínez et al, 1998).

El tratamiento se daba por tres meses, si no mejoraba, se tomaba como incurable, los locos furiosos permanecían encadenados con un collar de hierro al cuello a la cabecera de sus camas (Rodríguez et al, 1993).

1.4. Inquisición.

La herejía fue castigada, los obispos juzgaban y condenaban para entregar después a las personas a la autoridad civil, quienes sentenciaban siendo la pena principal la muerte. La herejía era un error de fe, el enfermo mental era quebrantador de la ley y la moral, además de endemoniado, era enjuiciado por la inquisición, cuando el acusado no confesaba (lo que podía durar años) se le atormentaba con instrumentos de tortura, el acusado perdía sus bienes, por lo que la inquisición se hizo rica (Martínez et al, 1998).

Se pensaba en el enfermo como el endemoniado y se pedía destruir en cuerpo humano para arrancar lo demoníaco y así evitar que fuera un instrumento sin fuerza de un espíritu insano (Foucault, 1984).

1.5. Renacimiento.

Se retoma la ciencia, pero continúa explicando la conducta anormal por posesiones de espíritus diabólicos, por lo que se utilizaba el exorcismo y grupos autos punitivos como el de los flageladores en Europa. Siguen algunas ideas de la Edad Media, los enfermos mentales eran alojados en hospitales deplorables, se exhibían como animales furiosos.

Algunos monjes recomendaban la muerte como tratamiento a Enfermedad Mental, Foucault señalaba que abandonar al loco en el desierto o dejarlo a la deriva en una barca simbolizaba el alejar la locura, existió la llamada nave de los locos, que era un barco que recorría principalmente Alemania, en donde las ciudades los expulsaban con gusto de su recinto (Foucault, 1976).

También en esa época nace el humanismo, se pensaba que a los enfermos mentales se les debía brindar una atención especial en hospitales exclusivos para ellos. Se iniciaba la psicoterapia basándose en la orientación, la sugestión y el aliento al paciente, ya que se empezaba a pensar que había enfermedades que afectaban al cuerpo y otras a la mente.

1.6. Siglo XVII.

El enfermo mental ya no se consideraba brujo, sino incurable, se le ponía poco interés, una limitada atención médica, las instituciones eran pobres y mal asistidas, llegando a encadenar al paciente.

Se pensaba que las mujeres eran más propensas que los hombres a enfermedades mentales por ser más débiles. El enfermo mental fue víctima de burla y menosprecio, en el absolutismo luminoso se crearon hospitales generales para ancianos, epilépticos, con enfermedades venéreas y con trastornos mentales combinando características de asilo, prisión y hospital (Martínez et al, 1998).

Se daba un trato más humano aunque se le alejaba de la sociedad, recluyéndolo, la población temía verse contaminada por las emanaciones de la locura y del vicio (Rodríguez et al, 1993).

1.7. Siglo XVIII.

Fue llamado el siglo de la luz, "Viscenso Chiarugui (Italia) hablaba de darle al enfermo un tratamiento con tacto y comprensión. William Tuke (Inglaterra) fundó una institución con el sostenimiento de cuotas voluntarias, se trataba de un lugar amplio con áreas verdes, sin rejas ni barras en las ventanas, se utilizaba una camisa de fuerza temporal y un tratamiento moral con ayuda de retiros.

Pinel (Francia) comentaba también el trato moral para el enfermo mental, fue director del asilo para hombres y otro de mujeres, en la Salpêtrière liberó a los enfermos de sus cadenas, cambia el término de loco por alienado; clasificó las enfermedades llamándolas melancolía, manía sin delirio, manía con delirio, demencia con trastorno en el proceso de pensamiento e idiocia con obliteración de facultades mentales y afectos" (citados en Kaplan y Sadock, 2000).

"Aunque se restituyó a la enfermedad mental su sentido humano, se alejó al enfermo del mundo de los hombres" (Foucault, 1984).

1.8. Siglo XIX y XX.

Fue la era de los grandes clínicos. En Francia Charcot (Médico neurólogo) descubrió la neurosis y su tratamiento con hipnosis. Jean Pierre Falret hablaba de los estados de excitación y melancolía (hace unos años conocida como psicosis maniaco depresiva ahora conocido como trastorno bipolar). Paul Broca en 1863 observó las áreas del cerebro y descubrió las afasias que se relacionan con las lesiones en la tercera circunvolución frontal asociadas al lenguaje. Morel en 1856 hablaba de la idiocia congénita además de las demencias en personas mayores y la demencia precoz. Esquirol en 1838 sistematizó las enfermedades mentales en: división lipemia, manía, melancolía, demencia e idiocia (Rodríguez, et al, 1993).

En Alemania se dio mucho el enfoque organicista, los tratamientos eran basados en baños de agua fría, Griesinger comentaba que se debería dar un trato más humano y no bárbaro, pensaba que el cerebro era el asiento de la enfermedad mental (En Martínez et al, 1998). De acuerdo a esta concepción se le dio importancia a la frenología que daba interés al volumen, forma y estructura del encéfalo (Rodríguez et al, 1993).

En el siglo XX, en Francia se inició el estudio con psicofármacos. En 1952 surge la Clorpromazina (un neuroléptico), en 1960 los psicotrópicos como la imipramina y el litio, lo cual ayuda a que el enfermo pueda reincorporarse a la sociedad (Rodríguez et al, 1993).

En Austria-Hungría nace Sigmund Freud, el fundador del psicoanálisis. Hecker hablaba de la hebefrenia como síntoma de un cuadro,

Kahlbaum describió la catatonía (en un paciente callado o mudo por completo, inmóvil, como absorto en la contemplación de un objeto, ojos fijos en un punto distante y sin volición aparente, sin reacción ante estímulos sensoriales y flexibilidad cérica igual a la catalepsia).

Emil Kraepelin, que tenía un enfoque organicista, comenta que los trastornos mentales se podían deber a factores externos como intoxicaciones, delirio febril, trastornos metabólicos y consumo de alcohol e internos como la edad, el sexo, ocupación y elementos hereditarios.

Se hablaba de psicosis exógenas y endógenas, la esquizofrenia pertenecía a las endógenas y se llamaba en esa época demencia precoz, podía ser hebefrénica, catatónica y paranoide (con ideas delirantes).

En Suiza en 1911 Eugen Bleuler, acuña el término de Esquizofrenia que significa "mente fragmentada", para referirse a la demencia precoz, divide el cuadro en hebefrénica, catatónica, paranoide y simple.

En Estados Unidos Adolf Meyer, empieza a darle importancia a la salud comunitaria en psiquiatría abriendo en hospitales un área de prevención y atención a trastornos mentales con apoyo de psiquiatras, profesores, policías, trabajadores y médicos generales de la comunidad, donde los tratamientos eran variados (Martínez et al, 1998).

1.9. La Enfermedad Mental en México

En la época prehispánica los aztecas pensaban que los factores principales que provocaban esta enfermedad eran un susto, provocado por una señal o augurio de perturbaciones en la vida, el pecado y el castigo divino (Rodríguez et al, 1993).

Según ciertas fechas había una predisposición a comportamientos tales como la tendencia a la embriaguez o a la cobardía y propensión a accidentes. En la colonia se tenía una visión humanista: ayudar al desvalido o desprotegido.

1.10. Hospitales Psiquiátricos en México.

Bernardino Álvarez dejó posición y fortuna para atender a sus semejantes en el Hospital de Nuestra Señora de la Concepción, después el Hospital de Jesús de Nazareno (en el siglo XVI). En 1566 funda el Hospital San Hipólito en donde recibe y atiende a enfermos ancianos y enajenados mentales.

De 1604 a 1748 se fundaron nuevos hospitales a lo largo de la Nueva España. Posteriormente José Sáyago decide alojar enfermas mentales que vivían en la calle, Francisco de Aguilar y Seijas lo ayuda y lo instala en una casona cerca de la Iglesia de San Pedro y San Pablo en 1690, 60 mujeres hasta que la congregación del Divino Salvador compra una casa en la calle de Canoa, con el objeto de construir un Hospital para enfermos mentales en 1700 (Hospital de la Canoa).

A inicios del siglo XX como primer centenario de la independencia, el Gobierno General de Porfirio Díaz inaugura el 1º de septiembre de 1910 el Manicomio General construido en la antigua hacienda de la Castañeda y también surge el primer hospital granja ya que la Castañeda era insuficiente.

Finalmente se llevó a cabo la "Operación castañeda", el Lic. Gustavo Díaz Ordaz en 1965, presidente de la república, considerando las características obsoletas de las instalaciones con que contaba el Manicomio General de la Castañeda, dio instrucciones de suprimirlo definitivamente para sustituirlo por instalaciones modernas que estuvieran de acuerdo con la evolución que la psiquiatría había sufrido en los últimos años (Martínez et al, 1998).

Se construyeron los siguientes hospitales:

Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez", en el DF.

Hospital Psiquiátrico infantil Dr. Juan N. Navarro, DF.

Hospital Dr. Rafael Serrano en Puebla.

Hospital Samuel Ramírez Moreno en Tláhuac, DF.

Hospital Adolfo M. Nieto, DF.

Hospital Psiquiátrico Campestre Dr. Fernando Ocaranza, Hidalgo.

1.11. Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”

Está formado por tres edificios, entrando a la izquierda está el de consulta externa y hospital parcial que se divide en hospital de día y de fin de semana. Este edificio se conecta con la zona de urgencias.

Del lado derecho se encuentra el auditorio en donde se toman los cursos y conferencias además de sesiones clínicas que cada viernes retroalimentan al equipo multidisciplinario.

El edificio central es el dedicado a Hospitalización continua el cual consta de un total de 8 pisos:

En el sótano se encuentra el comedor, cocina y mantenimiento.

En la planta baja están los talleres, el jardín con canchas deportivas, servicios administrativos, Urgencias y observación.

En el primer piso los servicios médicos generales, farmacia y la Unidad Medico Quirúrgica de Atención Intensiva Psiquiátrica (UMQAIP).

En el segundo piso los pacientes derechohabientes de ISSSTE e IMSS (Hombres y mujeres).

Del tercero al quinto los pacientes que no son derechohabientes.

El sexto piso es destinado a psicogeriatría.

El séptimo está en remodelación y octavo es de Enseñanza, Investigación y Capacitación se encuentra la biblioteca, dormitorios de los médicos residentes, informática, aulas de usos múltiples y capacitación.

Todos los programas tienen el fin de integrar al paciente al área laboral, familiar y/o social, apoyando la conciencia de enfermedad mental además de conocer sus limitaciones, apoyando tanto al paciente como a la familia.

En la actualidad el principal tratamiento es el médico, aunque a un paciente se le ofrece un programa de atención integral en donde participan psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras, terapeutas ocupacionales para ayudar al paciente a una reincorporación a la vida social.

También se cuenta con programas de detección y prevención temprana de casos con proyección en la comunidad, programas educativos para el paciente y su familia (Rodríguez et al, 1993).

Aunque sigue imperando el enfoque organicista, el psicólogo puede intervenir con actividades grupales e individuales. La hospitalización en la actualidad tiende a ser breve y flexible.

En el programa de consulta externa, el paciente puede recibir tratamiento durante el día y regresar a casa durante la noche (Hospital de día y de fin de semana).

Se hace hincapié en el mantenimiento del contacto con la familia y la comunidad y en ayudar al paciente a adaptarse a ellas con más eficacia. Las agencias sociales y de otra clase en la comunidad son utilizadas como una extensión del proceso de tratamiento.

En nuestra época, la psicocirugía, coma insulínico, hidroterapia, sábanas heladas y medios físicos de confinamiento han pasado a la historia, actualmente en hospitales psiquiátricos se está orientando al tratamiento además de farmacológico, psicológico encaminado hacia la psicoterapia breve y actividades de rehabilitación, además de contar con un espacio vocacional y recreativo (Salomón y Patch, 1976).

La terapia electro convulsiva se utiliza en casos excepcionales. La sujeción al paciente se usa cuando está muy agresivo o somnoliento y se puede lastimar a sí mismo o a otro compañero del pabellón y se maneja por dos horas.

CAPITULO 2

**Clasificación de la Esquizofrenia, Depresión
y Depresión Postesquizofrénica
(Postpsicótica).**

CAPITULO 2

Clasificación de la Esquizofrenia, Depresión y Depresión Postesquizofrénica (Postpsicótica).

2.1. Esquizofrenia

La esquizofrenia es uno de los principales problemas de la salud pública en el sector psiquiátrico, tiene una prevalencia del 1% en la población, la mortalidad y morbilidad son significativas, inicia en edad temprana y deja secuelas irreversibles que causan un deterioro social, económico, laboral, escolar, esta enfermedad causa sufrimiento a los pacientes y a los familiares (Ortega, García, Imaz, Pacheco, Brunner, y Apiquián, 1994).

De acuerdo a la Asociación Psiquiátrica Americana la esquizofrenia es un grupo de trastornos manifestados por anomalías características de la ideación, del talante y de la conducta. Los trastornos de la ideación están caracterizados por la alteración en la formación de conceptos lo que conduce a una mala interpretación de la realidad, ideas delirantes y alucinaciones. Como consecuencia se presenta una respuesta emocional ambivalente, reducida e inadecuada y pérdida de la empatía con otros.

La conducta puede estar regresiva, retraída o extravagante. Emil Kraepelin lo denominó demencia precoz. Eugen Bleuler en 1911 denominó al síndrome esquizofrenia haciendo hincapié en la fragmentación de las funciones psíquicas, consideró al trastorno de los procesos asociativos el síntoma fundamental más importante. Adolph Meyer creyó que la esquizofrenia era la resultante de una acumulación de hábitos defectuosos de reacción, Sigmund Freud describió cómo las ideas dolorosas e inaceptables pueden dar origen a psicosis alucinatorias. El concepto de la regresión a niveles infantiles o arcaicos de integración en la esquizofrenia sustituyó al concepto del deterioro de Kraepelin (Solomón y Patch, 1976).

Actualmente la Asociación Psiquiátrica Americana en su Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV, 1995), menciona que el cuadro psicótico se caracteriza por ideas delirantes y alucinaciones, debiendo presentarse las últimas en ausencia de conciencia de su naturaleza patológica, pérdidas de la frontera del ego o un grave deterioro de la evaluación de la realidad, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o desorganizado.

Las características descriptivas son el afecto inapropiado, anhedonia, alteraciones del sueño, falta de interés en comer, rechazar los alimentos como consecuencia de sus creencias delirantes, alteraciones en la actividad psicomotora, dificultades en la concentración, en la focalización de la atención o distraibilidad debida a preocupación por estímulos internos, disfunción cognoscitiva, falta de conciencia de enfermedad mental, despersonalización, desrealización o preocupaciones somáticas, anormalidades motoras.

La esperanza de vida es menor ya que hay riesgo de suicidio en un 10% de la población con la enfermedad (principalmente del sexo masculino, edad inferior a 30 años, síntomas depresivos, desempleo o alta hospitalaria reciente) (APA, 1995).

Al respecto Solomón et al, en 1976 comentan que el curso comienza con una personalidad esquizofrénica premórbida, esquizoide, tormentosa que se alterna con agresividad y sumisión extremas, personalidad paranoide.

Ayudan a un mejor pronóstico un buen ajuste, el inicio agudo, una edad más avanzada de inicio, sexo femenino, acontecimientos precipitantes, alteraciones del estado de ánimo asociadas, duración breve de los síntomas de la fase activa, buen funcionamiento entre los episodios, síntomas residuales mínimos, ausencia de anormalidades cerebrales estructurales, función neurológica normal, historia familiar de trastorno del estado de ánimo y no tener historia familiar de esquizofrenia (APA, 1995).

Las principales causas de la enfermedad son factores orgánicos (como la predisposición genética, factores bioquímicos, factores endocrinos, neurológicos) psicosociales (como el conflicto intrapsíquico, defectos en la relación madre-infante, comunicación patológica e interacciones patológicas familiares como el doble vínculo) (Solomón et al, 1976). La esquizofrenia es multifactorial, el paciente es afectado tanto genéticamente, como por patrones familiares y ambientales.

El paciente diagnosticado con esquizofrenia muestra un déficit en los desempeños psicomotores, en pensamiento y en el grado de eficiencia intelectual, distorsiones preceptuales y desviaciones del aprendizaje. Para algunos esquizofrénicos la hospitalización representa un tipo de evitación selectiva y tiene el efecto de disminuir la recepción de preceptos no asimilables. Es posible que con esto se detenga la evolución ulterior de la psicosis y también se brinde al paciente la oportunidad de desarrollar formas adecuadas de asimilar material. Y para los pacientes a los que la hospitalización facilita pautas de evitación selectiva, ella misma puede convertirse en un modo de vida preferido con lo cual se obstaculiza la recuperación efectiva. (Jackson, 1960).

En cuanto al curso se ha observado que la edad media en hombres es de 35 años, en mujeres de 39, el inicio puede ser brusco o insidioso, pero la mayoría de los sujetos muestran algún tipo de fase prodrómica manifestada por el lento y gradual desarrollo de diversos signos y síntomas.

Los sujetos con un inicio a una edad más temprana suelen ser varones y tienen peor adaptación premórbida, menor nivel de estudios, más evidencia de anomalías cerebrales estructurales, signos y síntomas negativos más sobresalientes, más evidencia de deterioro cognoscitivo evaluado neuropsicológicamente y peor evolución.

Los que tienen un inicio más tardío son más a menudo mujeres, muestran mejor evolución, menor evidencia de anomalías cerebrales estructurales o deterioro cognoscitivo y muestran más síntomas afectivos. El curso es variable, con exacerbaciones y remisiones en algunos pacientes, mientras que otros permanecen crónicamente enfermos (APA, 1995).

Síntomas prodrómicos.

Los síntomas prodrómicos son síntomas neuróticos, despersonalización, desrealización, sentimientos de extrañeza, sentido vago de desastre inminente, preocupación, trastornos en el sueño, apetito y de la libido, pueden haber eventos desencadenantes como fracaso en los estudios, fallecimiento de un pariente, pérdida del trabajo, una desilusión romántica pero parece no existir una circunstancia desencadenante específica.

La psicosis franca se caracteriza por ideación, afección y conducta desarregladas, se hallan alterados la forma y el contenido del pensamiento, la respuesta emocional inadecuada. Es de esperarse que los pacientes diagnosticados con esquizofrenia y hospitalizados por primera vez tengan una recuperación social (regresan con sus familias y a sus trabajos) el pronóstico final depende de la cantidad y calidad del tratamiento continuo, las tensiones a las cuales el paciente continúe exponiéndose y de la gravedad de la enfermedad (Solomón et al, 1976).

Signos y síntomas.

Los criterios para diagnóstico de esquizofrenia según el DSM-IV (1995) son:

- A. "Dos o más de los siguientes con un período de un mes: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o gravemente desorganizado, síntomas negativos (aplanamiento afectivo, alogia o abulia).
- B. Disfunción social y laboral en trabajo, relaciones interpersonales o del auto cuidado.
- C. Duración. Persisten signos continuos en por lo menos seis meses.
- D. Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo.
- E. Exclusión de consumo de sustancias o enfermedad médica.

F. Relación con un trastorno generalizado del desarrollo (como autismo).

Subtipos: paranoide, desorganizada, catatónica, indiferenciada y residual. También se contemplan Esquizofreniforme, esquizoafectivo, delirante, trastorno psicótico breve, trastorno psicótico compartido, debido a un a enfermedad médica, inducido por sustancias y no especificado" (APA, 1995).

Consta de síntomas negativos y positivos. Entre los negativos se encuentran: disminución o pérdida de las funciones normales, restricciones del ámbito y la intensidad de la expresión emocional (aplanamiento afectivo), de la fluidez y pobre productividad del pensamiento y el lenguaje (alogia), incapacidad para iniciar el comportamiento dirigido hacia un objetivo (abulia), poca afectividad o vacío afectivo (anhedonia). Estos signos y síntomas son difíciles de evaluar. Entre los positivos se encuentran: exceso o distorsión de las funciones normales como ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento desorganizado o catatónico.

Con respecto a lo anterior, Lagomarsino (1995) menciona los signos positivos como: delirio, alucinación y desorganización de pensamiento y los negativos entre los cuales destaca: embotamiento afectivo, pobreza de pensamiento, pérdida de motivación, retraimiento, anhedonia, apatía, retardo motor, pobre cuidado personal y afectación de relaciones sociales.

Las alucinaciones auditivas son las más habituales en la esquizofrenia (voces peyorativas o amenazantes).

Al respecto Schneider (Citado en Salomón, et al, 1976) comenta que el paciente escucha voces que le verbalizan sus pensamientos, el paciente se siente sujeto acerca del cual las voces están polemizando, voces alucinatorias que describen su actividad a medida que se lleva a cabo.

Las ideas delirantes son creencias erróneas que implican una mala interpretación de las percepciones o experiencias de persecución, de auto referencia, somáticas, religiosas o grandiosas.

Estas ideas son raras e improbables, se consideran extrañas las ideas que expresan una pérdida del control sobre la mente o el cuerpo; el robo de pensamiento es la creencia de que alguien capta los pensamientos de la persona; la inserción de pensamiento son los pensamientos externos que han sido introducidos a la propia mente; el control de pensamiento es la idea de que el cuerpo o los actos son controlados o manipulados por alguna fuerza exterior.

El pensamiento desorganizado se caracteriza por saltar de un tema a otro (descarrilamiento o pérdida de asociaciones), las respuestas pueden tener una relación oblicua o no tener relación alguna con las preguntas (tangencialidad), lenguaje incomprensible, desorganización lingüística (incoherencia o ensalada de palabras). El síntoma es tan grave que deteriora la efectividad de la comunicación.

El comportamiento gravemente desorganizado son tonterías infantiloides hasta la agitación impredecible.

Entre los comportamientos motores catatónicos se encuentran la disminución de reactividad al entorno hasta la falta de atención (estupor catatónico) postura rígida, resistencia a ser movido (rigidez catatónica) resistencia a las órdenes o intentos de ser movido (negativismo catatónico), el asumir posturas extrañas (posturas catatónicas), actividad motora excesiva sin propósito o estímulo provocador (agitación catatónica) (APA, 1995).

De acuerdo a lo anterior, según la CIE-10 la esquizofrenia se caracteriza por distorsiones de la percepción del pensamiento y de las emociones, ideas delirantes, alucinaciones auditivas, superficialidad, incongruencia, ambivalencia y síntomas catatónicos (OMS, 1992).

Algunos autores comentan que los síntomas positivos son causados por excesos en los procesos normales del cerebro, mientras que los negativos son causados por la disminución o desaparición de estos procesos. Ambos grupos de síntomas son considerados componentes primarios de la enfermedad.

Los síntomas positivos son centrales para el diagnóstico de esquizofrenia y los antipsicóticos los mejoran, los síntomas negativos son los más resistentes al tratamiento (Lagormasino, 1995).

Donnoli, Basotto, Cohen, Oliva, Salvatore, Ventura et al (1995) comentan que los síntomas negativos son deficiencias del paciente en el nivel laboral, en los vínculos sociales y familiares y en el auto cuidado y que están en relación con la personalidad previa a la manifestación clínica más que como un defecto o deterioro producto de los brotes agudos.

Eugen Bleuler planteó que hay síntomas propios de la esquizofrenia como asociación, autismo, ambivalencia y afecto, característica principal el embotamiento afectivo. Su hijo, Manfred Bleuler, agrega los trastornos de la vivencia del propio yo (despersonalización y los trastornos de la voluntad y del obrar como abulia), también comenta la importancia de la discordancia afectiva o paratimia (Peralta y Cuesta, 1992).

Bleuler también en su tiempo mencionó los síntomas fundamentales como trastornos en la asociación, autismo, incongruencia afectiva, ambivalencia y accesorios como alucinaciones, ideas delirantes, ilusiones, ideas de referencia, despersonalización, negativismo, automatismo, ecolalia, ecopraxia, manierismos, estereotipia, impulsividad y apatía.

Con respecto a desórdenes cerebrales, hay una hipótesis llamada dopaminérgica según la cual la esquizofrenia es producida por el exceso de actividad de este neurotransmisor (dopamina) y por esta razón su sintomatología mejora con los antipsicóticos, que son fármacos bloqueadores de la misma (Lagomarsino, 1995).

2.2. Depresión

Según la Asociación Psiquiátrica Americana (1995), en su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales (DSM-IV), "para el episodio depresivo mayor se debe encontrar la presencia de 5 de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa, uno de los síntomas debe ser estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, según lo indica el paciente o personas cercanas a él, en niños y adolescentes se puede presentar irritabilidad. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas las actividades la mayor parte del día.

Pérdida o aumento de peso (5% en un mes), o pérdida o aumento del apetito, insomnio o hipersomnia, agitación a enlentecimiento psicomotor, sentimientos de inutilidad o culpa excesivos o inapropiados (pueden ser delirantes) y no son los auto reproches de estar enfermo. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, indecisión, pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo, deterioro social, laboral, no son debidos a los efectos fisiológicos de alguna sustancia o enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de un duelo, los síntomas persisten durante más de dos meses o se caracterizan por una incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Los pacientes con este diagnóstico presentan llanto, irritabilidad, tristeza, rumiaciones obsesivas, ansiedad, fobias, preocupación excesiva por la salud física y quejas de dolor.

Puede haber trastornos de angustia, problemas en relaciones interpersonales, pueden presentarse problemas matrimoniales, laborales, escolares, abuso de sustancias y aumento en la utilización de los servicios médicos.

El riesgo de suicidio es alto principalmente en sujetos con síntomas psicóticos, también hay una tasa aumentada de muertes por enfermedades médicas. El episodio depresivo mayor puede preceder a algún estrés psicosocial.

Hay una fase prodrómica de ansiedad y síntomas depresivos leves en la mayor parte de los pacientes hay una remisión completa de los síntomas y la actividad retorna a su nivel premórbido.

Puede haber un episodio único, recidivante, hay un 15 % de muerte por suicidio, en personas de más de 55 años aumentan hasta cuadruplicarse, 10 % de sujetos con trastorno distímico iniciarán un primer episodio depresivo mayor.

La prevalencia es de 10 a 25 % mujeres y 5 a 12% hombres, no parecen estar relacionadas con raza, nivel de estudios o ingresos económicos ni estado civil.

De 50 a 60 % que tienen un primer episodio pueden tener un segundo, 70% un tercero y 90 % un cuarto. El 5 a 10 % presentará un episodio bipolar (APA, 1995).

“La depresión puede ser leve, moderada o grave. Se caracteriza por humor depresivo, pérdida de interés y disfrute de las cosas, disminución de la vitalidad, reducción del nivel de actividad y un cansancio exagerado, disminución de atención y concentración, pérdida de confianza en si mismo y sentimientos de inferioridad, ideas de culpa y de ser inútil, una perspectiva sombría del futuro, pensamientos y actos suicidas o de auto agresiones, trastornos de sueño y pérdida del apetito o aumento (como se menciona en el DSM-IV). Duración de al menos 2 semanas, aunque en períodos mas cortos pueden ser aceptados si los síntomas son graves de comienzo brusco” (OMS, 1992).

Como suelen combinarse depresión y esquizofrenia, se recomienda que si el enfermo no tiene síntomas esquizofrénicos en el momento de la entrevista, deberá diagnosticarse episodio depresivo. Si los síntomas esquizofrénicos todavía son floridos y predominantes, deberá mantenerse el diagnóstico del tipo esquizofrénico adecuado (paranoide, hebefrénica, catatónica, indiferenciada, residual, simple) (OMS, 1992).

2.3. Depresión Postesquizofrénica (postpsicótica).

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) no se menciona el tópic como tal, a diferencia del Manual de Trastornos mentales y del Comportamiento (CIE-10), en donde el diagnóstico para la depresión en la esquizofrenia es la depresión postesquizofrénica (F20.4).

Otros autores, como se verá a continuación, también le llaman depresión postpsicótica.

“Es un trastorno de tipo depresivo a veces prolongado que surge después de un trastorno esquizofrénico, durante él pueden persistir algunos síntomas esquizofrénicos pero no predominan (estos pueden ser positivos o negativos, los últimos son más frecuentes). No está claro determinar hasta qué punto los síntomas depresivos se han observado al resolverse los síntomas psicóticos, son de nueva aparición, forman parte intrínseca de la esquizofrenia o son una reacción psicológica a la misma, rara vez son lo suficientemente graves o duraderos para satisfacer las pautas de un episodio depresivo grave.

Es difícil decidir qué síntomas del enfermo son debidos a una depresión, cuáles a una medicación con neurolépticos y cuales son la expresión del trastorno de la voluntad y del empobrecimiento afectivo de la esquizofrenia por sí misma. Estos estados depresivos se acompañan de un alto riesgo de suicidio.

Para su diagnóstico se debe tomar en cuenta que el enfermo ha tenido en los últimos doce meses una enfermedad esquizofrénica que satisfaga las pautas generales de esquizofrenia” (OMS, 1992)

De acuerdo a lo anterior Siris (1991) comenta que no son necesarios 12 meses, ya que sugiere que puede darse antes de este tiempo, por lo que se necesita especificar más este rubro.

Según la OMS, (1992) en la depresión postesquizofrénica persisten algunos síntomas esquizofrénicos, los síntomas depresivos son destacados, fuente de malestar y cumplen al menos las pautas de un episodio depresivo (F32) y han estado presentes por lo menos durante

dos semanas.

“La Depresión postesquizofrénica (DPE) es considerada como un síndrome depresivo superpuesto a la esquizofrenia residual o un trastorno depresivo mayor secundario, una depresión atípica o un trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido, un síndrome depresivo mayor en la fase residual del trastorno esquizofrénico, habiéndose tipificado como un diagnóstico adicional de trastorno depresivo no especificado” (Lázaro, Corominas y González 1989).

Al respecto Medina (1992) comenta que la Depresión postesquizofrénica (DPE) es un fenómeno fásico sucesivo al brote esquizofrénico agudo y diferenciado de éste, otros estudios llevan a considerar la necesidad de flexibilizar el esquema clásico de la fasicidad postesquizofrénica, subrayan la interconexión y diversidad en la presentación además de la significación clínica de los fenómenos depresivos en la esquizofrenia.

Desde el punto de vista de la sintomatología clínica, el trastorno aparece en la bibliografía de manera confusa en delimitación de otros síntomas de la esquizofrenia: residuales, negativos; la sintomatología depresiva postesquizofrénica es frecuente, aunque el síndrome depresivo completo lo es mucho menos.

García Perales, et al (1994) comentan que la asociación entre síntomas depresivos y ciertos síntomas negativos como la anergia, anhedonia, abulia, aumento de estereotipias de pensamiento, lentitud psicomotriz, la sensación de vacío y la retirada emocional hace difícil distinguir entre los síntomas afectivos y los negativos.

En la depresión en esquizofrenia se observa un estado de ánimo deprimido, anhedonia (baja la capacidad para el placer) baja en la energía y autoestima, pueden haber desórdenes alimenticios y de sueño (de acuerdo con el DSM-IV y CIE-10) (Siris, 1987 y Siris, Cutler, Owen y Paige 1989).

Siris et al (1986) comentan que es un fenómeno poco estudiado por lo que se busca entender la nosología, pronóstico e implicaciones de tratamiento. Los autores han encontrado que de 15 casos, en 8 el síndrome se vuelve estable, en 2 casos el síndrome depresivo

persiste.

La depresión postpsicótica no es un fenómeno transitorio, persiste por tres semanas, en algunos casos se vuelve espontáneamente en el intervalo de estas semanas, para otros pacientes se supone fue un proceso de descompensación.

Se observa que en mujeres con síndrome de depresión postpsicótica tiende a remitir mientras que en hombres tiende a progresar a psicosis, como un inductor, pero se necesitan más estudios para corroborar esta idea (Siris et al, 1986).

Algunos autores comentan que la sintomatología precede a la aparición o exacerbación de los síntomas psicóticos, otros opinan que estos síntomas depresivos son parte del curso natural de la esquizofrenia (García Perales et al, 1994).

La depresión post psicótica (DPP) se presenta posteriormente a la recuperación de un episodio psicótico y cumple con los criterios diagnósticos de un episodio depresivo mayor sin estar asociada a efectos secundarios de tratamiento.

De acuerdo a Apiquían, et al, 2001, la depresión en esquizofrenia se asocia con un mal pronóstico ya que incrementa el riesgo de recaídas, con falta de respuesta al tratamiento farmacológico, una mayor cronicidad y un mayor deterioro funcional de los pacientes con esquizofrenia por lo que es importante su diagnóstico y tratamiento oportuno.

García Perales et al, 1994, concluye que la depresión postpsicótica se da cuando los síntomas depresivos aparecen durante la remisión del episodio psicótico y constituyen una respuesta del paciente a su reciente experiencia, otros autores comentan que es un efecto secundario de los neurolépticos, especialmente los de depósito, por lo que emplean el término depresión farmacológica.

Planansky en 1978 (Citado en Medina, 1992) considera como más característicos de la depresión postesquizofrénica la combinación de ideas de culpa, autorreproche, inutilidad, descartando síntomas depresivos como pérdida de interés y de energía, de capacidad de concentración, de iniciativa y de toma de decisiones por considerarlos indistinguibles de la anergia, abulia y ambivalencia esquizofrénicas.

Se comenta que hay complicaciones de estos cuadros depresivos que aparecen en el curso de la esquizofrenia, así se ha estimado un mayor riesgo de suicidio, un peor funcionamiento social, mayor riesgo de recaída y mayor duración de hospitalizaciones.

Lázaro et al, (1989) y Medina (1992) hablan de tres hipótesis que pueden originar la depresión postesquizofrénica (DPE ó DPP):

a) La hipótesis psicológica (DPE primaria) en donde la DPE se supone tiene un carácter reactivo a la experiencia negativa experimentada en el episodio psicótico.

Las repercusiones laborales, familiares y sociales explicarían la depresión existente, según ello en nada se diferenciaría del síndrome depresivo que puede desencadenarse tras cualquier otro factor precipitante.

Algunos autores comentan que no existe una relación causal entre esquizofrenia y DPE y que la sintomatología depresiva existente durante un episodio esquizofrénico va desapareciendo en forma paralela a la reorganización cognitiva.

Estos estudios valoran la sintomatología depresiva en el curso de una descompensación esquizofrénica.

b) Hipótesis farmacógenas (DPE secundaria), otros autores afirman que la presencia de DPE se relaciona con el uso y la dosis de neuroléptico y su vía de utilización, afirmando que tales fármacos favorecerán la presentación de un cuadro clínico, que ha venido a llamarse estado postpsicótico inducido por neurolépticos (es un cuadro diferente al estudio pero también es superpuesto).

Uno de los efectos extrapiramidales de los antes mencionados es la aquinesia que se caracteriza por un efecto del neuroléptico que se asocia a alteraciones motoras y se alivia con medicamentos antiparkinsonianos.

c) Otras Hipótesis: Algunos autores consideran que los síntomas depresivos y esquizofrénicos tienen un común proceso fisiopatológico en el que el síndrome depresivo sería un componente de la sintomatología esquizofrénica, aunque enmascarado por la sintomatología psicótica florida y que puede emerger sin remitir ésta.

Otros autores comentan que un episodio esquizofrénico agudo pudiese ser una fase maniaca que posteriormente, tras la remisión del episodio ciclaría en sentido contrario y se instauraría en un cuadro depresivo.

Floru propone la toma en consideración de 3 factores: la psicosis, la personalidad del paciente y el tratamiento farmacológico (Citado en Lázaro et al, 1989 y Medina Amor, 1992).

También se supone una explicación de origen reactivo de la DPP, con base en la desprotección que el alta hospitalaria pudiera suponer, en caso de que el paciente hubiera hecho una dependencia asistencial por el cuidado prodigado por la institución psiquiátrica.

Hay hipótesis psicodinámicas que postulan la DPP como una reacción al estrés de la psicosis y a la pérdida y cambio asociado a ella. La DPP representaría una condición preexistente a la cual el paciente esquizofrénico retornaría durante el curso de regresión psicótica.

La depresión postpsicótica debe diferenciarse del síndrome depresivo inherente al trastorno esquizofrénico, trastorno afectivo bipolar, esquizoafectivo, trastorno depresivo mayor coincidente con trastorno esquizofrénico. (Lázaro et al, 1989).

García Perales et al (1994) recomienda para el tratamiento primero descartar síntomas negativos o extrapiramidales, para después utilizar antidepresivos.

CAPITULO 3

**Depresión en Esquizofrenia y Conciencia de
Enfermedad Mental.**

CAPITULO 3

Depresión en Esquizofrenia y Conciencia de Enfermedad Mental.

3.1. Depresión en esquizofrenia

La esquizofrenia se reconoce con facilidad pero su etiología y su fisiopatología siguen sin aclararse. Se han hecho investigaciones contradictorias, algunas de las cuales no han tenido resultados significativos, se sabe que diversos síndromes psiquiátricos pueden coexistir con la esquizofrenia, entre ellos la depresión, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de angustia y el abuso de sustancias.

Al respecto García Perales et al, (1994) encontraron que el síndrome que generalmente acompaña a la esquizofrenia es la depresión por lo que están de acuerdo con lo anterior. La esquizofrenia tiene una prevalencia del 1% la morbilidad es severa y la mortalidad significativa.

Algunos autores reportan que la sintomatología depresiva precede a la aparición o exacerbación de los síntomas psicóticos, otros opinan que los síntomas depresivos son parte del curso natural de la esquizofrenia. En cuanto a la depresión en esquizofrenia fue reconocida por Kraepelin y Bleuler pero su evolución y el pronóstico es aún controvertido.

De acuerdo a lo anterior Ortega et al (1994) comentan que los síntomas depresivos se asemejan a síntomas negativos y síntomas prodrómicos de una recaída psicótica. Se ha reportado un 25 % de casos de depresión en esquizofrénicos después de la desaparición de la sintomatología psicótica aguda y se caracteriza por la presencia de un afecto deprimido, anhedonia, disminución de la energía y baja autoestima, síntomas vegetativos y alteraciones en el apetito y el sueño.

Otros autores mencionan que los síntomas depresivos son parte del curso natural de la esquizofrenia. Bleuler y Mayer Gross (citados en García et al, 1994) estaban de acuerdo con lo anterior: "después de la

desaparición de la sintomatología psicótica aguda, se presenta la depresión o por lo menos un síndrome similar a éste en el 25 % de los esquizofrénicos, el síndrome causado por neurolépticos se presenta en un 30 % de los pacientes esquizofrénicos. Los pacientes con antecedentes familiares de depresión mostrarán efectos colaterales más graves con los neurolépticos, que los esquizofrénicos que no tienen los antecedentes” (García et al, 1994).

Los síntomas depresivos pueden presentarse en cualquier fase de la esquizofrenia, resaltando su aparición en los pacientes que atraviesan por su primer episodio psicótico.

En un estudio hecho por Addington y Robinson, en 1999, se encontró que pacientes con esquizofrenia y depresión tienen un estilo cognitivo similar, también que existe depresión en esquizofrenia, ya que en este estudio el 13 % de pacientes con esquizofrenia entraron en el criterio de depresión mayor.

La depresión se ha relacionado con el deterioro cognoscitivo global que es muy similar al de la demencia, pero reversible con un tratamiento antidepressivo adecuado (Pons et al, 1989).

“Kraepelin y Bleuler describieron síntomas depresivos en pacientes esquizofrénicos, Mayer - Gross (1920) fue el posible precursor de la categorización del trastorno, Stern y Steinberg ubicaron los síntomas depresivos en el período de remisión de los síntomas psicóticos insistiendo en la naturaleza fásica del trastorno y McGlashan y Carpenter hablaron de depresión manifiesta en el despertar de la experiencia psicótica. Otros autores (Donlon y Blaker en 1973) comentaron 4 fases de reintegración postpsicótica, en la cual predominaría el estado de ánimo deprimido asociado a anorexia e insomnio, vieron que la aparición de la DPE puede interpretarse como un signo de buen pronóstico al representar un estado defensivo menos primitivo (Semrad en 1966 y Roth en 1970), otros apuntan a un mayor riesgo de suicidio (Fernández, 1972, Schneidman y cols 1962, Roy y cols 1983, Black y cols 1985), un peor funcionamiento social (Glazer y cols, 1981), mayor riesgo de recaída (Herz y cols 1980, Roy y cols 1981, Mandel y cols, 1982), mayor duración en la permanencia hospitalaria (Falloon y cols 1978, Jonson 1981) y mayor frecuencia de ingresos (Berrios y Bulbena 1987). Algunos autores consideran la

depresión como fase integral de la psicopatología esquizofrénica (Planansky)". (Todos los autores citados en Pons et al, 1989).

Otros autores apuntan a una menor intensidad de los trastornos depresivos postpsicóticos frente a las depresiones primarias (Siris y cols, 1981).

Pons en 1989, de acuerdo a lo anterior realizó un estudio con 50 pacientes mujeres concluye que la DPE tiene intervalos más largos sin reingresar, esto sugiere que los pacientes que sufren depresión en la convalecencia de la esquizofrenia presentan a largo plazo un mejor pronóstico que los que no la sufren, dado que tienen un comienzo más tardío, son tratadas algo más precozmente, los reingresos son menos frecuentes y los intervalos sin reingresar son más largos. El tratamiento prolongado con dosis constante de neuroléptico no parece inducir depresión.

En el estudio hecho por Apiquián et al, (2001) más de la mitad de los pacientes reportaron depresión. Concluyen que la presencia de depresión en esquizofrenia es un factor determinante de recaída, de una pobre recuperación, de un mayor número de hospitalizaciones, de una mala respuesta al tratamiento, de mayor cronicidad y deterioro del funcionamiento social. La descompensación producto de los síntomas psicóticos favorece la aparición de síntomas depresivos en este tipo de pacientes.

Al respecto Addington y Addington en 1992, encontraron que los intentos de suicidio se asocian significativamente con depresión recurrente, sexo femenino, baja educación y hospitalizaciones frecuentes, por lo que correlacionan depresión e intento de suicidio. Su conclusión fue que el intento suicida e ideas suicidas recurrentes se relacionan con depresión en esquizofrénicos.

Wisted (1983) citado en Apiquián et al, 2001, halla valores más elevados en las escalas de depresión entre esquizofrénicos mantenidos con placebo que entre pacientes a los cuales se administraron neuroléptico depot.

Por lo anterior se entiende que la presencia de depresión es común en la esquizofrenia y puede dificultar el tratamiento del cuadro psicótico, de esta forma es importante su diagnóstico y tratamiento oportunos, entre los farmacológicos se encuentran los antipsicóticos, en cuanto a terapias psicológicas se sugieren las cognitivo - conductuales, para la familia entrenamiento psicoeducativo (en donde se tome en cuenta en conocimiento y competencias necesarios para el manejo de la enfermedad) (Benassini, 2001).

3.2. Conciencia de enfermedad mental.

Se ha visto la conciencia como sinónimo de insight lo cual algunos autores consideran equivocado (Vaz et al, 1994), ya que conciencia de enfermedad mental la refieren al auto conocimiento en relación con la condición mental, según ellos es la medida de la concordancia de la percepción que el paciente tiene de sí mismo comparada con la de su comunidad o cultura.

Para el grado conciencia de enfermedad mental no existe una forma de evaluarla, en ocasiones esta dimensión tiene que ser inferida a partir de la respuesta del paciente a la enfermedad ante experiencias anormales, la conciencia de enfermedad no es una función que esté presente o ausente, es un parámetro clínico que admite la existencia de diferentes grados y que puede variar en intensidad a lo largo del tiempo.

Para analizar conciencia de enfermedad se han visto 4 factores básicos:

- 1.-Hasta qué punto el paciente parece estar al tanto de los fenómenos anómalos que otros sujetos han percibido en él.
- 2.-Qué capacidad tiene el paciente para reconocer que estos fenómenos son realmente anómalos.
- 3.-Qué capacidad tiene para considerar que tales fenómenos anómalos son el resultado de una enfermedad mental.

4.-En el caso de que el paciente acepte que está enfermo, hasta que punto es capaz de considerar que necesita un tratamiento que haga frente a su enfermedad (Vaz et al, 1994).

La valoración de dichas áreas permite tener una idea del grado de conciencia de enfermedad de un sujeto en determinado momento.

Hay pocos estudios acerca de la conciencia de enfermedad y los que hay son contradictorios, algunos autores indican que la conciencia de enfermedad depende de la gravedad del cuadro psicopatológico (Heinrichs et al, 1985), otros comentan que existe independencia entre ambos factores (Bartko et al, en 1988 y McEvoy et al, 1989) (Autores citados en Vaz et al, 1994).

Se debe tener en cuenta que en la esquizofrenia es en donde la conciencia de enfermedad se ve seriamente afectada.

Los esquizofrénicos crónicos tienen una escasa conciencia de enfermedad y rechazan el tratamiento farmacológico o siguen prescripciones de forma irregular, por lo que se piensa que el grado de conciencia de enfermedad estaría asociado al grado de voluntad de exigir medicación o tratamiento, siendo más estrecha la relación entre conciencia de enfermedad y cumplimiento de las prescripciones farmacológicas que la correlación entre conciencia de enfermedad y mejoría clínica (Vaz et al, 1994).

El estudio de Vaz et al, (1994) tuvo como objetivo determinar en qué medida el grado de conciencia de enfermedad se ve condicionado por la existencia de determinadas manifestaciones psicopatológicas en la esquizofrenia (qué manifestaciones aparecen asociadas a un mayor o menor grado de conciencia de enfermedad, para un plan terapéutico que contemple el incremento del grado de conciencia de enfermedad frente a su trastorno).

Para medir la conciencia de enfermedad mental se utilizó la entrevista semiestructurada propuesta por McEvoy y Cols. Se encontró que los pacientes esquizofrénicos aceptan que necesitan ayuda más que tener conciencia de enfermedad mental, el tiempo de evolución de la esquizofrenia parece ser un elemento importante de cara al desarrollo de la conciencia de estar enfermo y de necesitar ayuda.

En otro estudio se habla de la importancia de la alianza terapéutica junto con el establecimiento de los objetivos del ingreso claramente delimitados para evitar la vaguedad de la conciencia de enfermedad mental (Velázquez, Lozano y Herrera, 1997).

En un estudio de Ruiz (1984) se concluye que la mayoría de los pacientes no tiene conciencia de estar enfermo al momento de entrar al hospital, entendiendo la conciencia como la información, el conocimiento que tiene el yo de sí mismo y de lo que le ocurre.

Con respecto a conciencia de enfermedad mental Freedman, Kaplan y Sadock en 1975, en su entrevista psiquiátrica y examen del estado mental, recomiendan al profesional de la salud que la conversación sea orientada, con un lenguaje sencillo, preguntas predeterminadas, seguir un cierto orden y organizarse de acuerdo con determinadas categorías para llegar a lo que se está buscando.

Es importante tomar en cuenta el examen del estado mental que ayuda a obtener información suficiente para formular un diagnóstico, factores biológicos, psicológicos y sociales pertinentes a cada caso y la alteración presentada, tomando en cuenta quejas que han llevado al paciente a buscar la atención médica, condición presentada, identificación, quejas e historia de la enfermedad mental.

Dentro del estado mental, en donde se cuestiona la descripción general, conversación, reacción emocional y humor, percepción, contenido del pensamiento, conocimiento a nivel sensorial o conciencia a nivel fisiológico (capacidad de atención, concentración, respuesta del paciente en la interacción, obnubilación, confusión, estupor o coma), orientación en momento (fecha, año, mes y día), lugar (donde se encuentra), persona (cómo se llama), memoria y tareas intelectuales, también se valora la conciencia de enfermedad mental.

En el informe psiquiátrico se tiene que resumir la información obtenida desde la historia psiquiátrica, estado mental, incluyendo descripción general, estado de ánimo, sentimientos y afecto, percepción, proceso de pensamiento, orientación, memoria, control de impulsos, juicio e insight, esto último es lo que interesa investigar en este estudio.

Al final se colocan los estudios diagnósticos, resumen de hallazgos positivos, formulación psicodinámica (la cual se refiere a las defensas utilizadas por el paciente) y plan de tratamiento (Kaplan et al, 1989).

A su egreso del Hospital, algunos pacientes adquieren conciencia de enfermedad mental con ayuda del personal multidisciplinario, lo que está relacionado con el cumplimiento del tratamiento. Sousa recomienda que para que se dé la adherencia terapéutica en el paciente se trabaje con la ideas que tenga sobre su padecimiento, su relación con el médico, las relaciones emocionales, hábitos y mecanismos de defensa (Sousa, 1987).

Con lo antes expuesto se sabe que la esquizofrenia consta de síntomas positivos y negativos, éstos últimos se han llegado a confundir con los depresivos, pero algunos trabajos han ayudado a resolver esta incógnita y se ha visto que no son los mismos síntomas aunque sí parecidos. También algunos autores comentan que la depresión en esquizofrenia es indicador de un buen pronóstico (Pons et al, 1989), algunos otros no están de acuerdo (Apiquián et al, 2001).

Por tanto la presente tesis busca observar si esta depresión se relaciona con la conciencia de enfermedad, la cual también se observa aumenta con un mejor pronóstico para el paciente (de acuerdo a la experiencia clínica), este último punto se relaciona con la conciencia de enfermedad mental por lo cual se realizó una correlación.

Hay pocos estudios acerca de este tema principalmente en el área de psicología por lo que esta investigación puede ayudar a abrir este campo tan poco trabajado.

CAPITULO 4

Método

CAPITULO 4

Método

Como se explicó en capítulos anteriores, se ha visto que el síndrome principal que acompaña a la esquizofrenia es la depresión (García y Ortega, 1994), algunos estudios reportan que del 20 al 70 % de los pacientes con esquizofrenia llegan a sufrir depresión en cierto momento del cuadro (Apiquián et al, 2001), de ellos hay quienes mencionan que el síndrome depresivo es síntoma de mejor pronóstico (Pons et al, 1989). Otros han encontrado que hay mayor número de recaídas e intentos suicidas (Medina, 1992; Apiquián, et al, 2001, Siris, 1991), como la conciencia de enfermedad mental está asociada con un buen pronóstico se desprende la siguiente pregunta de investigación:

¿Existe relación entre la depresión en esquizofrenia y la conciencia de enfermedad mental en pacientes del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez, S.S.A."?

Objetivo General:

Analizar si existe relación entre la depresión en esquizofrenia y la conciencia de enfermedad mental.

Objetivos específicos:

Explorar el síndrome depresivo en el paciente con diagnóstico de esquizofrenia.

Evaluar el grado de conciencia de enfermedad mental en el paciente con diagnóstico de esquizofrenia.

Hipótesis de trabajo:

Hi: Hay relación estadísticamente significativa entre la depresión en esquizofrenia y la conciencia de enfermedad mental en pacientes del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez, S.S.A.".

Ho: No hay relación estadísticamente significativa entre la depresión en esquizofrenia y la conciencia de enfermedad mental en pacientes del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez, S.S.A."

Hi: Hay depresión en esquizofrenia en pacientes del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez, S.S.A."

Ho: No hay depresión en esquizofrenia en pacientes del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez, S.S.A."

Hi: Hay conciencia de enfermedad mental en el paciente esquizofrénico del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez, S.S.A."

Ho: No hay conciencia de enfermedad en el paciente esquizofrénico del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez, S.S.A."

Definición de variables de trabajo:

Conceptual:

Esquizofrenia "Es la mezcla de signos y síntomas, positivos y negativos" (APA, 1995). "Se caracteriza por distorsiones de la percepción, del pensamiento y de las emociones" (OMS, 1992). Es un grupo de trastornos manifestados por anormalidades características de la ideación, del talante y de la conducta. Los trastornos de la ideación están caracterizados por la alteración en la formación de conceptos lo que conduce a una mala interpretación de la realidad, ideas delirantes y alucinaciones. Como consecuencia se presenta una respuesta emocional ambivalente, reducida e inadecuada y pérdida de la empatía con otros (Solomón et al, 1976).

Depresión en esquizofrenia es un trastorno depresivo a veces prolongado que surge después de un trastorno esquizofrénico, pueden persistir síntomas esquizofrénicos, pero no predominan en el cuadro clínico (Apiquián et al, 2001).

"Es un trastorno de tipo depresivo a veces prolongado que surge después de un trastorno esquizofrénico, durante él pueden persistir algunos síntomas esquizofrénicos pero no predominan (estos pueden

ser positivos o negativos, los últimos son más frecuentes). No está claro determinar hasta qué punto los síntomas depresivos se han observado al resolverse los síntomas psicóticos, son de nueva aparición, forman parte intrínseca de la esquizofrenia o son una reacción psicológica a la misma, rara vez son lo suficientemente graves o duraderos para satisfacer las pautas de un episodio depresivo grave.

Para su diagnóstico se debe tomar en cuenta que el enfermo ha tenido en los últimos doce meses una enfermedad esquizofrénica que satisfaga las pautas generales de esquizofrenia” (OMS, 1992)

Conciencia de enfermedad mental. De acuerdo a Vaz et al (1994), es el autoconocimiento en relación con la condición mental que tiene la persona de sí misma, es la medida de la concordancia de la percepción que el paciente tiene de sí mismo comparada con la de su comunidad o cultura.

Operacional:

Esquizofrenia: Paciente hospitalizado con diagnóstico actual de esquizofrenia, la cual se observa con síntomas positivos (ideas delirantes, alucinaciones, distorsión del pensamiento, lenguaje y comportamiento desorganizado o catatónico) o negativos (disminución o pérdida de funciones normales, disminución de expresión emocional del pensamiento, lenguaje, comportamiento sin metas) que cubre los criterios de la CIE-10 y DSM-IV, de acuerdo a una entrevista hecha tanto por los psicólogos como de los psiquiatras.

Depresión en esquizofrenia: Paciente con altas calificaciones en la escala para depresión en esquizofrenia de Calgary (Ver anexo D).

Conciencia de enfermedad mental: Conocimiento del paciente de su estado mental de acuerdo a la escala para medir conciencia de enfermedad mental de Kaplan (Ver anexo B).

Muestra:

No probabilística, intencional (dirigida).

Escenario

Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, área de Hospitalización continua 2º, 3º y 5º piso sección hombres y mujeres.

Sujetos (criterios de inclusión):

101 Pacientes con los siguientes criterios de inclusión: de 18 a 54 años de edad, mexicanos, con dos semanas de estancia intrahospitalaria tratados farmacológicamente a base de un neuroléptico vía oral acompañado de otro medicamento, hospitalizados en el HPFBA, del 2º, 3º y 5º Pisos, ambas secciones (hombres y mujeres) con diagnóstico actual de esquizofrenia (de acuerdo a una entrevista clínica hecha por el personal del hospital –psicólogos y psiquiatras- basados en los manuales CIE-10 y DSM IV).

Criterios de exclusión:

Pacientes con diagnósticos esquizoide, esquizotípico, con daño orgánico u otro que no sea esquizofrenia.

Instrumentos:

Escala para depresión en esquizofrenia Calgary.

La escala de Calgary para depresión en esquizofrenia fue una creación de los Doctores Addington (Donald y Jean) de la Universidad de Calgary.

Apareció en 1990 para medir depresión en la esquizofrenia, con la finalidad de distinguir un trastorno depresivo de otras manifestaciones psicopatológicas de la enfermedad, tanto en estado agudo como residual. Está basada en Hamilton depression rating scale (escala de depresión de Hamilton) y Present State Examination (examen del estado actual). Es una escala que mide síntomas separando los positivos de los negativos y extrapiramidales en personas con esquizofrenia.

Originalmente comprendía 11 reactivos de los cuales se eliminaron 2, por lo que actualmente comprende 9 apartados, 8 de ellos se refieren a la evaluación de los síntomas a partir del contenido verbal de la entrevista y el 9º a la observación del clínico, por lo que se trata de una escala de observación, semiestructurada en la cual debe haber un contacto directo con el paciente, por esta razón no puede ser auto aplicable.

La escala de Calgary puede ser de utilidad para obtener información con respecto al pronóstico de estos pacientes. De acuerdo a estudios hechos por Bautista (1994) todos los reactivos discriminan la presencia y ausencia de un episodio depresivo.

Comparando la escala de Calgary y la de Beck se concluye que ambos instrumentos son útiles para medir la depresión solo el inventario de Beck (IDB) es difícil de usar en pacientes psicóticos (García P et al, 1994), de esta forma se observa que tiene validez concurrente comparada con el IDB.

Se han hecho investigaciones de validación y concordancia y se llegó a la conclusión de que todos los reactivos de la escala discriminan significativamente la presencia o ausencia de un episodio depresivo mayor, también se ha visto la especificidad del instrumento ya que se ha aplicado la escala de síntomas positivos y negativos de esquizofrenia (PANSS) y la de Simpson Angus para síntomas extrapiramidales y la escala de Calgary logra separar los síntomas depresivos con los negativos y extrapiramidales.

En otro estudio, la escala de Calgary mostró ser instrumento útil para medir la depresión en los pacientes esquizofrénicos, separándola de la sintomatología negativa y extrapiramidal, Ortega, 1994 correlacionó la escala de Calgary con el Inventario de Beck encontrando una correlación de 0.72 ($p < 0.0001$) mostrando que ambas miden depresión, también encontró que no hay relación del Calgary con la escala de DiMascio y Panss, entendiendo así que miden síntomas diferentes.

Por tanto las puntuaciones en el Calgary no se deben a los síntomas extrapiramidales producidos por neurolépticos ni síntomas negativos de la esquizofrenia, es reproducible cuando se aplica a pacientes

esquizofrénicos para medir depresión en esta enfermedad (Imaz, 1994).

La confiabilidad interna ha sido buena así como la confiabilidad entre observadores realizada por los autores de la prueba. Su reproductibilidad se llevó a cabo prueba - contra prueba siendo buena también.

Imaz (1994) ha probado la confiabilidad y validez con técnicas de análisis de factor confirmatorio y análisis discriminatorio.

Addington, Addington, Maticka-Tyndale y Joyce (1992) encontraron que la consistencia interna es elevada (con un alfa de Cronbach entre 0.70 y 0.90), los valores de fiabilidad ínter observadores han sido de 0.90 lo que la convierte en una prueba válida para cualquier fase de la enfermedad y sensible al cambio, en seguimiento evolutivo del paciente y la determinación del grado de respuesta terapéutica. De esta forma, todos los reactivos discriminan apropiadamente si hay o no episodio depresivo, además de evaluar especificidad de la escala para usarla en esquizofrenia (Ortega, 1994).

La traducción al español se comporta en la forma esperada, muestra una correlación pobre con la subescala de síntomas negativos del PANNS y con la subescala de parkinsonismo de DiMascio, una correlación alta con el Inventario para la depresión de Beck y la escala para la depresión de Hamilton (Lara Muñoz y Ortega Soto, 1995).

No hubo correlación entre la escala de Calgary, Dimascio y Panss por lo que se observa miden diferentes síntomas.

Por estas razones es confiable para evaluar depresión en estado agudo y residual de la esquizofrenia (Bautista, 1994).

Forma de aplicación. Hacer la primera pregunta como está escrita, usar las frases siguientes al criterio del investigador, revisar en forma consecutiva los incisos y calificar de acuerdo a su criterio, tomando en cuenta que el tiempo comprende las dos últimas semanas (ver procedimiento para más detalles). Se hacen las anotaciones pertinentes en la hoja de registro y se agradece al paciente e institución por su participación.

Forma de calificación. En la hoja de registro (Ver anexo F), se llenan los datos en el cuadro correspondiente al rango de severidad que va de ausente (0) a severo (3), para hacer la suma total (Ver anexo D).

Se suman los puntos y se anotan en el espacio correspondiente en la hoja de registro.

Interpretación. De acuerdo al puntaje obtenido se observa el grado de severidad en cada ítem, el total, así como la pertenencia al síndrome leve (0 a 9 puntos), moderado (10 a 18) o grave (19 a 27).

Escala de Conciencia de Enfermedad Mental de Kaplan.

Freedman, Kaplan y Sadock en 1975, en su entrevista psiquiátrica y examen del estado mental, explican que la conversación debe ser orientada, con un lenguaje sencillo, preguntas predeterminadas, debe registrarse siguiendo un cierto orden y organizarse de acuerdo con determinadas categorías.

En el informe psiquiátrico es necesario que resumir la información obtenida desde la historia psiquiátrica, estado mental, incluyendo descripción general, estado de ánimo, sentimientos y afecto, percepción, proceso de pensamiento, orientación, memoria, control de impulsos, juicio e insight, este último apartado se retomó para aplicar los criterios al paciente psiquiátrico (ver anexo B).

Es importante tomar en cuenta los rubros para definir el nivel de conciencia de enfermedad mental en el paciente psiquiátrico para poder integrarlo en este informe, por esta razón la escala se utiliza en el Hospital Parcial del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" para medir conciencia de enfermedad en el paciente psiquiátrico como parámetro clínico que admite la existencia de diferentes grados y que puede variar en intensidad a lo largo del tiempo y ha mostrado datos cualitativos y cuantitativos de importancia.

Esta escala consta de 6 apartados en donde se puede clasificar al paciente de acuerdo al grado de conciencia de enfermedad que acepte tener en la entrevista.

La conciencia de enfermedad mental o insight es definido por los

autores como el grado de conciencia y comprensión que el paciente tiene del hecho de estar enfermo.

El grado de conciencia de enfermedad va de negación total de la enfermedad a insight emocional verdadero (Ver anexo B).

En cuanto al tema de conciencia de enfermedad mental, ha habido contados estudios, por lo que hay pocas pruebas para medir este rubro.

Este instrumento ayuda a cuantificar y replicar el estudio lo que incrementa la confiabilidad de los resultados, de acuerdo con el uso que se le da en el Hospital.

Forma de administración. Se solicita autorización para aplicar ambas pruebas, tanto a la institución como al paciente, se inicia con un rapport, las pruebas de Kaplan y Calgary, para posteriormente hacer anotaciones y agradecer al paciente por su participación.

Para la aplicación del Kaplan, se hacen las preguntas en el orden en el cual se observan y se realizan las anotaciones en la hoja de registro (ver anexo f), llenando la tabla que va de 0 a 6 y colocando observaciones.

El entrevistador valora cada ítem en el transcurso de la entrevista con el paciente dirigiendo a éste preguntas concretas y pidiéndole cuantas aclaraciones estime convenientes (ver procedimiento para mas detalles).

Forma de calificación. De acuerdo a las respuestas del paciente se da la puntuación pertinente respecto a la tabla de criterios que va de 0 (nula conciencia de enfermedad mental) a 6 (insight emocional verdadero que se refiere a la conciencia emocional de los motivos y sentimientos de la significación subyacente de los síntomas, si esta conciencia lleva a un cambio de personalidad y comportamiento futuro: apertura a nuevas ideas sobre sí mismo y las personas significativas en su vida).

Interpretación. De acuerdo a la puntuación se concluye el grado de conciencia de enfermedad mental del paciente (ver anexo B).

Tipo de Investigación:

Correlacional de campo.

Diseño de investigación:

No experimental, transversal (expost-facto) correlacional con una sola muestra.

Procedimiento:

1.- Primeramente se aplican ambas pruebas a algún paciente para ir preparando el orden de la entrevista y posibles modificaciones.

2.- La realización de la investigación se llevó a cabo con los siguientes pasos:

a) Autorización a la Subdirección de Enseñanza, jefes de piso, personal y pacientes para la aplicación de los instrumentos.

b) Revisión de expedientes clínicos para la elección de la muestra.

c) Observación de cumplimiento de los criterios de inclusión.

d) Elección de la lista de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.

e) Hablar con el médico tratante.

f) Anotación en una bitácora de diagnóstico, piso, día y hora, primer brote, nombre, edad, número de internamiento, sexo, días de estancia intrahospitalaria, tratamiento y vía de administración.

g) Aplicación de los instrumentos al paciente después de 2 semanas de estancia intrahospitalaria, cuando está establecido el diagnóstico, realizando un rapport, ficha de identificación, Kaplan y Calgary, colocando observaciones, controlando variables orgánicas (misma hora, mismas instrucciones, materiales), llevándose a cabo de la siguiente forma:

I) Saludo y presentación.

II) Preguntar al paciente si quiere participar en una entrevista (¿Quiere conversar un momento conmigo?)

III) Rapport ¿Cómo está?, ¿Qué le parece la estancia en este lugar?, ¿Cómo es la relación con sus compañeros?, ¿Le gusta bajar a jardín o a taller?

IV) Para conciencia de enfermedad mental hacer las siguientes preguntas:

¿Por qué está aquí?

¿Sabe qué lugar es este?

¿Qué tipo de personas vienen a este lugar?

¿Qué le dice su familia de lo que sucede?

¿Tienen razón?

¿Tiene alguna enfermedad, de qué tipo?

¿Tendrá una enfermedad mental, por qué lo piensa?

¿Cómo se llama la enfermedad?

¿Desde cuando está enfermo?

¿Cuáles son los síntomas que tiene?

¿Qué piensa acerca de ello?

¿Qué información tiene de esta enfermedad?

¿Qué va a hacer al respecto?

V) Se aplica la escala de Calgary de la subescala 1 a la 8 (ver anexo D), se valora la 9 y se califica.

VI) Se hacen las anotaciones pertinentes.

VII) Agradecimiento al paciente y personal por las atenciones recibidas.

VIII) Calificación e interpretación de ambos instrumentos.

IX) Aplicación y análisis de pruebas estadísticas.

CAPITULO 5

Resultados

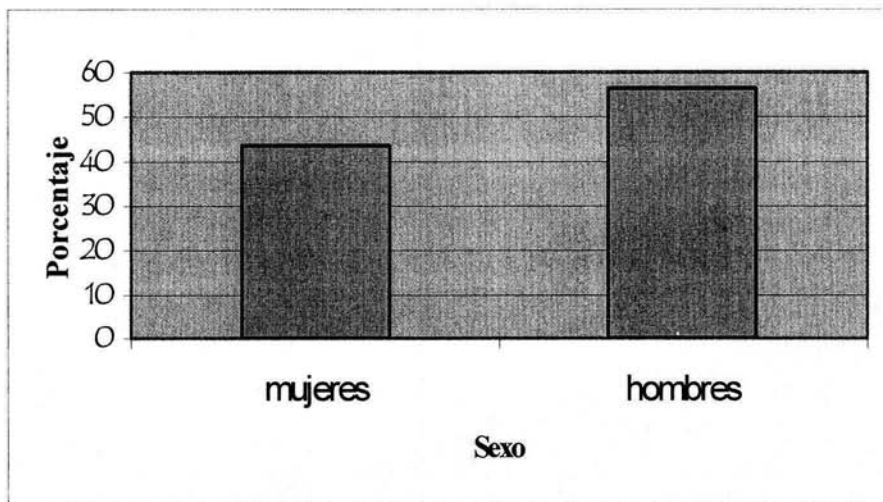
CAPITULO 5

Resultados

Se trabajó con una muestra de 101 pacientes con las siguientes características:

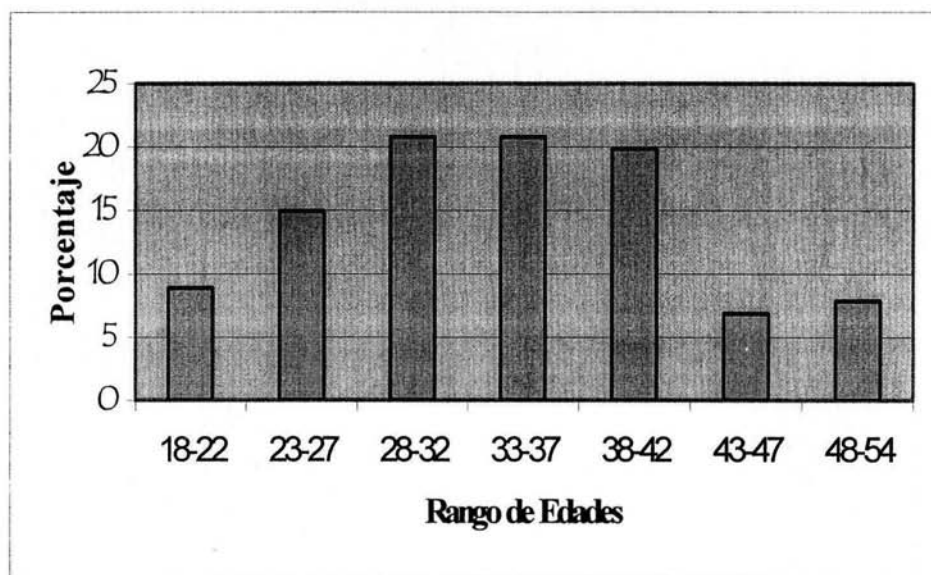
Fueron 44 mujeres y 57 hombres de 2º, 3º y 5º piso los que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: de 18 a 54 años de edad, mexicanos, con dos semanas de estancia intrahospitalaria (DEIH), tratados farmacológicamente a base de un neuroléptico vía oral acompañado de otro medicamento, internados en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez (SSA), con diagnóstico actual de esquizofrenia (de acuerdo al CIE-10 y DSM IV), al momento de la aplicación de los instrumentos (ver gráfica 1).

Gráfica 1. Porcentaje de pacientes entrevistados de acuerdo al sexo.



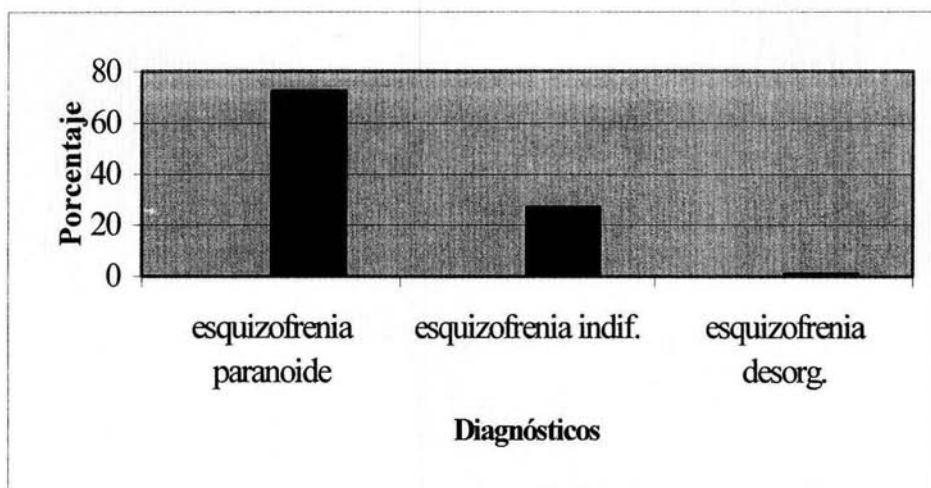
Como se mencionó anteriormente, la edad fluctúa entre 18 a 54 años (Ver gráfica 2). Se separa en rangos para analizar la frecuencia y porcentaje en cada uno de ellos. Fueron 9 los pacientes en el rango de 18 a 22 años, 15 pacientes entre 23 y 27 años, 21 entre 28 y 32 años, 21 entre 33 y 37 años, 20 entre 38 y 42 años, 7 entre 43 y 47 (6.9%) y 8 pacientes entre 48 y 54 años de edad (7.9%), contando con una mediana de 34.

Gráfica 2. Edades de los pacientes entrevistados



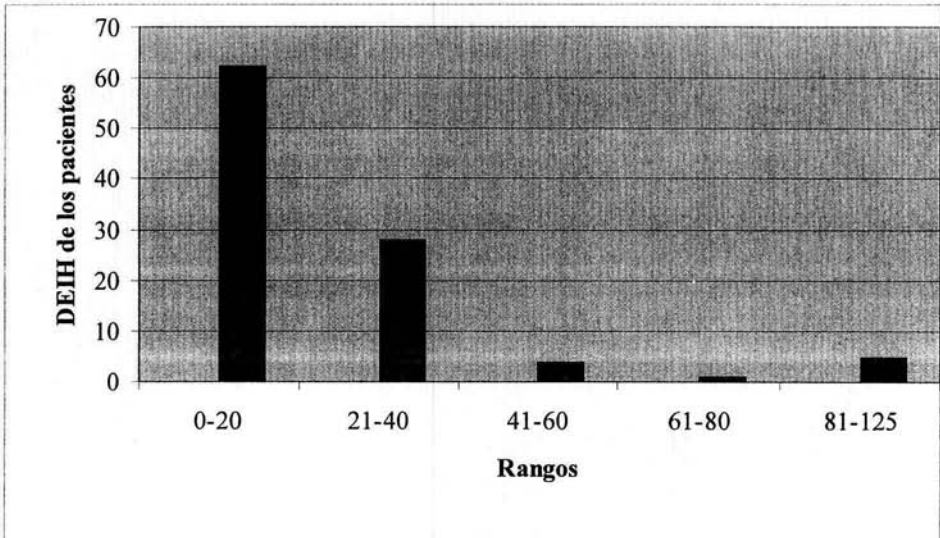
En cuanto a diagnóstico se aplicaron las pruebas a pacientes con esquizofrenia paranoide (73 pacientes), esquizofrenia indiferenciada (27 pacientes) y esquizofrenia desorganizada (1 paciente), de un total de 101 sujetos (ver gráfica 3), se observa más de la mitad de ellos con esquizofrenia paranoide.

Gráfica 3. Porcentaje de diagnósticos de los pacientes entrevistados.



Con respecto a los días de estancia intrahospitalaria (DEIH) el 62.3 % de pacientes están en el rango de 0 a 20 días de DEIH, o sea, 63 pacientes, 28 pacientes entre 21 y 40 días (27.8%), 4 pacientes entre 41 y 60 días (3.96%), 1 paciente entre 61 y 80 días (0.99%) y 5 pacientes entre 81 y 125 días (4.95%). También se separan en rangos para su mejor explicación (ver gráfica 4).

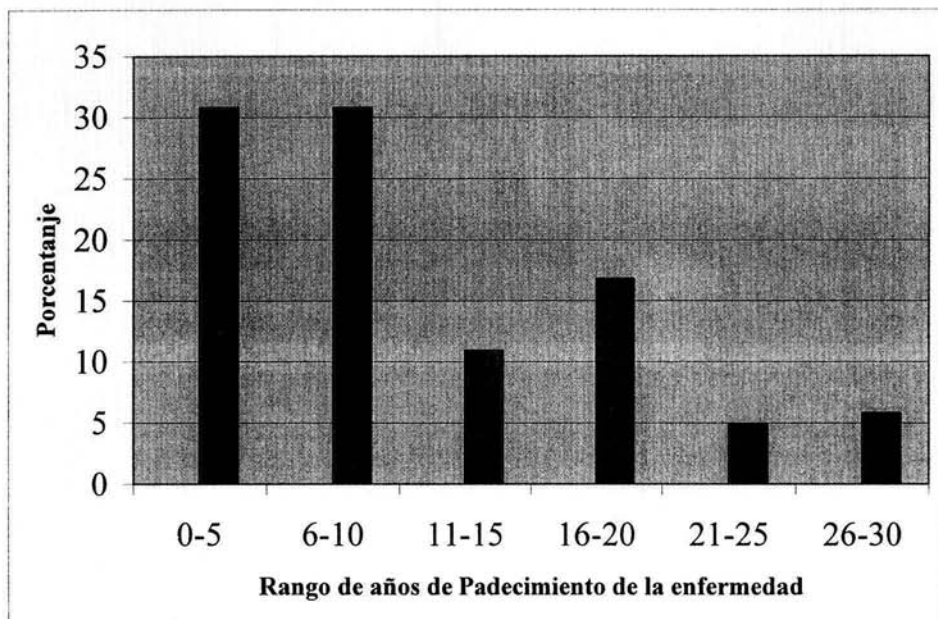
Gráfica 4. Porcentaje de días de estancia intrahospitalaria (DEIH)



De acuerdo al primer brote (éste se mide en años de padecimiento de la enfermedad del paciente entrevistado corroborando el dato con su expediente), se observa que 31 pacientes se encuentran en el rango de 0 a 5 años de inicio con la enfermedad, o sea, el 30.8 %, 31 pacientes entre 6 y 10 años de inicio (30.8%), 11 pacientes entre 11 y 15 (10.9%), 17 pacientes entre 16 y 20 años (16.8%), 5 pacientes entre 21 y 25 años (4.9 %) y 6 pacientes entre 26 y 30 años de inicio (5.8 %) con una mediana de 8.

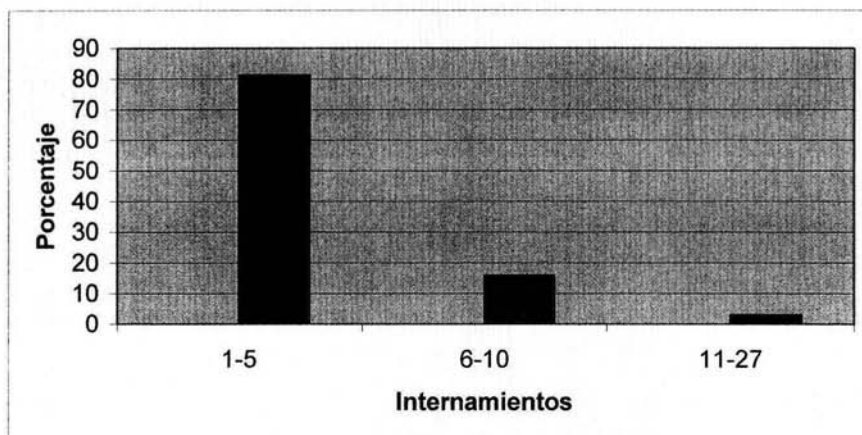
El primer brote va de 1 a 30 años, como se muestra en la gráfica 5.

Gráfica 5. Porcentaje de años de padecimiento de la enfermedad desde su primer brote en el paciente entrevistado.



Con respecto a número de internamientos, la mayoría de los pacientes se encuentran entre los últimos 5 años a la fecha, siendo 82 casos o el 81.2 %, 16 pacientes se encuentran entre el 6º y 10º internamiento (15.84 %) y 3 pacientes entre el 11º y 27º internamiento (2.96%). Los internamientos van de 1 a 27 y la mayoría está en los 2 primeros años ya que la mediana fue de 2 (Ver gráfica 6).

Gráfica 6. Número de internamientos de los pacientes



Como se explicó en capítulos anteriores, la escala de Calgary está integrada por 9 subpruebas, en esta investigación los pacientes obtuvieron una puntuación mayor en los tests de auto devaluación y suicidio siguiéndoles depresión y desesperanza; una menor puntuación en cuanto a culpa patológica, ideas de referencia culposas, despertar temprano y depresión matutina (ver tabla 1).

De acuerdo al grado de severidad se encontró que el 28% de pacientes padecen una depresión, de ellos solo se encontraron 6 casos de depresión graves utilizando Calgary, por lo cual se concluye que hay una depresión leve a moderada en 22 % de los casos y moderada a severa en 6 % de los casos.

De acuerdo a la subescala de desesperanza se observa que 46 respuestas de los pacientes fueron de 0 (ausencia de desesperanza), 36 respuestas en 1 (leve), 8 en 2 (moderada) y 11 en 3 (severa).

Con respecto al ítem de depresión, 24 pacientes puntuaron en 0 (sabiendo que en el resto de las subsecalas es igual que en la anterior, o sea, de ausente), 44 en 1 (leve), 20 en 2 (moderada), 13 en 3 (severa).

Auto devaluación puntuó de la siguiente forma: 53 pacientes en 0, 16 en 1, 8 en 2, 24 en 3. Ideas de referencia culposas se presentaron 74 en 0, 20 en 1, 4 en 2 y 3 en 3. Culpa patológica fue de 75 en 0, 20 en 1, 3 en 2 y 3 en 3.

De acuerdo a depresión matutina 54 pacientes se situaron en 0, 33 en 1, 9 en 2 y 5 en 3. Con respecto a despertar temprano 74 pacientes puntuaron en 0, 15 en 1, 3 en 2 y 9 en 3. En cuanto a suicidio 41 pacientes se encontraron en 0, 30 en 1, 16 en 2 y 14 en 3.

Finalmente la depresión observada fue de 33 pacientes en 0, 44 en 1, 20 en 2 y 4 en 3 (ver tabla 1).

Tabla 1. Subtests de la Escala de Calgary

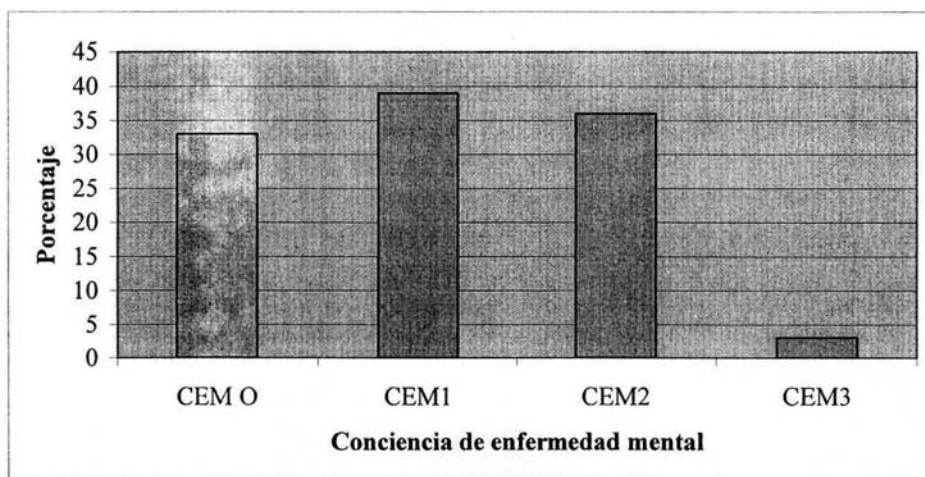
Subescalas	Puntaje			
	0	1	2	3
Depresión	24	44	20	13
Desesperanza	46	36	8	11
Auto devaluación	53	16	8	24
Ideas de referencia	74	20	4	3
Culpa patológica	75	20	3	3
Depresión matutina	54	33	9	5
Despertar temprano	74	15	3	9
Suicidio	41	30	16	14
Depresión observada	33	44	20	4
Sumatorias	474	258	91	86

Con respecto a conciencia de enfermedad mental, el puntaje mas bajo que se obtuvo fue de 0 (33 pacientes) que corresponde a nula conciencia de estar enfermo, pasando por 1 que equivale a ligera conciencia pero a la vez pero al mismo tiempo con cierta confusión y negación del problema (39 pacientes) la más alta fue de 2 (36 pacientes) que se refiere a conciencia de la enfermedad pero culpando

a factores orgánicos o externos, solo hubieron 3 pacientes que puntuaron en 3 que se refiere a mayor conciencia de enfermedad pero no sabe a qué atribuirla o aduce a factores desconocidos, (ver gráfica 7).

No hubo pacientes que se localizaran en 4 y 5 lo que equivale a no haber alcanzado el Insight- Intelectual en donde el paciente admite que está enfermo y que sus síntomas o fallas en la Adaptación Social y que se deben a sus propios sentimientos irracionales y particulares sobre sus trastornos, pero sin aplicar este conocimiento a las experiencias futuras; o el Insight- Emocional Verdadero que se refiere a la conciencia emocional de los motivos y sentimientos de la significación subyacente de los síntomas, si esta conciencia lleva a un cambio de personalidad y comportamiento futuro se daría una apertura a nuevas ideas sobre sí mismo y las personas significativas en su vida.

Gráfica 7. Conciencia de enfermedad mental (CEM)



Aunque no hubo correlación entre depresión en esquizofrenia y conciencia de enfermedad mental, se puede observar que hay depresión en esquizofrenia, los resultados muestran que aunque son pocos casos sí se manifiesta depresión en esquizofrenia, de éstos la mayoría cae en depresión leve; también se explica que hay

conciencia de enfermedad que se queda como máximo en el punto tres relacionado a aceptar la enfermedad culpando a los demás, factores desconocidos y orgánicos sin llegar a un verdadero insight (ya sea intelectual o emocional) lo que implicaría darse cuenta de la situación que se está viviendo (ver gráfica 8).

Gráfica 8. Depresión general y conciencia de enfermedad mental (CEM)

	CEM				Total
	0	1	2	3	
DE.GRAL 0	6	3	3		12
1	3	2	3	1	9
2	4	4	1		9
3	1	2	3		6
4		2	2		4
5	1	5			7
6	1	2	1		4
7	4	2	1	1	8
8		2	3	1	6
9	5	1	2		8
10	1		3		4
11		4			4
12		3			3
13	2	2			4
14	2				2
16		1	1		2
17	1		2		3
18		1			1
19	1	1			2
20		1			1
22	1	1			2
Total	33	39	26	3	101

De acuerdo al análisis estadístico realizado los datos obtenidos son los siguientes:

En cuanto a depresión los datos del instrumento nos muestran que hay 12 sujetos que puntuaron en depresión 0, 9 pacientes en depresión 2, 6 sujetos en depresión 3, 4 sujetos en 4, 7 pacientes en 5, 4 en 6, 8 en 7, 6 en 8, 8 en 9, 4 en 10, 4 en 11, 3 en 12, 4 en 13, 2 en 14, 2 en 16, 3 en 17, 1 en 18, 2 en 19, 1 en 20, 2 en 22; entendiendo la existencia de depresión leve entre 1 y 9 puntos, moderada entre 10 y 18 puntos y severa entre 19 y 27 puntos (ver gráfica 8).

Los datos son dispersos ya que, como se mencionó anteriormente, de la puntuación 22 en depresión, hay 33 casos con puntuación 0 en conciencia de enfermedad mental (que corresponde a nula), 39 en 1 (ligera), 26 en 2 (culpando a los demás, factores orgánicos y/o externos) y 3 en conciencia 3 (aceptando la enfermedad y culpando a factores desconocidos). (Ver gráfica 9).

La correlación fue nula con una puntuación de $\rho = -0.041$ $p(0.0005)$, como se observa en la tabla 2, en donde se resume la prueba estadística de Spearman entre Depresión en esquizofrenia y conciencia de enfermedad mental.

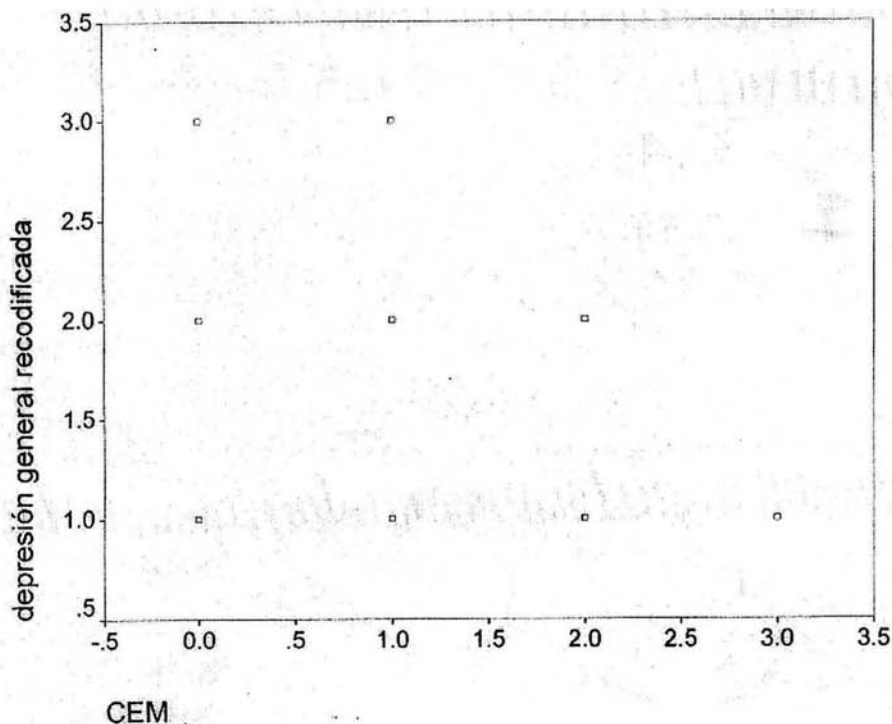
Tabla 2. Correlación de Spearman aplicada las variables Depresión en esquizofrenia y conciencia de enfermedad mental

		depresión general recodificada	CEM
Spearman's rho	depresión general recodificada	Correlation Coefficient	1.000
		Sig. (2-tailed)	.684
		N	101
CEM	CEM	Correlation Coefficient	-.041
		Sig. (2-tailed)	.684
		N	101

Tabla 3. Porcentaje y frecuencia de Depresión general y conciencia de enfermedad mental

Depresión general total	Conciencia de enfermedad mental				
	0	1	2	3	
1	25	25	20	3	73
2	6	10	6		22
3	2	4			6
total	33	39	26	3	101

Gráfica 9. Distribución de depresión general y conciencia de enfermedad mental



De acuerdo a esta correlación no se acepta la hipótesis principal, o sea que, no hay relación entre depresión en esquizofrenia y conciencia de enfermedad mental en pacientes del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez, S.S.A.". Ya que, como se observan los datos están dispersos por toda la gráfica (Ver gráfica 9).

Concluyendo, a pesar de ello hay datos interesantes como la depresión que va de 1 (leve), 2 (moderada) a 3 (severa), siendo la mayoría de los casos los que caen en el número 1; en cuanto a Conciencia de enfermedad mental, se entiende que los pacientes puntúan entre 0 (nula) y 3 (culpando a los demás, causas desconocidas y factores orgánicos)(ver tabla 3).

CAPITULO 6

Discusión y conclusiones.

CAPITULO 6

Discusión y conclusiones.

Como es sabido, se trabajó con las variables depresión en esquizofrenia y conciencia de enfermedad mental, pensando que habría una relación entre ellas ya que la conciencia de enfermedad mental se asocia con mejor apego terapéutico y pronóstico para el paciente, mientras que en la depresión en esquizofrenia los resultados son contradictorios.

Una de las razones para pensar en la pregunta de investigación fue la percepción de las personas que conviven con el paciente esquizofrénico ya que estas mismas reportan tristeza en el enfermo y su sentir es que éste se encuentra deprimido, y ellas solicitan una respuesta de los profesionales de la salud. Me pareció importante investigar si esto es solamente una percepción de los familiares o, como lo señalan algunos estudios, puede existir depresión en estos pacientes; esto apoya tanto para responder a las inquietudes de la familia, como para intervenir de forma idónea ante esta situación.

Revisando la literatura se encontró que algunos autores concluyeron que la depresión en esquizofrenia es signo de buen pronóstico (Pons et al, 1989), con lo que otros no están de acuerdo (Medina, 1992; Apiquián, et al, 2001, Siris, 1991).

La Depresión en esquizofrenia está clasificada en la CIE-10 con el nombre de Depresión Postesquizofrénica pero se comenta que es difícil encontrar un episodio depresivo mayor (mencionado en el CIE-10), sólo se encuentran síntomas depresivos con mas frecuencia, por esto mismo se conoce más como depresión en esquizofrenia en la literatura (Incluyendo síndromes depresivos) que depresión postpsicótica o esquizofrénica.

En cuanto a la conciencia de enfermedad mental, Vaz et al (1994) encontraron que los pacientes aceptan necesitar ayuda más que tener conciencia de estar enfermos.

En este estudio, de acuerdo al análisis descriptivo de la muestra, se encontró lo siguiente:

Los pacientes entrevistados fueron 57 varones y 44 mujeres, por lo cual se observa que la población de hombres es mayor a la de mujeres en el hospital, esto coincide con algunos autores para quienes la incidencia de esquizofrenia es mayor en el sexo masculino que en el femenino (APA, 1995).

En cuanto a la edad la mediana fue de 34 estando la mayoría de casos entre 28 y 37 años (41.6%), y entre 23 y 42 años se encuentra el 76.3%.

El diagnóstico principal fue de esquizofrenia paranoide, hubo 27 casos de esquizofrenia indiferenciada y 1 de esquizofrenia desorganizada, con lo cual se manifiesta que se reciben mayor número de pacientes con esquizofrenia paranoide que otro tipo de esquizofrenia (de acuerdo al personal que labora en el hospital).

La mayoría de los pacientes (90.1 %, ó 91 pacientes) tenían en el momento de la aplicación de las pruebas, entre 0 a 40 días de estancia intrahospitalaria (DEIH), de 0 a 10 años de diagnosticada por primera vez la enfermedad (62 pacientes o 61.6 %) y 82 pacientes cursaban de 1º a 5º internamiento (81.2%), lo cual nos indica que el periodo de internamiento tiende a ser corto, (de acuerdo a la muestra). La enfermedad es de reciente aparición (contando con una mediana de 2 años), se encuentra principalmente en los primeros años siendo el 61 % de la población.

De acuerdo a las hipótesis se encontró que no hubo relación estadísticamente significativa entre la depresión en esquizofrenia y la conciencia de enfermedad mental, ya que se obtuvo una correlación de Spearman de **-0.041**, por lo cual no se acepta la primera hipótesis.

Con respecto a la segunda hipótesis se acepta ya que se encontró que hay depresión en esquizofrenia en pacientes del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez, S.S.A." en un 22 % de los casos abarcando desde la depresión leve a moderada, 6 casos de moderada a severa (solo 3 de los casos presentaron depresión severa).

Como se explicó en capítulos anteriores, se ha visto que el síndrome principal que acompaña a la esquizofrenia es la depresión (García y Ortega, 1994), algunos estudios reportan que del 20 al 70 % de los pacientes con esquizofrenia llegan a sufrir depresión en cierto momento del cuadro (Apiquián et al, 2001), de ellos hay quienes mencionan que el síndrome depresivo es síntoma de mejor pronóstico (Pons et al, 1989). Otros por otro lado, han encontrado que hay mayor número de recaídas e intentos suicidas (Medina, 1992; Apiquián, et al, 2001, Siris, 1991).

Con los datos encontrados se corrobora lo investigado por Apiquián et al, (2001) ya que el 28 % de depresión obtenida en el presente estudio, entra en el rango del 20 al 70 % encontrado por él.

Con respecto al pronóstico, los resultados obtenidos no son concluyentes ya que no hay relación proporcional entre las dos variables estudiadas, por tanto los datos están dispersos a lo largo de la gráfica (ver gráfica 9), sin embargo, revisando las subescalas con mayor puntuación, se observa que la de suicidio y auto devaluación siguiendo depresión y desesperanza son las de mayor puntuación por lo que induce a poner atención (lo que se puede sospechar de un mal pronóstico) y lo cual quedaría como sugerencia para posteriores estudios.

Sobresalen 3 pacientes que obtuvieron la más alta calificación en conciencia de enfermedad mental (3), están en el nivel bajo de depresión (0 a 9 puntos) por lo cual se puede pensar que la depresión baja y la conciencia aumenta en estos 3 casos (ver tabla 3) solo que hacen falta más estudios que sean concluyentes de esta hipótesis.

De acuerdo a la tercera hipótesis, relacionada con conciencia de enfermedad mental (CEM) en el paciente esquizofrénico del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez, S.S.A.", se acepta de forma parcial, ya que el puntaje máximo obtenido fue de 3, que se refiere al "aceptar la enfermedad pensando a que se debe a factores desconocidos, orgánicos y/o externos a él", como se explica a continuación:

El 33 % de pacientes obtuvo un puntaje 0 que se refiere a la negación total de la enfermedad, 39 pacientes en 1 relacionada con ligera conciencia de estar enfermo y de necesitar ayuda, pero al mismo tiempo con cierta confusión y negación del problema, 26 pacientes en 2 asociado con conciencia de estar enfermo, pero culpando a los demás, a factores externos, a factores orgánicos y 3 pacientes en 3 que se refiere a mayor conciencia de enfermedad pero no sabe a qué atribuirla o aduce a factores desconocidos.

No se llegó al punto 4 y 5, que se refiere el primero al Insight-Intelectual en donde el paciente admite que está enfermo y que sus síntomas o fallas en la Adaptación Social y que se deben a sus propios sentimientos irracionales y particulares sobre sus trastornos, pero sin aplicar este conocimiento a las experiencias futuras; y el segundo a Insight- Emocional Verdadero que se refiere a la conciencia emocional de los motivos y sentimientos de la significación subyacente de los síntomas, si esta conciencia lleva a un cambio de personalidad y comportamiento futuro se daría una apertura a nuevas ideas sobre sí mismo y las personas significativas en su vida.

Por esta razón se acepta la hipótesis solo de forma parcial ya que el grado de conciencia manifestado alcanza solo el rango de conciencia de enfermedad, no así de enfermedad mental como tal, solo en algunos casos adquiere una mayor especificidad cuando se da cuenta de tener nervios, necesitar medicamento, reportar sensación de extrañeza, estar mal de la cabeza a mencionar el nombre de la enfermedad y aspectos de cronicidad.

Las principales respuestas del paciente a los criterios de Kaplan y su correspondiente calificación (tomando en cuenta que son incluyentes) fueron:

0- "Me hicieron brujería, no estoy enfermo, estoy bien, no sé qué hago aquí, mi familia está mal, yo no. Solo estoy cansado (no conciencia, sí posible daño).

1-Tengo nervios, es una enfermedad, estoy mal, no sé si es verdad, estoy en un psiquiátrico, es esquizofrenia, puede ser, no sé qué hacer, es culpa de mi familia, por qué a mí (aceptando y a la vez, negando la enfermedad).

2- Tengo esquizofrenia paranoide, desde hace años, necesito tomar medicamentos para no recaer, apoyo del hospital, de la familia, tengo alucinaciones, me siento extraño, estoy mal de la cabeza (aceptando un daño orgánico).

3- Tengo esquizofrenia, necesito medicamento y tratamiento psicológico, vendré a terapia, ya no fui el mismo, asistiré de por vida. No sé qué es, desde niño algo me pasa, no se sabe el origen de la esquizofrenia, es una enfermedad crónica, de por vida (mayor conocimiento de la enfermedad sin culpar a nadie, seguimiento serio)" sic pacientes.

Se observó que Conciencia de enfermedad mental se ve afectada en esquizofrenia de acuerdo con Vaz et al, 1994, quienes mencionan que los esquizofrénicos crónicos tienen una escasa conciencia de enfermedad y rechazan el tratamiento farmacológico o siguen prescripciones de forma irregular, por lo que se piensa que el grado de conciencia de enfermedad estaría mayormente asociado al grado de voluntad de exigir medicación o tratamiento, siendo más estrecha la relación entre conciencia de enfermedad y cumplimiento de las prescripciones farmacológicas que la correlación entre conciencia de enfermedad y mejoría clínica.

Desde el puntaje 2 al 3 los pacientes parecen estar al tanto de los fenómenos anómalos que otros sujetos han percibido en él, reconocen que estos fenómenos son realmente anómalos y son capaces de considerar que necesitan un tratamiento que haga frente a su enfermedad. La mayoría tiene una escasa conciencia de enfermedad y rechazan el tratamiento farmacológico o siguen prescripciones de forma irregular.

Se encontró que los pacientes esquizofrénicos aceptan que necesitan ayuda más que tener conciencia de enfermedad mental, el tiempo de evolución de la esquizofrenia parece ser un elemento importante en cuanto a la conciencia de estar enfermo y de necesitar ayuda.

Aunque, Foucault (1984), menciona algo distinto a Vaz et al, (1994) "la conciencia de enfermedad permanece presente al menos de un modo marginal: el mundo de elementos alucinados y de delirios cristalizados se yuxtapone al mundo real, por tanto la conciencia de enfermedad

se revela como la conciencia de otra realidad, admite los dos mundos, trata de adaptarse manifestando en su conducta una conciencia específica de la enfermedad. La conciencia de enfermedad es un sufrimiento moral frente a un mundo reconocido como tal por referencia implícita a una realidad que se ha vuelto inaccesible”.

Concluyendo, en este estudio se buscó aportar datos o información que puedan apoyar al psicólogo en su participación en el abordaje de la enfermedad mental: psicoterapia, rehabilitación y orientación para el paciente y su familia, ya que lo necesitan, además de conocer más acerca de la enfermedad mental, sus signos y síntomas, diagnóstico, pronóstico y las condiciones de tratamiento para que la persona que pregunta, paciente o familiar tenga una respuesta que le satisfaga y pueda ayudar de manera más conveniente (mas específicamente en cuanto a depresión en esquizofrenia y conciencia de enfermedad mental).

La desesperanza (que fue una de las puntuaciones altas en las subescalas) está asociada con la conducta suicida, los intentos de suicidio tienen una elevada tasa de reiteración, la desesperanza en nivel alto alerta sobre la posibilidad de nuevas tentativas de autoeliminación.

Böker (1993) (mencionado en Garnica 1999) explica que el análisis de los esfuerzos auto protectores ofrece múltiples beneficios: suministra conocimientos exactos sobre las elaboraciones subjetivas de los síntomas psicóticos tanto prodrómicos como floridos. Parece ser especialmente importante que el paciente y sus familiares aprendan a darse cuenta a tiempo de sus síntomas tempranos, de una recaída y tome conciencia de su vulnerabilidad ante situaciones desencadenantes. Los elementos más exitosos de los intentos de autoayuda, pueden servir también para programas de terapia en otros pacientes.

Siguiendo a Garnica (1999) se propone que el tratamiento psicoterapéutico individual se base en la comprensión de la enfermedad y conocimiento de la misma mediante información sencilla y precisa, que explique sus experiencias, ayude a entender lo que causa su problema y lo que no, para ayudar al paciente a manejar su padecimiento (proceso de aprendizaje en cuanto a alteraciones,

medicamentos y efectos colaterales, estrés emocional, signos prodrómicos de recaída, trabajo, autonomía, sexualidad, soledad, metas en la vida, etc.).

De igual manera, según esta autora, es importante el trabajo grupal con metas de remisión o alivio sintomático, recuperación social y creación y/o reforzamiento del vínculo terapéutico entre pacientes, familia e institución. La intervención grupal es una buena opción para pacientes esquizofrénicos que promueve el manejo de insight, cambios conductuales y desarrollo de habilidades (basados en Yalom, 1986) ya que, además la instalación de esperanza, universalidad, impartición de información, altruismo, recapitulación correctiva del grupo familiar primario, desarrollo de técnicas de socialización, conducta imitativa, catarsis, factores existenciales, cohesividad, aprendizaje interpersonal. Además se pueden impartir talleres de auto comprensión (orientación a pacientes, educación, intervención en crisis y consejos prácticos (Autor citado en Garnica, 1999).

Cabe destacar la importancia de una terapia familiar en donde se aborda la comunicación que ha sido errónea, malentendidos, dobles mensajes, mala interpretación de la intención de los otros, familia disfuncional, información, aclarar dudas, temores y desalientos, se debe poner atención cuando el paciente habla de suicidio o dice cosas como ¿Qué se sentirá morir?, ¿de que manera podrá uno suicidarse? Se preocupa de pronto porque tiene una deuda o por la distribución de sus posesiones o bien comienza a repartir éstas, expresa sentimientos de minusvalía, muestra señales de desesperanza hacia el futuro, se sospecha que está escuchando voces de mando que pueden estar dándole órdenes de matarse (Garnica, 1999).

Dixon y Lehman (citados en Benassini, 2001) comentan que es importante:

Ver a la esquizofrenia como enfermedad, no como culpa del enfermo, si no desde un enfoque mas responsable, de su familia o sistemas sanitarios.

El ambiente familiar no es el único responsable de que la enfermedad haya aparecido.

Las familias deben involucrarse como agentes terapéuticos.

Se debe tener un tratamiento psicosocial y farmacológico y demás modalidades de atención clínica al enfermo.

Se necesita de un tratamiento a largo plazo, de un rápido diagnóstico, pronto tratamiento para que el pronóstico mejore.

Algunos pacientes esquizofrénicos con síndromes depresivos se suicidan, por eso es importante tomar en cuenta la ideación suicida como indicador importante de la depresión (Siris, 1991).

En cuanto a prevención secundaria al observar los primeros síntomas de depresión en esquizofrenia se pueden prevenir efectos caóticos, una intervención psicoterapéutica para apoyar al paciente y su familia, intervenir a tiempo puede evitar resultados lamentables.

Para la adaptación del paciente es necesario que la familia le brinde ayuda, apoyo, ya que regularmente tanto el paciente como la familia no aceptan la enfermedad mental y con ello no se apoya el tratamiento, al no tomar el medicamento, no acudir a citas, ni aceptar psicoterapias, etc.

Como menciona Brown "Los sentimientos negativos hacia los enfermos por parte de sus familiares, hacía mas probable la recaída de estos enfermos. La desaprobación, el rechazo, los juicios críticos desfavorables acompañados de una fuerte carga emocional y conocidos como emoción expresada afectan la estabilidad del paciente. Por tanto es necesario que la familia aprenda modos de comunicación, actitudes y comportamientos favorables a su enfermo y eviten los desfavorables (competencias)" (citado en Benassini, 2001, fascículo 3).

Como institución es importante mencionar que la mayoría de los pacientes reporta que mientras tienen actividades a realizar como terapias psicológicas (rehabilitación, apoyo al servir los alimentos, lecturas, manualidades, bajar a jardín y a taller y ser visitados) están generalmente tranquilos, solo que hay momentos en los cuales no tienen nada que hacer y es cuando se sienten tristes, nostálgicos por lo cual se sugiere agregar una actividad por la tarde para los

pacientes que no reciben visitas y no bajan a taller, como juegos de mesa, lecturas grupales de su interés, tener revistas, periódicos en cada piso o bajar nuevamente al jardín (para lo cual se necesita más personal). Se podrían organizar grupos de personas que deseen apoyar al paciente no con dinero, sí con tiempo por la tarde, este grupo de apoyo puede ser de religiosos, laicos, familiares, amigos, conocidos o extraños. Con una hora a la semana puede probarse su efecto terapéutico.

También cabe recalcar que, como reconoce Siris (1991) sería importante que se incluyera el síndrome de depresión en esquizofrenia en el DSM-IV ya que de esta forma se le daría mayor interés y se trabajaría mas para el tratamiento exacto para este tipo de depresión.

Quiero finalizar con una cita de Foucault, de 1984 para dejarla a modo de reflexión:

Nuestra sociedad no quiere reconocerse en ese enfermo que ella encierra y aparta, en el mismo momento en que diagnostica la enfermedad, excluye al enfermo, se trata de expatriarlos situándolos en el exterior de la vida social (el sistema de reclusión no es aislar, es una forma de tratamiento).

CAPITULO 7

Limitaciones y sugerencias.

CAPITULO 7

Limitaciones

Mi experiencia en servicio social, prácticas profesionales y desarrollo de la investigación me abrió los ojos en cuanto a la verdadera enfermedad mental, fuera de libros e historias fantásticas, me doy cuenta que hay tantos temas a investigar que de ellos solo pude elegir éste.

En el momento en que tuve la oportunidad de ser parte del equipo del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, pude percatarme del trato óptimo al paciente, por lo que considero que en su género es uno de los mas importantes sobre todo en cuanto al número de pacientes que abarca.

Una de las grandes limitaciones y diría que la principal es que no pudo realizarse un estudio ciego. En este estudio el entrevistador y aplicador de ambas pruebas fue la autora (ya que constituyó un aspecto importante de mi experiencia clínica), por lo cual, para posteriores investigaciones se sugiere hacer una prueba autoaplicable y que otra la aplique el investigador, o bien, hacer el estudio de forma ciega pidiendo que por lo menos 1 persona aplique una prueba siendo neutro y el interesado la otra, también podrían aplicar personas ajenas a los intereses de este estudio para evitar sesgar la información y así reflejar la realidad en ambas pruebas. Cabe mencionar que independientemente de la aplicación, la calificación de los instrumentos muy especialmente la prueba de conciencia de enfermedad mental fue calificada paralelamente por la asesora de la investigación.

Otra limitación fue el tiempo ya que, aunque se quisieron controlar todas las variables orgánicas (misma hora, espacio, etc.), en ocasiones, cuando se buscaba al paciente no estaba, ya que había ido a laboratorio, taller o jardín, por lo cual había atrasos en las aplicaciones, aunque al respecto no se puede hacer nada ya que el paciente necesita llevar a cabo estas actividades para recuperarse lo más rápido posible y el investigador clínico requiere tomar muy en cuenta las condiciones del tratamiento y la rehabilitación.

La última variable que no se consideró fue el estado civil de los pacientes concluyendo que juega un papel importante para enfermedades como la depresión y la esquizofrenia.

Sugerencias

Para posteriores estudios se sugiere:

Que se realice un estudio ciego para corroborar los datos encontrados.

Se puede realizar un estudio aleatorio, transversal, trabajando correlación entre el tiempo de internamiento y la conciencia de enfermedad mental.

Hacer un estudio longitudinal para saber en qué momento el paciente es más sensible a la depresión (puede ser al momento de ingresar, intermedio y/o al salir del hospital).

Un estudio entre pacientes hospitalizados contra pacientes de consulta externa u hospital parcial (entre semana o fin de semana) para observar la severidad de depresión en esquizofrenia y conciencia de enfermedad mental.

Un estudio de seguimiento a los pacientes entrevistados ya que en el tiempo en el que estuve en el hospital me di cuenta que las recaídas son constantes.

Comparar depresión entre padres con esta enfermedad y sin ella y los hijos hospitalizados con diagnóstico de esquizofrenia para saber la gravedad de los síntomas depresivos y negativos en la enfermedad.

Buscar diferencias en cuanto a conciencia de enfermedad comparando los años de padecimiento de la enfermedad.

Estudiar si es depresión o proceso de duelo por la salud en el paciente.

Determinar la asociación de la recaída con la presencia de síntomas depresivos (Apiquian et al, 2001).

Trabajar la probable relación inversamente proporcional en cuanto a depresión y la conciencia de enfermedad mental, ya que en 3 casos la primera disminuye y la segunda aumenta.

Entre las características del sujeto incluir el estado civil, ya que es una variable importante en depresión.

También se sugiere entregar folletos para familiares del paciente psiquiátrico ya que una de las armas importantes es el conocimiento como lo señala Benassini (2001), "esto nos permite saber que es lo que nos pasa y nos ayuda a desechar temores y dudas sin fundamento. Permite saber que es lo que debemos y no debemos hacer para que el enfermo mejore" (Una manera distinta de ver la enfermedad mental, publicación risperdal, fascículo 1).

Referencias

Referencias

Addington, D.E.; Addington J.M. (1992). Attempted suicide and depression in schizophrenia. Acta Psychiatrica Scandinavica. 85

Addington, D.; Addington, J.; Maticka-Tyndale, E., Joyce, J. (1992). Reliability and validity of a depression rating scale for schizophrenics. Schizophrenia Research. 6: 201-208

Addington, J. y Robinson, G. (1999). Attributional Style and Depression in Schizophrenia. Canadian Journal of Psychiatry. 44 697.

Apiquián, R.; Fresán, A.; Ulloa, R.E.; Garcia Anaya, M.; Lozyaga, C. y Nicolini, H.; et al. (2001). Estudio comparativo de pacientes esquizofrénicos con y sin depresión. Salud Mental. 24 25-29

Asociación Psiquiátrica Americana (APA). (1995). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV). México: Masson

Bautista Pacheco, J. (1994). Depresión en pacientes esquizofrénicos. Validez concurrente de la escala de Calgary. Tesina del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. Universidad Nacional Autónoma de México. 43 pp.

Benassini, O. (2001). Una manera distinta de ver la enfermedad mental. Publicación Risperdal Fascículo 1. Janssen_ Cilag.

Benassini, O. (2001). El tratamiento eficaz de la esquizofrenia. Publicación Risperdal Fascículo 2. Janssen_ Cilag.

Benassini, O. (2001). Viviendo con un enfermo de esquizofrenia. Publicación Risperdal Fascículo 3. Janssen_ Cilag.

Böker, W. (1993). Conductas de auto superación en los esquizofrénicos: Resultados de una investigación particular y relevancia terapéutica. Revista Chilena Neuro-psiquiátrica. 31 137-143.

Donnoli, V.F.; Basotto, J.; Cohen, A.; Oliva, D.; Salvatore, A. Y Ventura, A. Et al. (1995). Esquizofrenia: Relación entre síntomas negativos y rasgos esquizotípicos de la personalidad. Acta Psiquiátrica Escandinava de América Latina. 41 214-218

Freedman, A; Kaplan H; Sadock, B. (1975). Compendio de Psiquiatría. España: Salvat.

Foucault, M. (1984). Enfermedad mental y personalidad. Paidós, México, 122 pp.

Foucault, M. (1976). Historia de la locura en la época clásica. FCE, México, Págs. 7,9,74,255-275,528-529.

García Perales, S. Y Ortega Soto, H.A. (1994). Actualización por temas: Depresión en la Esquizofrenia. Salud Mental. 17 49-53

García Silva, E. (1996).Importancia de la intervención psicológica sobre las actitudes hacia la enfermedad mental en familiares de pacientes psiquiátricos (Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez", SSA.). Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología: UNAM.

García Vega, A.L. (1994). Evaluación del programa "Orientación a Familiares", impartido en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez". Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología: UNAM.

Garnica, (1999). Esquizofrenia. Nuevas Perspectivas. México, Piensa, México, 168 pp.

Imaz Lira, B.E. (1994). Investigación de sintomatología depresiva en pacientes esquizofrénicos de ambos sexos que acuden al servicio de consulta externa. Tesina de Medicina del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. Universidad Nacional Autónoma de México. 20 pp.

Jackson, D. (1960). Etiología de la Esquizofrenia. Argentina: Amorrortu

Kaplan, H.I. y Sadock, B.J. (1989). Tratado de Psiquiatría.(2ª ed.). España: Masson-Salvat Medicina. Pág. 12.

Kaplan, H.I. y Sadock, B.J. (1995). Tratado de Psiquiatría (Vol. 6, 6ª ed.). Colombia: Intermédica.

Kaplan, H.I. y Sadock, B.J. (2000). Sinopsis de Psiquiatría (8ª ed.). España: Médica Panamericana.

Lagomarsino, A.J. (1995). Síntomas Positivos y negativos de la esquizofrenia. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina. 41. 141-147

Lara Muñoz, M.C. y Ortega Soto, H. (1995). ¿La Clinimetría o la Psicometría? Salud Mental. 18. 33-40

Lázaro, M.L.; Corominas, A. Y González Monclus, E. (1989) Hipótesis Etiopatogénicas de la Depresión Post Psicótica. Revista de Psiquiatría, facultad de Medicina de Barcelona. 16 95-102

Martínez Carlos, I. Y Tello Ocman, H. (1998). Ansiedad, Mitos y Fantasías: Evaluación del programa Visita de Puertas Abiertas en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" (SSA). Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología: UNAM.

Medina Amor, J.L. (1992). Tipología de la Depresión Post esquizofrénica, según el modelo estructural tetradimensional. Psicopatología. 12 143-146

Organización Mundial de la Salud (1992). Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para diagnóstico. (CIE-10). España: Meditor

Ortega Soto, H.; García Perales, S.; Imaz, B.; Pacheco Patzin, J.; Brunner, E. y Apiquian, R. Et al. (1994) Validez y Reproducibilidad de una Escala para evaluar la depresión en pacientes esquizofrénicos. Salud Mental. 17. 7-14

Peralta Martín, V. Y Cuesta Zorita, M.S. (1992). Síntomas Básicos esquizofrénicos de Eugen y Manfred Bleuler: Un estudio de los dos Modelos de síntomas básicos en relación con los síntomas negativos. Psicopatología. 12. 43-46

Pons Bartrán, R.; Tsiolakoglou, I.; Corominas, A.; Lázaro, L. y Llovet, J.M. (1989). Estudio evolutivo de las depresiones postpsicóticas. Revista de Psiquiatría. Facultad de Medicina de Barcelona. 16. 63-74

Rodríguez Martínez, Y. Y Sweet Cordero, A. (1993). Representación social de la enfermedad mental en familiares de Diagnósticos Psiquiátricos Institucionalizados. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología: UNAM.

Ruiz Lara, R.; et al. (1984). Nuevo Diccionario Médico. España: Teide

Siris, S.G. (1987). Akinesia and post psychotic depression: a difficult differential Diagnosis. Journal Clinical Psychiatry. 48:6, 240-243.

Siris, S.G. (1991). Diagnosis of secondary depression in schizophrenia: Implications for DSM-IV, Schizophrenia Bulletin. 17:1, 75-98.

Siris, S.G.; Cutler, J.; Owen, K.; Mason, S.; Gingerich, S. Y Paige, L. M. (1989). Adjunctive imipramine maintenance treatment in schizophrenic patients with remitted post psychotic depression. American Journal of Psychiatry (clinical and research reports). 146:11, 1495-1497.

Siris S.G.; Cutler, J.; Owen, K. Y Paige, L.M. (1989). Maintenance imipramine treatment following post psychotic depression (free communications: Schizophrenia). Psychopharmacology bulletin 25:1, 85-88.

Siris, S.G.; Rifkin A.; Reardon G.; Doddi, S.; Strahan A. Y Hall, K. (1986). Stability of the post psychotic depression syndrome. Journal Clinical Psychiatry. 47:2, 86-88

Solomón, P. Y Patch, V.D. (1976). Manual de Psiquiatría (2ª ed.) México: Manual Moderno.

Sousa Mondragón, A. (1987). Aproximaciones psicológicas para la promoción de la Adherencia Terapéutica. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología: UNAM.

Vaz, F.J.; Casado, M.; Salcedo, M.S. y Béjar, A. (1994). Psicopatología y Conciencia de Enfermedad durante la fase aguda de la Esquizofrenia. Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barna. 21 66-74.

Velázquez, J; Lozano, T; Herrera, J. (1997). Causas de la deserción en la hospitalización parcial de adolescentes. Revista cubana pediátrica. 69 (1): 62-68.

<http://www.ucalgary.ca/cdss/>

usuarios.lycos.es/igonzal/opin.html

www.faes.es/faes/bipfaes/test/documentación_test/131.doc

www.psicoplanet.com/temas/tema14_contenido.htm

Anexos

Anexo A.

Entrevista con el paciente

7. Saludo y presentación.
8. Preguntar al paciente si quiere participar en una entrevista (¿Quiere conversar un momento conmigo?)
9. Rapport ¿Cómo está?, ¿Qué le parece la estancia en este lugar?, ¿Cómo es la relación con sus compañeros?, ¿Le gusta bajar a jardín o a taller?
10. Para conciencia de enfermedad mental hacer las siguientes preguntas:

- ¿Por qué está aquí?
- ¿Sabe qué lugar es este?
- ¿Qué tipo de personas vienen a este lugar?
- ¿Qué le dice su familia de lo que sucede?
- ¿Tienen razón?
- ¿Tiene alguna enfermedad, de qué tipo?
- ¿Tendrá una enfermedad mental, por qué lo piensa?
- ¿Cómo se llama la enfermedad?
- ¿Desde cuando está enfermo?
- ¿Cuáles son los síntomas que tiene?
- ¿Qué piensa acerca de ello?
- ¿Qué información tiene de esta enfermedad?
- ¿Qué va a hacer al respecto?

11. Se aplica la escala de Calgary de la subescala 1 a la 8, se valora la 9 y se califica.
12. Se agradece al paciente por su tiempo y disposición.
13. Se hacen las anotaciones pertinentes.

Anexo B

Niveles de Conciencia de enfermedad mental

L. Insight. Grado de conciencia y comprensión que el paciente tiene de que está enfermo.

(-) Negación total de la enfermedad.

+ Ligera conciencia de estar enfermo y de necesitar ayuda, pero negándola al mismo tiempo.

++ Conciencia de estar enfermo, pero culpando a los demás, a factores externos, a factores orgánicos.

+++ Conciencia de que la enfermedad se debe a algo desconocido (incluye respuestas anteriores y denota más conocimiento de la enfermedad y lo que tiene que hacer al respecto, dándole seriedad a su padecimiento).

++++ Insight- Intelectual: Admite que está enfermo y que sus síntomas o fallas en la Adaptación Social son debido a sus propios sentimientos irracionales y particulares sobre sus trastornos, pero sin aplicar este conocimiento a las experiencias futuras.

+++++ Insight- Emocional Verdadero: Conciencia emocional de los motivos y sentimientos de la significación subyacente de los síntomas, si esta conciencia lleva a un cambio de personalidad y comportamiento futuro: apertura a nuevas ideas sobre sí mismo y las personas significativas en su vida.

Escala de conciencia de enfermedad, Kaplan, H.I. y Sadock, B.J. (1995). Tratado de Psiquiatría.

Anexo C

Principales respuestas del paciente a los criterios de Kaplan y su correspondiente calificación (tomando en cuenta que son incluyentes).

0- "Me hicieron brujería, no estoy enfermo, estoy bien, no sé qué hago aquí, mi familia está mal, yo no. Solo estoy cansado (No conciencia, sí posible daño).

1-Tengo nervios, es una enfermedad, estoy mal, no sé si es verdad, estoy en un psiquiátrico, es esquizofrenia, puede ser, no sé qué hacer, es culpa de mi familia, por qué a mí (Aceptando y a la vez, negando la enfermedad).

2- Tengo esquizofrenia paranoide, desde hace años, necesito tomar medicamentos para no recaer, apoyo del hospital, de la familia, tengo alucinaciones, me siento extraño, estoy mal de la cabeza (aceptando un daño orgánico).

3- Tengo esquizofrenia, necesito medicamento y tratamiento psicológico, vendré a terapia, ya no fui el mismo, asistiré de por vida. No sé qué es, desde niño algo me pasa, no se sabe el origen de la esquizofrenia, es una enfermedad crónica, de por vida (mayor conocimiento de la enfermedad sin culpar a nadie, seguimiento serio).

Anexo D

Guía de entrevista para la escala de Calgary para 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, no. 9, debe basarse en las observaciones de toda la entrevista.

1. Depresión

-¿Cómo describiría su estado de ánimo durante las últimas dos semanas?

-Durante ese tiempo ¿Se ha sentido o ha estado deprimido o desanimado?

-Con sus propias palabras diga cómo se ha sentido durante las últimas 2 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 en 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: 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 cómo las percibe.

3 Severo: Sensación persistente y angustiosa de desesperanza.

3. Auto devaluación

-¿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 que 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 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 algunas veces siente culpa por alguna falta pequeña pero menos del 50 % del tiempo.

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

3 Severo: Por lo general el sujeto se siente culpable de todo lo que ha salido mal, 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 una hora especial del día?

0 Ausente

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

2 Moderado: Espontáneamente menciona que la depresión empeora 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 a una hora o más antes de su hora normal de despertar.

8. Suicidio

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

0 Ausente

1 Leve: Pensamientos frecuentes de que sería mejor estar muerto o pensamientos ocasionales de suicidio.

2 Moderado: Considerar deliberadamente un plan de suicidio pero sin haber llevado a cabo un intento.

3 Severo: Intento suicida ideado aparentemente con la idea de morir (Ej.; 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?, utilizada en momentos apropiados de la entrevista puede proporcionar información útil para esta observación.

0 Ausente

1 Leve: El sujeto impresiona triste y apesadumbrado durante partes de la entrevista, matiza afectivamente un discurso neutral.

2 Moderado: El sujeto impresiona triste y lúgubre a lo largo de la entrevista, su voz es monótona y melancólica, y está lloroso o llora por momentos.

3 Severo: El sujeto se estanca en temas angustiantes, con frecuencia suspira profundamente y llora en forma abierta, o persiste en un estado de sufrimiento permanente.

Calgary Depression Scale, D. Addington and J. Addington, en Ortega et al, 1994.

Anexo E

Modificaciones a la aplicación del Calgary.

1. ¿Cómo se ha sentido la última semana? ¿De los siete días cuántos se ha sentido así? ¿Se ha sentido triste, con ganas de llorar? ¿Y en dos semanas con qué frecuencia pasa?
2. ¿Qué piensa hacer saliendo de aquí? ¿Qué metas tiene en la vida?
3. ¿Se ha sentido menos que los demás alguna vez? ¿Con qué frecuencia?
6. ¿A qué hora principalmente se siente triste?
7. ¿Sufre de insomnio? ¿A qué hora regularmente?
8. ¿Cuántas veces? ¿Actualmente lo piensa?

Indicadores para la escala 9.

Afecto: aplanado, romo, eutímico o triste, hay llanto o no.

Impresiona responder: con o sin interés en el tema, tangencialmente, no pone atención, obligado (a) o por iniciativa propia, enojado (a).

Anexo F

Hoja de registro

Ficha de identificación

Nombre	
Edad	
Diagnostico	
Piso	
Día y hora	
Días de estancia intrahosp.	
Nº de internamientos	
Primer brote	

Kaplan (Conciencia de Enfermedad Mental)

0	Nula	
1	Ligera	
2	Conciencia culpando a los demás	
3	Conciencia de que la enfermedad se debe a algo desconocido	
4	Insight intelectual	
5	Insight emocional	

Depresión en Esquizofrenia

	Ausente	Leve	Moderado	Severo
Depresión	0	1	2	3
Desesperanza	0	1	2	3
Auto devaluación	0	1	2	3
Ideas de referencia culposas	0	1	2	3
Culpa patológica	0	1	2	3
Depresión matutina	0	1	2	3
Despertar temprano	0	1	2	3
Suicidio	0	1	2	3
Depresión observada	0	1	2	3
				Total

Calgary Depression Scale, D. Addington and J. Addington en Ortega y García, 1994.

Observaciones: