



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL "DR. JUAN N. NAVARRO"

Secretaría de Salud

**TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD DE
PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA**

"PRESENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES ADOLESCENTES CON ESQUIZOFRENIA"

Alumno: Dr. Gerardo Otero Castañeda.



ASESORES:

[Firma]
Dra. Edith Padrón Solomón
Asesor Teórico.

[Firma]
No. 30.

[Firma]
Dr. Francisco Franco Salazar
Asesor Metodológico.

FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA
PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL
COORDINACION DEL PROGRAMA

*DR. ALEJANDRO DIAZ MARTINEZ
JEFE DEL DEPARTAMENTO*



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.

INDICE:

I.	Introducción	3
II.	Antecedentes	5
	a) Prevalencia y valor Pronóstico	11
	b) Diagnóstico Diferencial	12
	- Tipos de Síndromes Depresivos	12
	- Causas de Síntomas Depresivos	12
	- Causas de Síntomas Pseudo-depresivos	14
	c) Clasificación	15
	d) Diagnóstico	16
III.	Justificación	17
IV.	Diseño	18
V.	Objetivos	18
VI.	Hipótesis	18
VII.	Material y métodos	19
	a. Inventario Depresión de Beck	19
	b. Escala de PANSS	22
VIII.	Análisis estadístico	23
IX.	Resultados	24
X.	Discusión	26
XI.	Conclusiones	29
XII.	Cuadros de Resultados	31
XIII.	Organización de la investigación	36
	a. Programa de Trabajo	36
	b. Recursos Humanos	37
	c. Recursos Materiales	37
XIV.	Carta de Consentimiento	38
XV.	Bibliografía	39

INTRODUCCION

La esquizofrenia es un trastorno del neurodesarrollo que se asocia con déficit en la cognición, el afecto y el funcionamiento social. El comienzo de la enfermedad ocurre raramente antes de la edad de 13 años, pero luego aumenta constantemente durante la adolescencia. El diagnóstico exacto y el tratamiento requieren familiaridad con la presentación clínica, la fenomenología y el curso del trastorno. La valoración diagnóstica también debe incorporar una comprensión de las necesidades de desarrollo, sociales, educativas y psicológicas del joven. Las estrategias de tratamiento deberán concentrarse en el alivio de los síntomas, la reducción de la morbilidad a largo plazo, y la prevención de la recaída. Es posible que también necesiten abordarse trastornos comórbidos asociados y/o estresores biopsicosociales. Las estrategias de intervención también deben ser consistentes con aspectos del desarrollo, sociales y culturales del niño y su familia. (56, 59)

En el DSM-IV no existe un epígrafe para esquizofrenia infantil. Tal y como sucede en los trastornos depresivos, se refieren a los criterios diagnósticos del adulto. Lo cierto es que, con la edad, el diagnóstico de esquizofrenia se perfila mucho mejor. En las psicosis esquizofrénicas infantiles, cuánto mayor es el niño, más se parecen a las esquizofrenias de los adultos. (58)

Los síntomas depresivos en los pacientes con esquizofrenia han sido reconocidos y descritos reiteradamente, aunque se ignora el significado que tiene en el tratamiento y el pronóstico de esta enfermedad (1). Los síntomas que se presentan en un episodio depresivo mayor no son exclusivos de la depresión y, además, pueden confundirse con los síntomas negativos de la esquizofrenia (apatía, anhedonia, abulia), o con los efectos parkinsónicos de los antipsicóticos como la aquinesia. Durante los últimos años se le ha dado mucha importancia al estudio y al manejo de la depresión en la esquizofrenia (2).

A pesar de largos debates, los autores recuerdan que la presencia de depresión en el contexto de la esquizofrenia aún es controvertida. (3) La investigación actual ha utilizado diseños longitudinales para investigar la presencia de este síntoma en pacientes con esquizofrenia a los 4.5 y 7.5 años de seguimiento (4,5).

Asimismo la investigación se ha focalizado en la frecuencia y gravedad de los síntomas depresivos en relación con enfermos con trastorno esquizoafectivo de tipo depresivo y con depresión mayor con la finalidad de establecer los criterios de diferenciación entre estas afecciones (6).

Hacia 1970 se documentó que un número considerable de enfermos con esquizofrenia experimentaba depresión significativa (casi en un 60% de los casos) (1). Los sistemas diagnósticos más modernos tales como los Criterios de Investigación Diagnóstica (RDC) han adoptado una definición más estricta de los síntomas, con criterios específicos de exclusión (7). A pesar de esta nueva

metodología diagnóstica, la prevalencia de depresión ha sido referida como del 6% al 50% de estos enfermos (1,2).

La depresión ha sido observada durante la fase aguda de la esquizofrenia así como en las hospitalizaciones prolongadas y durante la fase poshospitalaria de la enfermedad (8). Asimismo, ha sido descrita como un síntoma precedente de la recaída psicótica.

La investigación longitudinal de los autores ha constatado una frecuencia de depresión del 30% al 40% en pacientes con esquizofrenia evaluados a los 2.1 y 4.5 años, respectivamente (9,10,11).

Sin embargo, aún permanecen muchos interrogantes relacionados con esta forma de esquizofrenia. Una de las dudas se refiere a la persistencia del síntoma a lo largo del curso de la enfermedad y los estudios a corto plazo han demostrado resultados mixtos.

Tampoco se conocen las implicancias de la depresión en la esquizofrenia y se desconoce asimismo su relación con otros aspectos de la evolución de la enfermedad psiquiátrica. Algunos estudios han sugerido que la presencia de depresión conferiría un pronóstico más favorable a la esquizofrenia aunque, según los autores, esta conclusión aún es controvertida (11,12,13).

La ocurrencia de depresión en niños y adolescentes con esquizofrenia ha sido reportada (Chamber, 1982). El DSMIV distingue entre varios tipos de trastorno del afecto, por ejemplo, entre trastorno bipolar tipo I (episodio maniaco o mixto, maniaco y trastorno depresivo), bipolar tipo II (depresión mayor recurrente con episodios hipomaníacos) trastorno ciclotímico y trastornos depresivo mayor. De los diversos trastornos del afecto, el trastorno depresivo mayor con psicosis, junto con el trastorno bipolar son los que generan mayor confusión. (J)

En México, en 1994, se realizó la reproducción de las investigaciones realizadas por Addington, utilizando la escala de Calgary, en el Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente" de la Ciudad de México, por parte de Apiquián y Nicolini en el año de 1994, aplicándose esta escala a población de este país (55). Además de que Apiquián, Nicolini y Ortega Soto del mismo Instituto, en el 2001, realizaron un estudio comparativo de pacientes esquizofrénicos con y sin depresión, encontrando una asociación tan alta de más del 50% (54).

En el año de 2003, se realizó una investigación acerca de la comorbilidad de depresión en pacientes adultos con esquizofrenia en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez", esto con fines de titulación por parte de Gerardo Otero, y con la asesoría tutorial del Dr. Francisco Franco y la Dra. Carmen Rojas, encontrándose asociación en el 60% de la población, además de relacionarse con ciertos factores sociodemográficos (63).

ANTECEDENTES

La esquizofrenia es un trastorno de inicio en la adolescencia o a principios de edad adulta. Cuando se inicia en la infancia el pronóstico es relativamente pobre, dando como resultado una carga para el niño y la familia. (McGuire, 1990). La esquizofrenia en niños menores de 13 años de edad frecuentemente se ha denominado "prepuberal." Sin embargo, este término puede no ser exacto cuando la pubertad se define más bien por la edad que por el desarrollo físico. Para evitar ambigüedades, preferentemente se define a la esquizofrenia de comienzo temprano (ECT) como comienzo antes de los 18 años; con un desarrollo de la esquizofrenia de comienzo muy temprano (ECMT) antes de la edad de 13 años (56, 59).

Afortunadamente la esquizofrenia es rara en niños. En los criterios del DSMIII (1980) la definición de esquizofrenia era la misma para niños que para adultos, sin embargo, se realizan modificaciones en el DSMIV para los niños (57).

El diagnóstico en niños y adolescentes se formula usando los mismos criterios que para los adultos. Los criterios diagnósticos del DSM-IV incluyen los siguientes:

Síntomas Psicóticos. Estos son los síntomas distintivos del trastorno. Se necesitan al menos dos de los siguientes, cada uno de ellos presente en un periodo significativo de tiempo durante un periodo de 1 mes: (1) ideas delirantes, (2) alucinaciones, (3) discurso desorganizado, (4) conducta muy desorganizada o catatónica, y/o (5) síntomas negativos (por ejemplo, aplanamiento afectivo, escasez de pensamiento o habla). Se necesita sólo un síntoma si (1) las ideas delirantes son excéntricas, (2) las alucinaciones incluyen una voz que hace un comentario corriente sobre la conducta o el pensamiento de la persona, o (3) dos o más voces están conversando entre sí. Finalmente, la duración de los síntomas puede ser menor si los síntomas se resolvieron con el tratamiento.

Disfunción Social/Ocupacional. Durante una porción significativa del tiempo desde el comienzo del trastorno, el nivel de funcionamiento social, ocupacional y de cuidado de sí mismo se ha deteriorado marcadamente por debajo del nivel alcanzado antes del comienzo. En niños y adolescentes, esto puede incluir el fracaso para alcanzar niveles de desarrollo interpersonal, académico u ocupacional apropiados para la edad.

Duración. Las perturbaciones deben estar presentes durante un periodo de al menos 6 meses. Si el criterio de duración de 6 meses no se satisface, se hace un diagnóstico de trastorno esquizofreniforme. El periodo de enfermedad incluye una fase activa de síntomas psicóticos evidentes (criterio A) con o sin una fase prodrómica o residual. Una fase prodrómica involucra el deterioro del funcionamiento antes del comienzo de los síntomas psicóticos, y la fase residual sigue a la fase activa. Los síntomas característicos de las fases prodrómica y

residual incluyen aislamiento social marcado; deterioro en el funcionamiento ocupacional: conducta peculiar tal como acumulación de alimentos, mala higiene, afecto embotado o inapropiado; trastorno de los procesos de pensamiento (tangencialidad, circunferencialidad); pobreza del discurso o del contenido del discurso; creencias o percepciones raras; y anergia.

Exclusión de Trastorno Esquizoafectivo y del Estado de Ánimo. Deberán descartarse el trastorno esquizoafectivo y los trastornos del estado de ánimo. Esto es especialmente pertinente para los adolescentes con trastorno bipolar, ya que los episodios maníacos a esta edad frecuentemente incluyen síntomas parecidos a la esquizofrenia al principio. Este criterio necesita ser revalorado sistemáticamente en los pacientes porque el seguimiento continuo puede ser el único método exacto para distinguir los dos trastornos.

Exclusión de Abuso de Sustancias/Condición Médica General. Deberán descartarse otras condiciones médicas, incluido el abuso de drogas o medicamentos (56).

Los criterios diagnósticos de la CIE-10 son similares a los criterios del DSM-IV excepto que el diagnóstico puede formularse una vez que suficientes síntomas han estado presentes durante un periodo de 1 mes o más, en lugar de 6 meses. Armenteros y colaboradores (1995) encontraron una tasa alta de concordancia diagnóstica entre el DSM-III-R, el DSM-IV y la CIE-10 en adolescentes psicóticos hospitalizados. (56, 59)

Si bien la prevalencia de ECT no ha sido estudiada adecuadamente, los pocos estudios disponibles, más la experiencia clínica, sugieren que el comienzo antes de la edad de 13 años es muy raro. Luego el índice de comienzo se incrementa marcadamente durante la adolescencia, con las edades máximas de comienzo para el trastorno que varían de 15 a 30 años (57).

En general el inicio de la condición en ECT, y particularmente ECMT, es insidioso, con inicio agudo observado en aprox. 25% de casos. La duración del episodio psicótico agudo es aparentemente mayor en ECMT que en ECT. El curso es variable, en general el pronóstico es peor, cuando se inicia el padecimiento más tempranamente. (McClellan and Werry, 1991). los síntomas responden a tratamiento, ocasionalmente en algunos niños permanecen con actividad psicótica (57).

Se ha observado claramente que la esquizofrenia se presenta más frecuentemente entre individuos solteros que entre los casados, siendo el riesgo relativo de 3 a 5 veces mayor. Esta característica es más acentuada en los varones, lo que podría explicarse por una aparición más tardía de la enfermedad en la mujer y porque éstas contraen matrimonio a una edad menor, previa a la aparición de los primeros síntomas (62).

Desde los estudios de Faris y Dunham en Chicago (1939), los epidemiólogos han descrito una mayor prevalencia de la esquizofrenia en las áreas socioeconómicas menos favorecidas, y este índice decrecería según ascendemos en la escala social. La teoría de la causalidad promulga que el vivir en una clase social deprimida, con pocos recursos, con falta de medios de educación y servicios de salud, sería un factor involucrado en la causalidad de la enfermedad. Se ha sugerido también que la relación padre-hijo en las clases sociales bajas podría ser también un factor a tener en cuenta.

En contra de esta hipótesis, y a favor de la teoría de la selección social, Goldberg y Morrison, (1963) no encontraron diferencias entre los parientes de los esquizofrénicos en lo referente al estatus social, siendo similares entre si y en relación con la población general. Sería el paciente esquizofrénico el que, en un momento determinado no sería capaz de ascender en la escala social de forma similar a sus parientes. Este retraso no es, por otra parte, observable en la edad escolar temprana, antes de la aparición de los síntomas de la enfermedad. Los rendimientos escolares previos son similares a los de los demás niños, siendo en la adolescencia cuando comienza el descenso (62).

La ECT, especialmente la ECMT, ocurre predominantemente en varones, con razones de aproximadamente 2:1. Según aumenta la edad, esta razón tiende a nivelarse. Puesto que la literatura sobre adultos sugiere que la edad promedio de comienzo en varones es 5 años más temprana que en mujeres, el predominio masculino en la ECT puede ser un efecto transversal. Un período de depresión puede observarse después de la fase psicótica aguda (Werry, 1996) (56).

La clasificación dicotómica que estableció Kraepelin a principios de siglo entre la demencia praecox y las psicosis maníaco-depresivas ha condicionado el enfoque conceptual que ha recibido la sintomatología depresiva que se presenta en el contexto de la esquizofrenia. No obstante el propio Kraepelin y poco después Bleuler en 1911 y Mayer-Gross en 1920 ya describieron la existencia de síndromes depresivos a lo largo de la evolución de la esquizofrenia (1,2). Conrad describe los síntomas depresivos que aparecen en la fase de trema y ya defiende que «el número de procesos esquizofrénicos que comienzan con los síntomas de una distimia endógena es notablemente alto» (14,15).

Sin embargo la sintomatología depresiva ha quedado por lo general marginada a un segundo plano en la descripción, estudio, diagnóstico y abordaje de los pacientes esquizofrénicos, en los que la psicopatología descriptiva básicamente se ha centrado en el estudio de los síntomas productivos y deterioro.

Desde hace unos años se hace referencia a los síntomas depresivos con el término de depresión postpsicótica o post-esquizofrénica, término ambiguo y controvertido en sí mismo, que para algunos autores es un síndrome que engloba los síntomas depresivos en la esquizofrenia mientras que para otros constituye una entidad diagnóstica en sí misma (16). En lo que coinciden todos los clínicos con experiencia es en la elevada frecuencia con que aparecen síntomas

depresivos a lo largo del curso longitudinal de la enfermedad. No obstante el consenso desaparece cuando hay que precisar su prevalencia, el origen de los mismos o su ubicación nosológica, así como su valor pronóstico o las estrategias terapéuticas a seguir.

Resulta frecuente la presencia de síntomas depresivos en la Esquizofrenia, habiendo sido relacionada, en muchas ocasiones, como secundaria al uso de la medicación Neuroléptica, formando parte de los síntomas negativos de esta enfermedad, secundaria o como parte del aislamiento social, así como reactiva ante la relativa crítica de enfermedad del paciente esquizofrénico fuera de la crisis, entre-otras(17).

Mucho se profundiza en este sentido. Johnson (1989) recalca que en la Esquizofrenia los trastornos del estado de ánimo pueden presentarse de cuatro formas-distintas:

1. El trastorno del estado de ánimo puede configurar un estado normal de la Esquizofrenia, tanto en la fase prodrómica como en la aguda.
2. En Esquizofrénicos crónicos, pueden aparecer como depresión post-psicótica o como perturbaciones potencialmente afines; como son ataques de pánico.
3. Pueden ser el resultado de los efectos de las drogas Neurolépticas (Depresión farmacogénica)-(18).
4. Trastornos Esquizoafectivos y afines. Estudios efectuados en gemelos monocigóticos y dicigóticos muestran el parecido de la Esquizofrenia y las Psicosis Afectivas constituyendo un reto dilucidar las diferencias. Según los expertos, estas patologías ocupan el primer puesto en la lista de urgencias psiquiátricas, lo que obliga al tratamiento de los síntomas desde el primer momento (19).

La Esquizofrenia está siendo más estudiada, señalándose la importancia de los factores genéticos y también ambientales, estos últimos como detonantes en la aparición de la enfermedad aunque también se invocan otras etiologías de interés. Sin embargo a pesar de que existe una alta prevalencia de depresión en adolescentes con esquizofrenia, los médicos se quejan de la existencia de pocos estudios realizados, conociéndose-mejor-el-trastorno-en-adultos-(20,21, 60).

La esquizofrenia y los trastornos psicóticos del estado de ánimo se presentan típicamente con una variedad de síntomas afectivos y psicóticos. La depresión en niños también se presenta un poco diferente que en adultos (Poznansky, 1985). En niños preescolares con depresión puede aparecer más síntomas ansiosos. En escolares puede haber dificultades para expresar sentimientos o depresión. La preocupación por la muerte es común. Se observa disminución en su autoestima, así como problemas conductuales como aislamiento, rechazo y disminución de rendimiento escolar. En niños y adolescentes con esquizofrenia, los síntomas negativos se han confundido con depresión, especialmente porque es común que los pacientes experimenten disforia con su enfermedad. La depresión psicótica

puede estar presente con características psicóticas congruentes o incongruentes con el estado de ánimo, ya sean alucinaciones o ideas delirantes (57, 59, 60).

Este traslapamiento de los síntomas incrementa la probabilidad de diagnóstico erróneo en la época de comienzo. El conocimiento de los fenómenos puede estar conduciendo ahora a altos índices de diagnóstico erróneo en ambas direcciones. La historia psiquiátrica familiar también puede ser un factor de diferenciación útil, aunque los estudios han encontrado un aumento de la historia familiar de depresión en niños y adolescentes esquizofrénicos (56).

Sujetos con esquizofrenia de inicio en la infancia presentan aproximadamente el doble de familiares afectados de algún trastorno del espectro esquizofrénico que los pacientes con esquizofrenia de inicio en la edad adulta (Asarnow y Karatekin 1998, Werry 1996). Además se han descrito casos en los que el patrón de herencia del trastorno corresponde al fenómeno de anticipación genética (un determinado trastorno va apareciendo en las sucesivas generaciones a una edad más temprana y de modo más severo). En estos niños hallaríamos ya el inicio de la enfermedad en su etapa más precoz y devastadora (61).

La fuerte interrelación de estas enfermedades ha sido controversial manteniéndose por algunos investigadores el criterio de que los síntomas afectivos en la Esquizofrenia son manifestaciones de ésta, más que del trastorno afectivo. Judd, (22) psiquiatra de la Universidad de California, examinó en 1996 los dos mayores estudios epidemiológicos realizados en los Estados Unidos:

El ECA (Epidemiological Catchment Area Program) y el Survey Nacional de Comorbilidad, encontrando en el primero una elevación significativa en la asociación entre Esquizofrenia y Trastornos Afectivos, y en 1995 el survey de comorbilidad encontró una baja prevalencia del trastorno Esquizofrénico y elevada del trastorno unipolar en población general, lo que a su vez influía en la comorbilidad, recalcando además que el 37% de los pacientes esquizofrénicos hacían por lo menos un intento suicida. De estos, el 27,5% tenía comorbilidad con el trastorno unipolar y el 70,6% con el Bipolar. Este investigador concluye que podría encontrarse la comorbilidad por lo menos en el 80% de los pacientes esquizofrénicos.

Bottlender et.al. (23) (2000), en el Departamento de Psiquiatría de Munich, investigaron la prevalencia de elementos depresivos en los primeros ingresos de esquizofrénicos en 998 pacientes con este trastorno. Los pacientes esquizofrénicos deprimidos mostraron mayor tendencia al suicidio coincidiendo como factores de riesgo el estado civil soltero, desempleo y antecedentes psiquiátricos familiares, contrastando con los de mayor edad y casados, estos últimos-con-menor-tendencia-suicida.

En 1998, Sanjay, Andreasen et y al., (24) también estudiaron variables psico-sociales en pacientes esquizofrénicos con ideación suicida y sin ella, y señalaron que de 336 pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia o trastorno

esquizoafectivo, el 29,2% reportó uno o más intentos suicidas.

A su vez, comparando con los pacientes que no realizaron intentos suicidas, los que lo realizaron tuvieron un elevado número de episodios depresivos a lo largo de la vida, en edades tempranas, al comienzo de su enfermedad y en edad temprana en su primera hospitalización. Pero también han sido explorados estos síntomas depresivos en pacientes con esquizofrenia crónica estable, viviendo en la comunidad, evidenciándose a través de estudios clínicos con la escala Beck-Baynes et. al. (25,26) (2000, Reino Unido) que de 120 pacientes, el 13,3% tuvieron síntomas depresivos significativos, correlacionándose con la hostilidad, suspicacia y síntomas positivos y no con el abuso de alcohol, dosis antipsicóticas o síntomas-negativos.

Desde 1993, Maier et. al. (11, 27), R.F.A., señalaba que aunque se conocía la independencia en la etiología genética de los trastornos esquizofrénicos y afectivos, existía evidencia empírica de esta dicotomía. Un estudio controlado de pacientes con ingresos consecutivos para determinar riesgo familiar de esquizofrenia y trastornos afectivos, demostró aumento de depresión en familiares esquizofrénicos y en el paciente esquizofrénico episodios depresivos antes del comienzo-del-trastorno.

En 1996, Kendler, (28) (Departamento de Psiquiatría del Colegio Médico de Virginia) U.S.A., señaló que el estudio familiar de Rascommon el riesgo de Esquizofrenia versus controles fue significativamente incrementado mas por trastornos afectivos psicóticos que por trastornos afectivos no psicóticos o alcoholismo.

Estudios en cuanto a la biología de la Depresión psicótica realizados por Contreras en 1997 (29) (Unidad de Salud Mental de Barcelona) plantearon diferentes respuestas terapéuticas en depresivos delirantes y no delirantes, por obvias diferencias biológicas, señalándose como posible hipótesis que el aumento de corticoides en la depresión endógena favorecería el aumento de la síntesis de Dopamina, aumentando sus niveles plasmáticos y produciéndose los síntomas psicóticos.

A su vez, Guidotti et. al. (30) (2000 Universidad Illinois-Chicago) estudiaron una cohorte de 60 cerebros post-mortem incluyendo igual número de pacientes con Esquizofrenia, depresión unipolar y trastornos Bipolar, con sujetos no psiquiátricos, encontrando a través de estudios inmunohistoquímicos que la expresión de la Glicoproteína Reelin (RECN) segregada preferentemente por la corteza interneuronal localizada en las dendritas de neuronas piramidales, la enzima ácido glutámico dextracarboxilasa y las células del córtex prefrontal con RECN positivos estuvieron significativamente disminuidos de un 30% a un 50% en pacientes con Esquizofrenia o trastornos Bipolar con Psicosis, pudiendo considerarse estos parámetros como factores de vulnerabilidad.

Por su parte, en trabajos de Rosoklija, G (31) (2000), se señalan en estudios post-mortem la presencia de asociación entre Esquizofrenia, Depresión Mayor y anomalías estructurales en las dendritas apical subicular.

Nelson (32) en 1998, (Universidad de Cincinnati - USA) aplicando la escala de depresión de Hamilton encontró significativo empeoramiento en la ejecución en deprimidos psicóticos y esquizofrénicos que en deprimidos sin psicosis o sujetos normales, relacionándolo con trastornos en el pensamiento-formal.

La detección de la sintomatología depresiva en el curso de la esquizofrenia y su correcto tratamiento son de una importancia capital tanto desde el punto de vista pronóstico como terapéutico, sobre todo por el sufrimiento que comportan para el paciente, con una repercusión inmediata en su calidad de vida y en su ajuste social. Está ampliamente documentado (33) que una detección precoz y adecuada, con un tratamiento adecuado de esta sintomatología puede tener una gran repercusión sobre el curso de la evolución de la esquizofrenia.

PREVALENCIA Y VALOR PRONÓSTICO La sintomatología depresiva es frecuente en la esquizofrenia y aunque su prevalencia es muy discutida, con un amplio margen que oscila entre el 7% y el 75, está ampliamente aceptado que alrededor de un 25% de los esquizofrénicos padecerán a lo largo de su evolución un síndrome depresivo significativo porcentaje que según la guía de Consenso Español Sobre Evaluación y Tratamiento de la Esquizofrenia se sitúa en el 50% (14,22,26,32,34). Esta gran variabilidad viene determinada por distintos factores, fundamentalmente la falta de homogeneidad de las muestras, los distintos criterios diagnósticos empleados, así como por la utilización de instrumentos de medida poco específicos para detectar la sintomatología depresiva en pacientes con esquizofrenia (35,36). Diversos estudios (1,2,3,12,24,25,27,28,32,36,42,50,54,55) coinciden en encontrar mayor prevalencia (22-75%) en primeros episodios frente a la de episodios posteriores (4%). Entre los esquizofrénicos crónicos la prevalencia de depresión oscila según los estudios entre un 7% y un 30%.

No hay tampoco un consenso unánime respecto al valor pronóstico que comporta la presencia de síntomas depresivos. En los episodios agudos (síntomas concurrentes) su presencia ha sido considerada clásicamente como un indicador de pronóstico favorable.

Por el contrario, su aparición en el curso longitudinal implica un pronóstico más sombrío. Las ideas y proyectos suicidas son frecuentes en los esquizofrénicos; las tentativas muy frecuentes (entre el 18% y el 55%) y alrededor de un 10-15% de los esquizofrénicos terminan suicidándose (37). La presencia de síntomas depresivos se ha correlacionado tanto con la presencia de ideas como de las conductas suicidas en estos pacientes.

Otros estudios han otorgado un factor predictor de una descompensación, tanto en primeros episodios como en recaídas (38,39). Sin embargo estudios más recientes demuestran lo contrario. Hirsch que encuentra síntomas neuróticos y disforia (que

denomina «Síndrome disfórico») en 8 de 11 pacientes que recaen, aunque también en los que no lo hacen, los relaciona más a la propia enfermedad esquizofrénica; Koreen (41) minimiza también el carácter prodrómico que pueden tener los síntomas depresivos y encuentra en su muestra que sólo un 7% los presenta antes de una recaída psicótica. Birchwood tampoco encuentra que los episodios postpsicóticos vayan seguidos de un incremento de los síntomas psicóticos.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: TIPOS DE SÍNDROMES DEPRESIVOS Las peculiaridades que comporta la esquizofrenia, con la importante alteración del afecto que conlleva, obliga, más aun que en población sana, a ser extremadamente cautos a la hora de valorar la sintomatología depresiva que se puede presentar. Hay que recordar que no sólo los síntomas depresivos pueden corresponder a múltiples orígenes sino que además hay diversas situaciones que pueden comportar la aparición de síntomas que confundan y nos hagan pensar en la existencia de una depresión cuando en realidad no son tales. Nos referimos a los síntomas pseudo-depresivos («depression-like symptoms») (40,44,48, 54,55).

Causas de síntomas depresivos

a) **Síntomas esquizofrénicos**

Inherentes a la propia enfermedad esquizofrénica, tanto como síntomas primarios como secundarios a otros síntomas. Numerosos trabajos relacionan los síntomas depresivos con la sintomatología propia de la esquizofrenia (19,22,55) tanto como lo son los síntomas positivos y los negativos.

Los síntomas depresivos están presentes a menudo al inicio de la descompensación psicótica y evolucionan paralelamente con la mejoría clínica y la atenuación de la sintomatología productiva. Koreen encuentra que en un 98% de pacientes con un primer episodio los síntomas depresivos se resuelven paralelamente con la mejoría del episodio psicótico agudo y Birchwood que en un 78% de los pacientes los síntomas depresivos evolucionan paralelamente a los síntomas positivos.

A menudo se encuentran síntomas neuróticos y disfóricos como síntomas precoces en las descompensaciones.

b) **Trastorno esquizoafectivo**

En este trastorno un síndrome depresivo completo coincide con un episodio psicótico franco. La descripción de sus características escapa a las posibilidades de esta revisión y aunque los criterios diagnósticos varían según la clasificación empleada, hay que entenderlo conceptualmente como la coincidencia en un episodio de descompensación de un episodio depresivo completo con las

manifestaciones psicóticas propias de la esquizofrenia todavía y claramente presentes.

c) Trastorno depresivo secundario a:

1. Patología orgánica

Al igual que en individuos sanos, numerosas enfermedades médicas (carcinomas, endocrinopatías, trastornos neurológicos, etc.) pueden ocasionar síndromes depresivos.

2. Trastorno por uso de sustancias

El uso de sustancias legales (café, tabaco, alcohol) e ilegales (cannabis, cocaína, etc.), alguno tan frecuente entre la población esquizofrénica, pueden ser asimismo los claros desencadenantes de síndromes depresivos. Estos cuadros pueden estar ocasionados tanto por el abuso (p. ej. la dependencia de alcohol, el abuso de sedantes e hipnóticos, etc) de estas sustancias como por la discontinuación de su uso (p. ej. discontinuación del abuso de cocaína, etc).

3. Fármacos

Fármacos de uso frecuente como antihipertensivos, betabloqueantes, corticoesteroides, hipnóticos, etc., pueden estar en la génesis de estados depresivos.

4. Fármacos antipsicóticos

Clásicamente se ha atribuido a la medicación antipsicótica, por su efecto antidopaminérgico como los causantes de síndromes depresivos, relación que ha sido revalidada en estudios recientes. Es la que ha sido denominada como «depresión farmacogénica», «depresión post-neuroléptica» o «disforia neuroléptica». Sin embargo esta relación se ha cuestionado principalmente gracias a tres observaciones independientes:

a) La presencia de síntomas depresivos coincide a menudo con el punto álgido de los síntomas psicóticos, previos al inicio de los fármacos antipsicóticos, y acostumbra a mejorar paralelamente a la evolución de los mismos bajo el tratamiento antipsicótico específico.

b) Cuando se han comparado grupos de esquizofrénicos en tratamiento con otros que no lo están, no se ha encontrado más depresión en los pacientes bajo tratamiento neuroléptico que en los no tratados.

c) Cuando se han comparado grupos de esquizofrénicos con y sin depresión no se ha encontrado que los depresivos estuvieran recibiendo dosis más altas o que tuvieran niveles plasmáticos de neurolepticos más elevados.

d) Depresión postpsicótica

La sintomatología depresiva puede formar parte de un episodio depresivo, mayor o menor, comórbido a la esquizofrenia. Es la considerada propiamente como depresión post-psicótica. En 1976 McGlashan (42) sintetizó sus características en un cuadro de depresión retardada con anergia, neurastenia, sentimientos de vacío o ausencia de los mismos, con ideas suicidas y alteración de las relaciones interpersonales. Reconocía una duración variable de los síntomas, de semanas a más de un año y con una mala respuesta tanto a los tratamientos biológicos como a los psicológicos.

Sin embargo el concepto es controvertido y diversos autores cuestionan su existencia, vinculando los síntomas depresivos a los propios de la esquizofrenia o al tratamiento neuroleptico.

Los síntomas depresivos pueden tener diferentes orígenes, tanto biológicos como psicológicos. Pueden constituir un trastorno adaptativo o situacional: tras la recuperación de un episodio agudo el paciente puede presentar una reacción psicológica tras un *life event* incontrolable. El síndrome de desmoralización, descrito por Klein (43) en 1974, es propio de pacientes afectos de esquizofrenia pero con una personalidad conservada y buen funcionamiento, que presentan una reacción vivencial, similar a la que ocurre en otras enfermedades, secundaria al reconocimiento de su enfermedad, la incertidumbre de su evolución y las limitaciones que la misma comporta.

Birchwood (45) postula que quizás traduzca una vulnerabilidad psicológica subyacente que predisponga a padecerla. Ello sería especialmente evidente en los episodios iniciales, donde hay una mayor incidencia de síntomas depresivos, mientras que con la evolución de la enfermedad, la incidencia disminuiría por la mayor aceptación y adaptación a las experiencias de la enfermedad, provocan un descenso de las expectativas y una menor discrepancia entre como son en la actualidad y como les gustaría ser.

Causas de síntomas pseudo-depresivos A menudo cuando hablamos de síntomas depresivos en la esquizofrenia estamos refiriéndonos a síntomas que realmente no corresponden a ningún síndrome depresivo. A menudo los estados de enlentecimiento, anergia, inquietud, disforia, nos confunden y les atribuimos un origen

depresivo cuando en realidad no lo son. Podemos hablar entonces de «depression-like symptoms» o de fenotipos depresivos, es decir, cuadros o síntomas no propiamente depresivos pero que pueden ser fácilmente confundidos con los mismos.

a) Síntomas negativos

Los síntomas negativos descritos por Kraepelin como síndrome amotivacional y posteriormente englobados por Carpenter (47) dentro del síndrome defectual, tanto primarios como secundarios, son causa frecuente de confusión con los síntomas depresivos. Los síntomas deficitarios, como síntomas negativos primarios que son, están, según Carpenter, presentes tanto en las exacerbaciones como en las descompensaciones agudas. Síntomas típicamente propios de estados depresivos, como puede ser la propia anhedonia, están calificados también como síntomas negativos y propios del síndrome defectual. La diferenciación por tanto entre los síntomas depresivos y los negativos no es fácil y el solapamiento frecuente. Para Siris (46) es el humor melancólico («blue mood») un buen indicador de que nos hallamos realmente ante una depresión y no ante síntomas negativos.

b) Acinesia

La acinesia puede formar parte de un cuadro parkinsoniano inducido por neurolépticos o bien de forma primaria, cuando se refiere a la incapacidad para iniciar o mantener conductas motoras. Fácilmente puede confundirse con cuadros depresivos («depresión acinética») o con síntomas negativos (49).

c) Acatisia

La acatisia, frecuentemente acompañada de cuadros de inquietud y disforia, pueden ser fuente de errores diagnósticos al ser confundida con cuadros de depresión agitada. La disforia ocasionada por la acatisia es fuente de gran malestar y se ha correlacionado tanto con la ideación como con la conducta suicida.

d) Afanisis

McGlashan (50) describió bajo este término un cuadro pseudo-depresivo que hace referencia a un estado de abolición, de tipo regresivo o primitivo con una finalidad adaptativa o defensiva, en el que un periodo de silencio de la enfermedad se acompaña por un cuadro de inactividad motora, estereotipias, pensamientos repetitivos, astenia generalizada, despreocupación por el aspecto físico y el cuidado personal.

CLASIFICACIÓN Las clasificaciones diagnósticas operativas mantienen las ambigüedades y divergencias y no mantienen una unanimidad ni en la

denominación ni en los criterios que se deben utilizar cuando aparece sintomatología depresiva en el curso de una esquizofrenia (24,37).

La Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) contempla el diagnóstico específico de Depresión postesquizofrénica (F20.4), para aquellos pacientes afectos de esquizofrenia que desarrollan un síndrome depresivo completo, sin exacerbación de los síntomas esquizofrénicos. Si el enfermo no tiene ningún síntoma esquizofrénico en el momento de la entrevista, deberá diagnosticarse de Episodio depresivo (F32). Si los síntomas esquizofrénicos todavía son floridos y predominantes, deberá mantenerse el diagnóstico del tipo esquizofrénico.

Por el contrario en el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales de la Asociación de Psiquiatría Americana (DSM-IV) el diagnóstico de síntomas depresivos en la esquizofrenia debe hacerse dentro del epígrafe: Trastorno depresivo no especificado (F32.9). No obstante sí que contempla la Depresión postpsicótica en su Apéndice como propuesta para la investigación, debiendo cumplir los síntomas los criterios para un episodio depresivo mayor.

DIAGNÓSTICO La detección e identificación de los síntomas depresivos en enfermos esquizofrénicos es difícil (51,44,55). Las escalas de psicopatología global más empleadas en la esquizofrenia (Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)), apenas cuentan con un par de ítems que hagan referencia a síntomas depresivos y no discriminan suficientemente los síntomas depresivos de los negativos y los acinéticos.

Por otra parte, las escalas para la depresión más comúnmente empleadas (Hamilton Depression Rating Scale (HDRS), Montgomery Asberg Rating Scale (MADRS), Beck Depression Inventory (BDI)) están diseñadas y validadas para pacientes diagnosticados de trastornos afectivos y su empleo en pacientes afectos de esquizofrenia plantea diferentes problemas prácticos y metodológicos. Además la excesiva unidimensionalidad y homogeneidad que presentan, mostrándose incapaces de diferenciar entre diferentes síndromes, es especialmente relevante cuando evaluamos pacientes con un trastorno tan complejo y polivalente como la esquizofrenia (52).

Para intentar paliar estos inconvenientes, en los últimos años se han desarrollado diversas escalas para detectar y cuantificar la depresión específicamente en esquizofrénicos.

Entre las que han tenido una mayor aceptación está la Calgary Depression Scale for Schizophrenia (CDSS), desarrollada por Addington a principios de los noventa. Su constructo es consecuencia de los factores de dos escalas psicométricas: el Present State Examination (PSE)51 y la HDRS de la que han obtenido la mayoría de ítems tras la aplicación de técnicas de análisis factoriales y de fiabilidad. Es una entrevista semiestructurada, dirigida y observacional que consta de 9 ítems (8 más 1 observacional) con 4 puntuaciones posibles (0-ausente a 3-máxima expresión).

Es de fácil y rápida aplicación y un evaluador con experiencia clínica debería desarrollar una adecuada fiabilidad interevaluador en 5 entrevistas. Tiene una buena estructura unifactorial, buena coherencia interna, alta fiabilidad interevaluador y una validez externa y especificidad satisfactorias (54).

La Échelle de Depression Psychotique (Psychotic Depression Scale, PDS) ha sido desarrollada por Azorín con la intención de separar de forma rigurosa los síntomas negativos primarios de los depresivos. Consta de 32 ítems con 7 puntuaciones posibles (0-ausente a 6-extremo). Los ítems han sido seleccionados tras una revisión crítica y se agrupan en 8 factores: humor depresivo, signos vegetativos, alteraciones del pensamiento, sentimiento de culpabilidad, inhibición, signos paranoides, signos vegetativos inversos y signos cognitivos. No ha tenido tanta repercusión científica como la CDSS y su uso no se ha extendido. No se conoce que haya sido adaptada y validada a otros idiomas (53).

No parece fácil la determinación y medición de los síntomas depresivos en esquizofrénicos. Viene dificultado por hechos clínicos tales como la variabilidad de los síntomas a lo largo del tiempo (49), la superposición con los posibles efectos secundarios del tratamiento antipsicótico, especialmente la sintomatología extrapiramidal (50), la interrelación entre la depresión y los síntomas negativos propios de la enfermedad esquizofrénica (53) y otros factores metodológicos como son la evaluación retrospectiva del cuadro clínico o la definición y criterios diagnósticos imprecisos (51). Se puede ver como, por ejemplo, el aislamiento social, la apatía o la anhedonia son síntomas asociados con el diagnóstico de depresión mayor, pero también pueden encontrarse entre los síntomas negativos de la esquizofrenia (54) o los efectos secundarios inducidos por neurolépticos (55).

Otras fuentes de error en la medición de la depresión son los instrumentos que se empleen para ello. Estos sesgos pueden tener relación con el propio entrevistador, la interacción con el paciente o la información que el enfermo proporciona. Se plantean cuestiones como la conveniencia de emplear instrumentos auto o heteraplicados, si es mejor el uso de entrevistas estructuradas o semiestructuradas, o cuáles son los parámetros psicométricos mínimos de validez y fiabilidad. De todo ello se deriva el interés por intentar seleccionar el instrumento más fiable posible (54). En relación a la fuente de información Lindenmayer et al (55) proponen tres fuentes separadas al evaluar la depresión de pacientes esquizofrénicos: una autoevaluación (estado de ánimo subjetivo), una valoración clínica (estado anímico) y una valoración de un observador (manifestaciones de la conducta). Cuando intentaron aplicar esta hipótesis observaron que aunque la información obtenida se solapaba parcialmente no era similar, ya que la valoración del clínico y la del observador tendían a correlacionar significativamente, mientras que la valoración subjetiva difería de las otras dos.

Otro aspecto a tener en cuenta de los instrumentos es su estructura y los ítems que los componen. Al realizar un análisis factorial de los ítems de la mayoría de las escalas diseñadas para valorar depresión se ha observado que existe una importante diversidad en cuanto a las áreas de psicopatología que cubren.

Algunas hacen más énfasis en la valoración de la ansiedad o de los síntomas vegetativos que propiamente sobre el estado de humor, lo cual plantea la necesidad de elaborar y validar medidas psicopatológicamente más refinadas y a ser posible unidimensionales (53).

JUSTIFICACION:

Existe un creciente interés por el estudio de la sintomatología depresiva en la esquizofrenia. Los síntomas depresivos en los pacientes con esquizofrenia han sido reconocidos y descritos reiteradamente, aunque aún se desconoce la manera específica en que influyen en el tratamiento y el pronóstico la presencia de esta comorbilidad, así como los factores que se asocian en su presentación.

Su evaluación viene dificultada por la variabilidad de los síntomas a lo largo del tiempo y a la confusión con los síntomas negativos o los efectos secundarios extrapiramidales del tratamiento antipsicótico. Hay pocos estudios en cuanto a población adolescente con esquizofrenia, de los cuáles pocos abordan la presencia de sintomatología afectiva, predominando aquellos que describen prevalencia y sintomatología positiva y negativa.

DISEÑO:

Se realizó una investigación clínica, observacional de corte transversal en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro".

OBJETIVOS:

- 1) Describir la frecuencia de la depresión en pacientes adolescentes con esquizofrenia.
- 2) Describir que coeficientes de correlación se asocian con la presencia de depresión en pacientes adolescentes con esquizofrenia.

HIPOTESIS

"La comorbilidad de depresión en adolescentes con esquizofrenia es alta y su severidad se relaciona con factores sociodemográficos y clínicos".

MATERIAL Y METODO:

Se realizó la investigación en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro". Inicialmente se procedió a someter a autorización el proyecto ante las autoridades correspondientes del hospital dónde se llevó a cabo la investigación. Una vez obtenida, se realizó una búsqueda en los registros de hospitalización en la Unidad de Adolescentes Varones y la Unidad de Adolescentes Mujeres, en sujetos que hayan egresado con el diagnóstico de esquizofrenia en cualquiera de sus subtipos. Se seleccionó una muestra al azar de 30 sujetos que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: Pacientes de 12 a 17 años, de cualquier sexo, los cuáles tengan diagnóstico de esquizofrenia en cualquiera de sus subtipos, definidos en base a los criterios clínicos de acuerdo al DSM-IV, además de que su estado clínico debió permitir la aplicación de los instrumentos, previa aceptación por consentimiento informado para participar. Todos los candidatos tendían que saber leer y escribir, y a juicio del investigador, comprender las aseveraciones de los instrumentos aplicados. Todos los pacientes participaron en esta investigación cuando se consideró que podrían cooperar, es decir, que la severidad de la sintomatología psicótica positiva esté controlada o sea de baja intensidad (puntuación en la sub escala de síntomas positivos del PANSS: 14.6 +/- 7.8). Se diseñó un instrumento "ad Hoc" para la investigación, en el cuál se registró la edad, sexo, diagnóstico y tratamiento del paciente en el momento de la aplicación de los instrumentos, además de hacer énfasis en cuestiones psicosociales como: residencia, escolaridad, empleo actual, relación de pareja actual, antecedentes psiquiátricos familiares, antecedentes de violencia familiar, apoyo familiar y económico, tiempo de evolución de la enfermedad e instalación de tratamiento, así como algún diagnóstico psiquiátrico comórbido. En cuanto a los instrumentos utilizados, se aplicó el Inventario de Depresión de Beck; el ítem de las sub escalas positivas y negativas, la sub escala de psicopatología general de la escala PANSS; así como la Escala Dimascio de Evaluación para Síntomas Extrapiramidales. Estos instrumentos se aplicaron posterior a que los pacientes acudieron a cita previo contacto vía telefónica, o posterior de que acudieron a consulta en el servicio de consulta externa y hospitalización. Se incluye como variable dependiente del estudio a los síntomas depresivos, y como variable independiente a la esquizofrenia.

DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS:

Inventario de Depresión de Beck:

El Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI) (Beck y cols, 1961) fue desarrollado inicialmente como una escala heteroaplicada de 21 ítems para evaluar la gravedad (intensidad sintomática) de la depresión, conteniendo cada ítem varias frases autoevaluativas que el entrevistador leía al paciente para que este seleccionase la que mejor se adaptase a su situación; sin embargo, con posterioridad su uso se ha

generalizado como escala autoaplicada. Esta versión fue adaptada al español y validada por Conde y cols (1975). En 1979 Beck y cols. dan a conocer una nueva versión revisada de su inventario, adaptada y traducida al español por Vázquez y Sanz. (1991)^{2,2b}, siendo esta la más utilizada en la actualidad. En 1996, los mismos autores presentaron una nueva revisión de su cuestionario³, el Beck Depression Inventory-II o BDI-II. Es un cuestionario autoaplicado de 21 ítems que evalúa un amplio espectro de síntomas depresivos. En la versión de 1961 cada ítem contemplaba de 4 a 6 opciones de respuesta, ordenadas de menor a mayor gravedad, y así fueron recogidas en la adaptación y validación de Conde y cols. (1975), si bien en una revisión posterior introdujeron varias modificaciones importantes sobre el cuestionario original, tales como la eliminación completa de 2 ítems (sentimientos de culpa y autoimagen) y la aleatorización de las alternativas de respuesta.

En la versión revisada de 1979 se sistematizan 4 alternativas de respuesta para cada ítem, que evalúan la gravedad / intensidad del síntoma y que se presentan igualmente ordenadas de menor a mayor gravedad. El marco temporal hace referencia al momento actual y a la semana previa. Ni la numeración de las alternativas de respuesta, ni los enunciados de los distintos ítems deben aparecer en el formato de lectura del cuestionario, ya que al dar una connotación clínica objetiva a las frases pueden influir en la opción de respuesta del paciente. Su contenido enfatiza más en el componente cognitivo de la depresión, ya que los síntomas de esta esfera representan en torno al 50 % de la puntuación total del cuestionario, siendo los síntomas de tipo somático / vegetativo el segundo bloque de mayor peso; de los 21 ítems, 15 hacen referencia a síntomas psicólogo-cognitivos, y los 6 restantes a síntomas somático-vegetativos⁸

INTERPRETACIÓN: El paciente tiene que seleccionar, para cada ítem, la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación durante el momento actual y la última semana. La puntuación total se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas, que van de 0 a 3. El rango de la puntuación obtenida es de 0-63 puntos. Como otros instrumentos de evaluación de síntomas, su objetivo es cuantificar la sintomatología, no proporcionar un diagnóstico⁹. Los puntos de corte usualmente aceptados¹⁰ para graduar la intensidad / severidad son los siguientes:

No depresión:	0-9 puntos
Depresión leve:	10-18 puntos
Depresión moderada:	19-29 puntos
Depresión grave:	≥ 30 puntos

A efectos de cribado o detección de casos en población general el punto de corte ha sido establecido por Lasa L. y cols¹¹ en ≥ 13 puntos. En pacientes médicos la validez predictiva de la escala está peor establecida, por cuanto los ítems somáticos tienden a aumentar el número de falsos positivos si se utiliza un punto de corte bajo¹² y se han utilizado puntos de corte más altos (por ej.: ≥ 16 en pacientes diabéticos¹³, ≥ 21 en pacientes con dolor crónico¹⁴). A efectos de selección de sujetos para investigación, el punto de corte usualmente aceptado es ≥ 21 puntos¹². Se ha cuestionado algunos aspectos de su validez de contenido, ya que los síntomas referidos al estado de ánimo tienen poco peso y, además, parte de la premisa de que la depresión se caracteriza por una inhibición general, ya que sólo recoge síntomas por defecto. Tiene escasa capacidad discriminante para los trastornos de ansiedad¹⁵, y tampoco resulta adecuado para realizar un diagnóstico diferencial frente a otros trastornos psiquiátricos o para diferenciar distintos subtipos de depresión^{16,17}. Se trata posiblemente del cuestionario autoaplicado más citado en la bibliografía. Utilizado en pacientes con diagnóstico clínico de depresión, proporciona una estimación adecuada de la gravedad o intensidad sintomática, y es ampliamente utilizado en la evaluación de la eficacia terapéutica por su sensibilidad al cambio y en la investigación para la selección de sujetos. Posee así mismo una adecuada validez para el cribado o detección de casos en población general, pero en pacientes médicos su especificidad es baja.

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS

Fiabilidad: Sus índices psicométricos han sido estudiados de manera casi exhaustiva, mostrando una buena consistencia interna (alfa de Cronbach 0,76 – 0,95). La fiabilidad test oscila alrededor de $r = 0,8$, pero su estudio ha presentado dificultades metodológicas, recomendándose en estos casos variaciones a lo largo del día en su administración.

Validez: Muestra una correlación variable con otras escalas (HDRS, SDS, MADRS...). En pacientes psiquiátricos se han encontrado valores entre 0,55 y 0,96 (media 0,72) y en sujetos no psiquiátricos entre 0,55 y 0,73 (media 0,6). Muestra también una buena sensibilidad al cambio, similar o algo inferior a la del HDRS, con una correlación alta con la mejoría clínica evaluada por expertos, tanto en terapias farmacológicas, como psicológicas. Su validez predictiva como instrumento diagnóstico de cribado ha sido recientemente estudiada en México en una amplia muestra de población general de entre 18 y 64 años de edad, con buen rendimiento: sensibilidad 100 %, especificidad 99 %, valor predictivo positivo 0,72, y valor predictivo negativo 1 (punto de corte ≥ 13).

Escala de PANSS:

La escala de síndromes positivo y negativo (*The Positive and Negative Syndrome Scale PANSS*) fue desarrollada por Kay y cols. en 1987. Esta basada en la *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS), muchos de cuyos ítems incluye. Sus autores pretendieron mejorar las propiedades psicométricas de ésta y ampliar la evaluación de los síntomas negativos. Se escogieron aquellos ítems que mejor representaran la distinción positivo-negativo y se excluyeron los de dudosa filiación. En 1991 Kay diseñó una entrevista estructurada para la PANSS (SCID-PANSS), que mejora los parámetros de calidad de la misma. Se encuentra validada en español por Peralta y cols.

La escala se evalúa mediante una entrevista semiestructurada de 30-40 minutos de duración. Consta de 30 ítems (síntomas) que se puntúan de 1 (ausente) a 7 (extremo). Esta formada por tres subescalas: la *positiva* (PANSS-P) de 7 ítems, la *negativa* (PANSS-N) también de 7 y la de *psicopatología general* (PANSS-PG) de 16 ítems. Se acepta una cuarta escala, la llamada *compuesta* (PANSS-C), que resulta de restar la puntuación de la negativa a la de la positiva.

En la primera parte de la entrevista se anima al paciente a hablar de su enfermedad y sus circunstancias vitales generales. Esta parte no debe estar dirigida por el entrevistador y posteriormente se pregunta los posibles síntomas que han sido expuestos. Luego se indaga sobre posibles síntomas evaluados en la PANSS para valorar su existencia y severidad. La parte final se debe focalizar en aquellas áreas en las que el paciente se mostraba a la defensiva o se mostraba ambivalente, tratando de establecer cierta confrontación para valorar la repercusión de esta actitud en la organización conceptual del paciente. El tiempo explorado debe ser la semana anterior a la entrevista. Los ítems están bien contruidos, convirtiéndolo en un instrumento relativamente fácil de utilizar. Su aplicación requiere unos 30-40 minutos.

INTERPRETACIÓN: Su utilidad radica en la valoración de la severidad de los síntomas y en la monitorización de la respuesta al tratamiento. Su mayor ventaja es el estudio de los síntomas que son clínicamente importantes de cara al tratamiento en la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. La importancia de la distinción entre síntomas positivos y negativos, desorganización y estado de ánimo tal vez se vea limitada a los diferentes efectos del tratamiento en cada caso.

También se ha utilizado como indicador pronóstico en aquellos casos en que predominan los síntomas negativos, lo que supone una peor evolución. Las puntuaciones de las 4 subescalas se expresan en forma de percentiles. También, puede emplearse para categorizar a los pacientes esquizofrénicos con predominio de síntomas positivos o negativos. Para esto existen dos métodos:

- Sistema restrictivo:

- **Subtipo positivo:** puntuación ≥ 4 en 3 ó más ítems de la escala positiva, pero en menos de 3 ítems de la escala negativa.
- **Subtipo negativo:** puntuación ≥ 4 en 3 ó más ítems de la escala negativa, pero en menos de 3 ítems de la escala positiva.
- **Subtipo mixto:** puntuación ≥ 4 en 3 ó más ítems en ambas escalas.
- **Otro tipo:** el resto.

- Sistema inclusivo: emplea la puntuación de la escala compuesta.

- **Subtipo positivo:** > 0
- **Subtipo negativo:** < 0

Posiblemente, para estudios epidemiológicos sea más adecuado el sistema restrictivo que, aunque tiene menor sensibilidad, su especificidad es mayor. Aunque se han dado varias soluciones distintas al análisis factorial de los componentes de la escala, la más aceptada es la de Lindenmayer y cols., que considera que la mayoría de los síntomas se agrupan en torno a cinco síndromes: psicosis, desorganización (o cognitivo), negativo, excitación y afectivo (depresivo).

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS

Fiabilidad: Sus propiedades psicométricas han sido ampliamente estudiadas, presentando buena validez interobservador y de constructo, elevada consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,73 para la escala positiva, de 0,83 para la negativa y de 0,87 para la de psicopatología general) y adecuada estabilidad test-retest. El coeficiente de correlación intraclass es de alrededor de 0,80 para las tres subescalas.

La escala negativa posee mayor consistencia que la positiva al ser más homogénea y estar constituida por un único factor. La PANSS-P no presenta una dimensión unitaria, sino que está constituida por varios factores.

Validez: La comparación con otras escalas como BPRS, la SAPS y la SANS arroja buenos índices de validez concurrente. Entre la subescala positiva de la PANSS y la SAPS $r = 0,77$ y entre la subescala negativa y la SANS $r = 0,77$. Por otra parte, al estudiar la correlación entre la subescala de psicopatología general y la Escala de Impresión Clínica Global el índice r era de 0,52. Resulta adecuada para valorar la respuesta al tratamiento, así como la diferente respuesta al mismo de los síntomas predominantes positivos o negativos.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Se realizó el análisis de los datos con pruebas de resumen y el análisis de las variables categóricas con "chi 2" y coeficiente de relación de Pearson.

RESULTADOS:

Se evaluó un total de 30 pacientes, de los cuáles la mayor parte se captó de los registros de hospitalización y se entrevistó posterior a cita vía telefónica, aceptando los pacientes de manera voluntaria y firmando carta de consentimiento informado. Sólo 2 pacientes se captaron posterior a acudir a cita en consulta externa.

Las características sociodemográficas se exponen en el **cuadro 1**. Se observa que la mayor parte de los pacientes estudiados eran del sexo masculino 60% (n = 18), lo que fue significativo para el estudio (p .01), correspondiendo el 40% a las mujeres. La edad media fue de 15 años (DS 1.6). Hubo paridad en el lugar de residencia, ya que un 50% de la muestra radicaba en el D. F. y otro 50% eran foráneos. Predominan los pacientes solteros (94%, dato significativo con P = 000), y solo 1 paciente de la muestra era casado y otro vivía en unión libre (3% en cada caso). Aunque el 40% de los pacientes tenía pareja al momento del estudio, la mayor parte de los pacientes (60%), nunca habían establecido relación de pareja anteriormente (p = .01). La mayor parte de los pacientes vivían con sus padres (70%, p = .000); en el ítem en que se refieren a "otros" se engloban a hermanos u otros familiares correspondiendo al 23% de la muestra. Sólo el 7% de la muestra vivían con su pareja (7%), por lo que la mayor parte de los pacientes dependían económicamente de otras personas, ya que sólo el 23% de la población contaba con trabajo en el momento del estudio y el 77% de la población nunca había laborado (p = .03). La mayor parte de la población muestra tenía escolaridad secundaria (50%, p = .000), correspondiendo un porcentaje menor a aquellos con escolaridad preparatoria (30%) y en menor grado estudios de primaria (17%). Sólo una pequeña parte de la muestra, había iniciado estudios de licenciatura (n = 1, correspondiente al 3%). El 57% de la población estudiada, provenía de familias integradas (p = .002), y en el 43% de la población, había antecedente de ruptura familiar.

En cuanto a las características clínicas de los pacientes estudiados (**cuadro 2**), se observa que la mayor parte de los pacientes tenían el diagnóstico de esquizofrenia paranoide (88%), y en segundo lugar se encuentra pacientes con diagnóstico de (esquizofrenia indiferenciada n= 4, 12%). No se estudiaron pacientes con esquizofrenia desorganizada o catatónica. Se observa que el 70% de la población estudiada (p = .02, X₂ 7) tenía antecedente de violencia familiar y el 53% de la población (p = .05, X₂ 3) tenían antecedentes psiquiátricos familiares. En cuanto al tiempo de evolución de enfermedad, el 40% de la población (p = .000) tenía menos de un año, y en porcentajes iguales (27%) con uno y dos años de evolución. Sólo el 6% tenía más de 3 años de instalado el padecimiento. Asimismo, en cuanto a tiempo de evolución de instalado el tratamiento, el 43% de la población inicia con tratamiento en el último año (p = .000), 30% con dos años, y 20% con dos años de tratamiento. El 7% de la muestra tiene más de 3 años de

instalado tratamiento. Los fármacos que recibían los pacientes como tratamiento al momento del estudio fueron neurolépticos convencionales, correspondiente al 30% de la muestra (haloperidol, trifuoperazina, pipotiazina, zuclopentixol), y de segunda generación (risperidona, ziprazidona, olanzapina, y aripiprazol), correspondiendo al 70%. La mitad de los pacientes tenían comorbilidad con otros diagnósticos psiquiátricos al momento del estudio, principalmente dependencia a alcohol y sintomatología afectiva.

Los puntajes obtenidos de los instrumentos aplicados se muestran en el **cuadro 3**, reportándose en la escala PANSS con media de la sub escala positiva de 16.30 (DS = 5.8), en la sub escala negativa una media de 16.60 (DS = 4.98), en la sub escala de psicopatología general una media de 34 (DS9.04) y una media total de 66.77 (DS = 15.92). Los puntajes de la escala Dimascio para expresión facial se obtuvo una media de .53 (DS .57), en el ítem de temblor una media de .43 (DS .67), aquinesia con media de .27 (.52), en el ítem de rigidez una media de .50 (DS .57) y para severidad una media de 1.73 (DS 1.74). Para la escala de Beck se obtuvo una media de 14.70 con una DS de 9.70.

El **cuadro 4** muestra los resultados de la Escala de Beck por grado de severidad de la sintomatología depresiva de los pacientes esquizofrénicos. De los 30 pacientes estudiados, más de la mitad (60%) tuvo algún grado de depresión (X^2_7 , $p = .005$, lo cuál fue de significancia para el estudio), siendo el más frecuente la depresión leve (30%), y en segundo lugar, depresión moderada (20%). Sólo 3 pacientes (10%) se encontraron con depresión severa. El 40% de la muestra (X^2_8 , $p = .03$) se reportó sin depresión.

El **cuadro 5** muestra la correlación de la depresión con los factores clínicos ya expuestos anteriormente, encontrándose significancia en los puntos que se refieren a antecedentes familiares de violencia, desintegración familiar, tiempo de evolución de la enfermedad y de instalación de tratamiento, así como en la comorbilidad, los cuáles influyen en la presentación de depresión.

Asimismo, se observa en el cuadro 1 la correlación con las características sociodemográficas: sexo, estado civil, pareja, escolaridad, desintegración familiar, con quién viven los pacientes y el trabajo.

Se encontró también significancia en cuanto a los ítems aplicados por las escalas de PANSS de síntomas positivos, síntomas negativos y psicopatología general con depresión; así como síntomas extrapiramidales de la escala de Dimascio, también reportó significancia para depresión (**cuadro 6**).

DISCUSIÓN

A manera de discusión se pueden comentar algunos aspectos que resaltan los resultados de esta investigación.

La mayoría de lo que se ha publicado sobre la depresión en la esquizofrenia es impreciso, debido a que, habitualmente se han usado indistintamente la presencia de síntomas o síndromes en el curso de la enfermedad. Esto, junto con una dificultad diagnóstica, podría explicar las discrepancias existentes en los índices de prevalencia, ya que tanto en el clásico estudio de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de los años setenta como en estudios recientes, se señalan porcentajes que van desde el 15 al 81%, rangos que concuerdan con los resultados en este estudio, en donde se encontró en el 60% de la población estudiada (3,8,12,19,24,25,27,28,32,33,36,42,50,54,55).

Por otra parte, debido a la poca bibliografía de depresión en esquizofrenia en cuanto a población infantil y adolescente, la mayor parte de los estudios que se revisan son reportes en población adulta.

La ocurrencia de depresión en niños y adolescentes con esquizofrenia ha sido poco estudiada. Chamber en 1982 y Thompson en 1990, reportan cifras similares a las presentadas en adultos (58, 60). Ellos reportan que a edades menores, hay pobre sintomatología afectiva, sin embargo, luego el índice de comienzo se incrementa marcadamente durante la adolescencia, con las edades máximas de comienzo para el trastorno que varían de 15 a 30 años (que es la edad media reportada en este estudio: 15 años) (57).

La presentación de depresión en esquizofrenia encontrada en este estudio, son similares con los estudios realizados en Londres por Jonson D. y Alexander W. en 1989 y 1996 respectivamente, quienes encontraron porcentajes del 60% (el mismo porcentaje que en la presente investigación).

Asimismo, los resultados del presente estudio, concuerdan con los demostrados en el Epidemil Catchement Area Program y el Survey National Of Comorbidity, realizado en 1995 en E. U. (14), en el que se encuentra una elevación significativa en la asociación entre Esquizofrenia y trastornos afectivos, donde se reporta comorbilidad de depresión y esquizofrenia en el 80%, comparado con este estudio en el que se encuentra presencia de depresión y esquizofrenia en el 60% de los pacientes estudiados.

En cuanto a los aspectos psicosociales, se encuentra correlación estadísticamente significativa con el sexo, estado civil (soltero), el no tener pareja, desempleo, desintegración familiar, lo que concuerda con el estudio realizado en el año 2000 por Bottlender y colaboradores (16) en el Departamento de Psiquiatría de Munich en donde se estudió la prevalencia de elementos depresivos en 998 pacientes con esquizofrenia, encontrándose correlación importante en factores sociodemográficos como estado civil soltero, y la no presencia de pareja en el momento del estudio; además de encontrarse relación significativa con el desempleo, lo que también se observó en este estudio (correlación 0.03, lo cuál fue significativo).

Se ha observado que los síntomas depresivos en esquizofrenia, se presenta más frecuentemente entre individuos solteros que entre los casados, siendo el riesgo

relativo de 3 a 5 veces mayor. Esta característica es más acentuada en los varones, lo que podría explicarse por una aparición más tardía de la enfermedad en la mujer y porque éstas contraen matrimonio a una edad menor, previa a la aparición de los primeros síntomas, esto de acuerdo a lo reportado en Europa en 1991 por Gureje (62). La ECT, especialmente la ECMT, ocurre predominantemente en varones, con razones de aproximadamente 2:1. Según aumenta la edad, esta razón tiende a nivelarse. Puesto que la literatura sobre adultos sugiere que la edad promedio de comienzo en varones es 5 años más temprana que en mujeres, el predominio masculino en la ECT puede ser un efecto transversal. Lo anterior concuerda con lo reportado en este estudio, ya que se observa una significancia en el sexo ($p = .01$), predominando el sexo masculino.

Goldberg y Morrison, (1963) no encontraron diferencias entre los parientes de los esquizofrénicos en lo referente al estatus social, siendo similares entre si y en relación con la población general. El paciente esquizofrénico es el que, en un momento determinado no es capaz de ascender en la escala social de forma similar a sus parientes. Este retraso no es, por otra parte, observable en la edad escolar temprana, antes de la aparición de los síntomas de la enfermedad. Los rendimientos escolares previos son similares a los de los demás niños, siendo en la adolescencia cuando comienza el descenso (62). En este estudio, la escolaridad más encontrada fue la de educación secundaria, lo que resultó significativo ($p = .000$), además de que la mayor parte de los pacientes vivía con sus padres, lo que también resultó significativo ($p = .000$).

En 1998, Sanjay Andreasen y colaboradores (13) estudiaron variables psicosociales en pacientes esquizofrénicos con ideación suicida y sin ella, y señalaron que de 336 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, el 29.2% reportó uno o más intentos suicidas. A su vez, comparando con los pacientes que no realizaron intentos suicidas, se encontró como factores protectores, la presencia de pareja, empleo, la edad, así como factores contribuyentes para depresión el desempleo, largo tiempo de la evolución de la esquizofrenia, lo que concuerda con lo realizado en este estudio, dónde se encontró una correlación significativa para la presencia de pareja ($p .01$), como factor protector y el tiempo de evolución de la enfermedad ($p .000$) como factor condicionante, los cuáles fueron estadísticamente significativos.

Otro dato comparativo se encuentra en un estudio hecho en 1988 en la Universidad de Cincinnati en estados Unidos, realizado por Nelson y colaboradores (11,22), en pacientes con depresión mayor y esquizofrenia, al aplicar la escala de depresión de Hamilton, se encontró un significativo empeoramiento en la ejecución en deprimidos psicóticos y esquizofrénicos que en deprimidos sin psicosis o sujetos normales, lo que contribuyó a identificar a la depresión como un factor más de mal pronóstico en pacientes con esquizofrenia, además de que la depresión se asoció con el grado de actividad laboral en los enfermos con esquizofrenia, lo que también se observó en este estudio. En ese estudio, de los 28 individuos con depresión y psicosis, el 68% estuvo persistentemente desempleado. De entre los 18 sujetos psicóticos pero sin depresión sólo el 33% no tuvo empleo. En nuestro

estudio sólo el 23% de los sujetos se encontraban con empleo. Por lo que se observó que la depresión se asoció casi siempre en forma significativa con el nivel de actividad global. Así, los pacientes con psicopatología más severa desarrollaron menos actividades y presentaron mayor porcentaje de tiempo dedicado a actividades sedentarias. Los pacientes esquizofrénicos con depresión en el momento de la valoración presentaron significativamente más síntomas psicóticos, menor empleo, y menor actividad.

En nuestro país, en estudios realizados en el Instituto Nacional de Psiquiatría, por Apiquián, Ortega-Soto, Nicolini en 1994 (55), así como por Brunner, Pacheco, Ortega-Soto y Apiquián en 2001 (54), al realizar un estudio comparativo de pacientes esquizofrénicos con y sin depresión, esta fue reportada en más de la mitad de los pacientes de esquizofrenia incluidos en el estudio, además de que el hecho de encontrarse sin pareja fue una variable determinante para la presencia de depresión en los pacientes con esquizofrenia; no se encontraron diferencias entre los pacientes que se encontraban desempleados, ni entre los que empleaban antipsicóticos típicos o atípicos; estos datos son congruentes con este estudio, a excepción de que si encontramos significancia en cuanto al desempleo ($p = .03$).

Estudios realizados por Asarnow y Karatekin en 1998, han encontrado un aumento de la historia familiar de depresión en niños y adolescentes esquizofrénicos refiriendo que en sujetos con esquizofrenia de inicio en la infancia presentan aproximadamente el doble de familiares afectos de algún trastorno del espectro esquizofrénico que los pacientes con esquizofrenia de inicio en la edad adulta (56). Asimismo, Maier en Alemania en 1993, en un estudio controlado de pacientes con ingresos consecutivos para determinar riesgo familiar de esquizofrenia y trastornos afectivos, demostró aumento de depresión en familiares esquizofrénicos (11-27). En nuestro estudio se encontró que en el 53% de la población se encontraron antecedentes psiquiátricos en sus familiares, lo cuál fue significativo para el estudio ($p = .05$), por lo que la historia psiquiátrica familiar puede considerarse como factor de riesgo a considerar en la presentación de depresión en pacientes esquizofrénicos.

No se encontraron estudios que comentaran acerca de antecedentes de violencia intrafamiliar de los pacientes esquizofrénicos. Sin embargo, en este estudio se encontró que en el 70% de la población estudiada había antecedente de violencia ($p = .02$), lo que en resulto significativo estadísticamente.

CONCLUSIONES

Aunque la esquizofrenia y la depresión a lo largo de la historia se han considerado dos entidades diferenciadas, se ha observado reiteradamente, desde una perspectiva sintomática, que una fenomenología depresiva o similar se presenta con relativa frecuencia en la esquizofrenia. Por lo tanto, se ha mantenido siempre candente la discusión sobre los límites descriptivos entre ambos trastornos.

Este tema adquiere gran importancia al comprobarse en numerosos estudios que la presencia de depresión comórbida en la esquizofrenia se acompaña a menudo de una peor evolución, incrementa el deterioro del funcionamiento general del individuo, el sufrimiento personal, el índice de recaídas y de hospitalizaciones.

Tanto los estudios transversales como los longitudinales han demostrado que la depresión es una manifestación frecuente en pacientes con esquizofrenia. Durante cada uno de los estudios revisados, casi un tercio de los enfermos con esquizofrenia tuvo evidencia de depresión, lo cual es coincidente con nuestro estudio (1,2,3,12,24,25,27,28,32,36,42,50,54,55).

Los síntomas depresivos se encuentran asociados a variables como la edad, escolaridad, la evolución del padecimiento e inicio de tratamiento, la falta de pareja y el estado civil, el desempleo, las recaídas, por lo que es importante su diagnóstico y tratamiento oportunos, además de contar con una adecuada red de apoyo.

Además de encontrarse en este estudio, que los antecedentes psiquiátricos familiares, así como la desintegración familiar y violencia intrafamiliar son favorecedores a presentar sintomatología depresiva en los adolescentes esquizofrénicos.

Es necesario tener en cuenta la sintomatología depresiva que aparece en la esquizofrenia por las repercusiones clínicas, de tratamiento y pronósticas que representa. También se deben tener en cuenta los antecedentes psicosociales; en algunos casos los síntomas depresivos, que pueden mejorar con programas de apoyo, pueden desencadenarse por hechos vitales estresantes o circunstancias psicosociales desfavorables.

Sin embargo, hay que hacer notar, que existen pocos estudios en adolescentes esquizofrénicos, los cuáles se abocan principalmente a la sintomatología productiva, encontrando pocas investigaciones que aborden sintomatología depresiva, por lo que la mayor parte de las investigaciones realizadas acerca de este tema, son principalmente en población adulta, por lo que se considera necesario realizar más investigaciones en población adolescente.

Tomando en cuenta que los pacientes esquizofrénicos tienen dificultades para la comunicación interpersonal, para una correcta medición de los síntomas depresivos se deben emplear instrumentos adecuados en cuanto a su estructura, diseño y características psicométricas.

Por todo lo antes expuesto es necesario recalcar que ante la presencia de síntomas depresivos en un paciente Esquizofrénico se hace necesario una adecuada valoración de la sintomatología, forma de comienzo, presentación, antecedentes familiares de cuadros afectivos, dosis y tipo de neurolépticos, presencia de estresores ambientales y eventos vitales. Creemos que con esto podemos ayudar a los adolescente a tener una mejor calidad de vida.

CUADROS DE RESULTADOS

CUADROS DE RESULTADOS

Cuadro 1.- Características sociodemográficas de los pacientes estudiados (n=30)

		N	%	X^2	gl	p
Sexo	Masculino	18	60	8	2	.01
	Femenino	12	40			
		media	ds	min	max	
Edad		15	1.6	10	17	
Edo. Civil	Soltero	28	94	30	4	.000
	Casado	1	3			
	Unión libre	1	3			
Con quien vive	Padres	21	70	30	4	.000
	Esposa	2	7			
	Otros	7	23			
Escolaridad	Primaria	5	17	35	6	.000
	Secundaria	15	50			
	Preparatoria	9	30			
	Inicio Licenc.	1	3			
Familia	Integrada	17	57	12	2	.002
	Separada	13	43			
Pareja	Si	12	40	8	2	.01
	No	18	60			
Trabajo	Si	7	23	7	2	.03
	No	23	77			
Residencia	D. F.	15	50			
	Foráneo	15	50			

Cuadro 2.- características Clínicas de los pacientes estudiados (n=30)

		N	%	χ^2	gl	p
Diagnóstico	E. Paranoide	26	88			
	E. Indiferenciada	4	12			
Ant. Fam. Violencia	Sí	9	30	7	2	.02
	No	21	70			
Ant. Psiq. Fam.	Si	16	53	3	1	.05
	No	14	47			
Tiempo Evol. Enf.	Menor 1 año	12	40	72	9	.000
	1 año	8	27			
	2 años	8	27			
	3 años	2	6			
Comorbilidad	Si	15	50			
	No	15	50			
Tiempo Evol. Tx.	Menor 1 año	13	43	72	9	.000
	1 año	9	30			
	2 años	6	20			
	3 años	2	7			
Tratamiento	Haloperidol	3	10			
	Risperidona	13	42			
	Olanzapina	2	7			
	Trifluoperacina	1	3			
	Clopixol	2	7			
	Ziprazidona	3	10			
	Piportil	2	7			
	Aripiprazol	2	7			
	Amisulpiride	2	7			

Cuadro 3.- Puntajes obtenidos en los instrumentos aplicados (n=30)

		media	ds	min	max
PANSS	Síntomas positivos	16.30	5.08	7	26
	Síntomas negativos	16.60	4.98	8	26
	Psicopatología General	34	9.04	20	49
	Total	66.77	15.92	35	92
Edesext	Expresión Facial	.53	.57	0	2
	Temblor	.43	.67	0	2
	Aquinesia	.27	.52	0	2
	Rigidez	.50	.57	0	2
	Total	1.73	1.74	0	7
Beck		14.70	9.70	4	47

Cuadro 4.- Resultados en el Beck por grado de severidad de la sintomatología depresiva (n=30)

Beck	Grado Depresión	n	%	X^2	gl	p
	Sin Depresión	12	40	8	3	.03
	Depresión leve	9	30			
	Depr. Moderada	6	20			
	Depr. Severa	3	10			
Total con Depresión		18	60	7	1	.005

Cuadro 5.- Relación entre la depresión y las características sociodemográficas de los pacientes estudiados (n=30)

	r	p
Ant. Fam. De Violencia	-.53	.002
Tipo de familia	.54	.002
Tiempo Evol. Enf.	.37	.04
Tiempo Evol. Tx	.39	.03
Comorbilidad	-.50	.005

Cuadro 6.- Relación entre la depresión y los síntomas evaluados con los instrumentos aplicados a los pacientes (n=30)

		r	p
PANSS	Síntomas negativos	.42	.01
	Psicopatología General	.60	.000
	Total	.53	.002
Edesext	Temblor	.41	.02
	Aquinesia	.49	.006
	Rigidez	.50	.005
	Total	.55	.001

ORGANIZACIÓN DE LA INVESTIGACION.

PROGRAMA DE TRABAJO:

ACTIVIDAD	MES	META	RESPONSABLE
Recolección de Información	Marzo-Septiembre	Recabar artículos e información relacionados con la investigación	Médico residente. Asesor Teórico (UNAM)
Ejecución y aplicación de escalas	Octubre-Noviembre	Elaborar la metodología del estudio y aplicación de escalas en población	Médico residente.
Procesamiento de Datos	Noviembre	Recabar los resultados mediante instrumentos apropiados para el estudio.	Asesor Metodológico (UNAM) y Médico residente.
Descripción y análisis de datos	Diciembre	Realizar análisis estadístico de resultados y establecer conclusiones de la investigación.	Asesor Metodológico (UNAM) y Médico residente.
Elaboración de Informe final.	Enero	Terminación de Trabajo de Investigación	Asesor Teórico, Metodológico (UNAM) y Médico residente.

Todas las actividades anteriores fueron expuestas y avaladas ante el Asesor Interno de la Institución dónde se realizará la Investigación.

CARTA DE CONSENTIMIENTO

RECURSOS HUMANOS:

Participaron en la Investigación:

- a) **Dra. Edith Padrón Solomon**, Jefe del Servicio de Enseñanza del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, quién funge como asesor Teórico avalado por el Departamento de Psiquiatría, Psicología y Salud Mental de la UNAM.
- b) **Dr. Francisco Franco Salazar**, Jefe del servicio de Investigación del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, quién funge como asesor Metodológico avalado por el Departamento de Psiquiatría, Psicología y Salud Mental de la UNAM.
- c) **Dra. Ana Teresa Díaz Calvo**, Jefe del servicio de Unidad de Adolescentes Varones del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, quien funge como Asesor Interno de la Institución dónde se realiza la Investigación.
- d) **Dr. Gerardo Otero Castañeda**, Médico residente de 2º grado de la Especialidad de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia quién realizó el trabajo de Tesis con fines de titulación.

RECURSOS MATERIALES:

Se aplicó la versión impresa de el Inventario de Depresión de Beck; el ítem de las sub escalas positivas y negativas, la sub escala de psicopatología general de la escala PANSS; y la Escala Dimascio de Evaluación para Síntomas Extrapiramidales.

CARTA DE CONSENTIMIENTO

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL "DR JUAN N. NAVARRO".

Fecha:

A quién corresponda:

Acepto participar en la entrevista dónde se aplicarán las escalas PANSS, BECK, DIMASCIO para diagnóstico de Adolescentes; me comprometo a asistir con mi hijo (a), en una ocasión e invertir una hora en la sesión, además de contestar los cuestionario que me será entregados en la entrevista.

No existe **NINGÚN riesgo**, pues solo es responder una entrevista, y mi participación contribuirá a mejorar los instrumentos de diagnóstico del hospital.

Si no deseo participar no existen repercusiones para el tratamiento ni la atención de mi hijo (a).

Me han explicado con detalle y acepto voluntariamente participar.

ATENTAMENTE

Nombre

Firma:

BIBLIOGRAFIA

1. Johnson, D.A.W. The complex problem of treatment in: Williams RR. Dalby J.T., Eds. *Depression in Schizophrenics*. London: Plenum Press. 1989:193-201.
2. Alexander, W. 1996. Strong relationship found between Schizophrenia Mood disorders. *Psychiatric Times*, October 1996. Vol. XII. Issue 10.
3. Bottlender, R. Strauss, A. Moller, H. J. 2000. Prevalence and background factors of depression in first admission schizophrenic patients. *Acta Psychiatr Scand* 2000 Feb; 101 (2): 153-60.
4. Gupta, S; Black. D.W.; Arndt, S.; Hubbard, W.C.; Andreasen, N.C. 1998. Factors associated with suicide attempts among patients with Schizophrenia. *Psychiatr Serv* 49:1353-1355, October 1998. A.P.A.
5. Baynes, D; Mulholland, C; S.J.; Montgomery, R.C.; MacFlynn, G; Lynch, G; Kelly, C.; King, D.J. 2000. Depressive symptoms in stable chronic schizophrenia; prevalence and relationship to psychopathology and treatment. *Schizophr Res* 2000 Sep 29; 45(1-2): 47-56.
6. Maier, W.; Lichtermann, D.; Minges, J.; Hallmayer, J.; Heun, R.; Benkert, O.; Levinson, D.F. 1993. Continuity and discontinuity of affective disorders and schizophrenia. Results of a controlled family study. *Arch. Gen Psychiatry* 1993 Nov; 50 (11): 871-83.
7. Kendler, K.S.; Karkowski-Shuman, L.; Walsh, D. 1996. The risk for psychiatric illness in siblings of schizophrenics: the impact of psychotic and non psychotic affective illness and alcoholism in parents. *Acta Psychiatr Scand* 1996 Jul; 94 (1): 49-55.
8. Contreras, F.; Vallejo, J.; Navarro, M.A; Mencón, J.M. 1997. *Biología de la Depresión Psicótica*. *Psiquiatría Biológica*, 1997; 4(2).
9. Guidotti, A.; Auta, J.; Davis, J.M.; Gerevini, V.D.; Dwivedi, Y.; Grays, D.R.; Impagnatiello, F.; Pandey, G.; Pesold, C.; Sharma, R.; Uzuno, D.; Costa, E. 2000. Decrease in reelin and glutamic acid decarboxylase (GAD67) expression in schizophrenia and bipolar disorder: A postmortem brain study. *Arch Gen Psychiatry* 2000 Nov; 57. (11): 1061-9.
10. Rosoklija G.; Toomayan, G.; Ellis, S.P.; Keilp, J.; Mann, J.J.; Latov, N.; Hays, A.P.; Dwork, A.J. 2000. Structural abnormalities of subicular dendrites in subjects with schizophrenia and mood disorders: preliminary findings. *Arch Gen Psychiatry* 2000 Apr; 57 (4) : 349-56.

11. Nelson, E.B.; Sax, K.W.; Strakowski, S.M. 1998. Attentional performance in patients with psychotic and nonpsychotic major depression and schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1998 Jan;155(1):137-9.
12. Azorín, J.M. 1995. Tratamiento prolongado de trastornos de estado de ánimo en Esquizofrenia. *Acta Psiquiatr.Scand.* 1995;9 (Suppl.188):20-23.
13. Siris, S.; Pollack, S.; Bermanzohn, P.; Stronger, R. 2000. Adjunctive Imipramine for a broader group of post-psychotic depressions in Schizophrenia. *Schizophr Res* 2000 Sep 1;44(3):187-92.
14. Siris, G. S.; Bermanzohn, P.C.; Mason S.E.; Shuwall, M.A.; Aseniero, M.A.R. 1992. Continuation treatment with adjunctive imipramine in Schizophrenia. *Bulletin Psychopharmacology* Vol. 28.No 3, 1992
15. Siris, G.S. 1993. Adjunctive medication in maintenance treatment of Schizophrenia and its conceptual implications. *British Journal of Psychiatry* (1993) 163 (suppl. 22) 66-78.
16. Citrome, L.; Levine, J.; Allingham, B. 2000. Changes in use of Valproate and other mood stabilizers for patients with Schizophrenia from 1994 to 1998. *Psychiatr Serv* 51:634-638, May 2000. A.P.A.
17. Conrad K. *La esquizofrenia incipiente*. 1.a ed Madrid: Fundación archivos de Neurobiología; 1958/ 1997.
18. Siris SG, Adan F, Cohen M, Mandeli J, Aronson A, Casey E. Postpsychotic depression and negative symptoms: an investigation of syndromal overlap. *Am J Psychiatry* 1988;145 (12):1532-7.
19. Siris SG, Bermanzohn PC, Mason SE, Shuwall MA. Maintenance imipramine therapy for secondary depression in schizophrenia. A controlled trial. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51(2):109-15.
20. Kramer M. S, Vogel WH, DiJohnson C, Dewey DA, Sheves P, Cavicchia S, et al. Antidepressants in «depressed» schizophrenic inpatients. A controlled trial. *Arch Gen Psychiatry* 1989;46(10):922-8.
21. Bartels SJ, Drake RE. Depressive symptoms in schizophrenia: comprehensive differential diagnosis. *Compr Psychiatry* 1988;29(5):467-83.
22. Siris SG. Depression in Schizophrenia. En: Shriqui CL, Nasrallah HA, editores. *Contemporary Issues in the treatment of schizophrenia*. Washington: American Psychiatry Press; 1995;p.155-68.
23. Koreen AR, Siris SG, Chakos M, Alvir J, Mayerhoff D, Lieberman J. Depression in first-episode schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1993;150(11): 1643-8.

24. Consenso Español sobre Evaluación y Tratamiento de la Esquizofrenia: Sociedad Española de Psiquiatría; 1998.
25. House A, Bostock J, Cooper J. Depressive syndromes in the year following onset of a first schizophrenic illness. *Br J Psychiatry* 1987;151:773-9.
26. Johnson DA. The significance of depression in the prediction of relapse in chronic schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1988;152:320-3.
27. Johnson DA. Studies of depressive symptoms in schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1981;139:89-101.
28. Mandel MR, Severe JB, Schooler NR, Gelenberg AJ, Mieske M. Development and prediction of postpsychotic depression in neuroleptic-treated schizophrenics. *Arch Gen Psychiatry* 1982;39(2):197-203.
29. Roy A. Depression, attempted suicide, and suicide in patients with chronic schizophrenia. *Psychiatr Clin North Am* 1986;9(1):193-206.
30. Birchwood M. Depression and suicidal thinking in psychosis: a cognitive approach. En: Wykes T, Tarrier N, Lewis S, editores. *Outcome and Innovation in Psychological Treatment of Schizophrenia*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd; 1998;p.81-100.
31. Drake RE, Cotton PG. Depression, hopelessness and suicide in chronic schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1986; 148:554-9.
32. Caldwell CB, Gottesman II. Schizophrenics kill themselves too: a review of risk factors for suicide. *Schizophr Bull* 1990;16(4):571-89.
33. Cohen LJ, Test MA, Brown RL. Suicide and schizophrenia: data from a prospective community treatment study. *Am J Psychiatry* 1990;147(5): 602-7.
34. Drake RE, Gates C, Cotton PG. Suicide among schizophrenics: a comparison of attempters and completed suicides. *Br J Psychiatry* 1986;149:784-7.
35. Herz MI, Melville C. Relapse in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1980;137 (7):801-5.
36. Hirsch SR, Jolley AG. The dysphoric syndrome in schizophrenia and its implications for relapse. *Br J Psychiatry Suppl* 1989;(5):46-50.
37. Birchwood M, Iqbal Z, Chadwick P, Trower P. Cognitive approach to depression and suicidal thinking in psychosis: I. Ontogeny of post-psychotic depression. *Br J Psychiatry* 2000;177 (6):516-528.

38. Moiler HJ, von Zerssen DV. Depressive Symptomatik im Stationären Behandlungsverlauf von 280 schizophrenen Patienten. *Pharmacopsychiatria* 1981;14 (5):172-9.
39. Johnson DA. Depressions in schizophrenia: some observations on prevalence, etiology, and treatment. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1981;291: 137-44.
40. Álvarez E. Sintomatología depresiva en la esquizofrenia. En: Gutiérrez M, Ezcurra J, Pichot P, editores. *Esquizofrenia: entre la sociogénesis y el condicionamiento biológico (I)*. Barcelona: Ediciones en Neurociencias; 1995;p.97-106.
41. Harrow M, Yonan CA, Sands JR, Marengo J. Depression in schizophrenia: are neuroleptics, akinesia, or anhedonia involved? *Schizophr Bull* 1994;20(2):327-38.
42. Hirsch SR, Jolley AG, Barnes TR, Liddle PF, Curson DA, Patel A, et al. Dysphoric and depressive symptoms in chronic schizophrenia. *Schizophr Res* 1989;2(3):259-64.
43. Hogarty GE, Munetz MR. Pharmacogenic depression among outpatient schizophrenic patients: a failure to substantiate. *J Clin Psychopharmacol* 1984;4(1):17-24.
44. Roy A, Thompson R, Kennedy S. Depression in chronic schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1983;142:465-70.
45. Siris SG, Strahan A, Mandeli J, Cooper TB, Casey E. Fluphenazine decanoate dose and severity of depression in patients with post-psychotic depression. *Schizophr Res* 1988;1 (1): 31-5.
46. McGlashan TH, Carpenter WT, Jr. An investigation of the postpsychotic depressive syndrome. *Am J Psychiatry* 1976;133(1):14-9.
47. Birchwood M, Mason R, MacMillan F, Healy J. Depression, demoralization and control over psychotic illness: a comparison of de-pressed and non-depressed patients with a chronic psychosis. *Psychol Med* 1993;23(2): 387-95.
48. Klein DF. Endogenomorphic de-pression. A conceptual and terminological revision. *Arch Gen Psychia-try* 1974;31(4):447-54.
49. Birchwood M, Iqbal Z, Chadwick P, Trower P. Cognitive approach to depression and suicidal thinking in psychosis: 2. Testing the validity of a social ranking model. *Br J Psychiatry* 2000;177(6):522-528.
50. Carpenter WT, Jr, Heinrichs DW, Wagman AM. Deficit and nondeficit forms of schizophrenia: the concept. *Am J Psychiatry* 1988;145(5):578-83.

51. Andreasen NC. Negative symptoms in schizophrenia: definition and reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1982 (145):784-8.
52. Siris SG. Depression and Schizophrenia. En: Hirsch SR, Weinberger DR, editores. *Schizophrenia*. Oxford: Blackwell Science Ltd; 1995; p.128-45.
53. Van Putten T, May RP. «Akinetic depression» in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1978;35(9):1101-7.
54. Apiquián R., Nicolini H., Ortega-Soto H. Estudio comparativo de pacientes Esquizofrénicos con y sin Depresión. *Salud Mental* 2001 (24) No.5: 25-29.
55. Apiquián R., Nicolini H., Ortega-Soto H. Validez Y reproductibilidad de una escala para Evaluar la depresión en pacientes esquizofrénicos. *Salud Mental* 1994, (17) No. 3: 7-14.
56. John McClellan MD., John Werry. Parámetros Prácticos Para la Evaluación y Tratamiento de Niños y Adolescentes con Esquizofrenia. *J. Am. Acad. Child Adolescent Psychiatry. Supplement*, July, 2001.
57. Fred R. Volkmar. MD. Psicosis en la Infancia y la Adolescencia, Una Revisión de los Últimos 10 años. *J. Am. Acad. Child Adolescent Psychiatry*. 35:7, july, 1996.
58. Werry JS. Childhood Schizophrenia. En: Volkmar FR eds. "Psychoses and Pervasive Developmental Disorders in Childhood and Adolescence". American Psychiatric Press, Inc. Washington, 1996; p: 1-48.
59. Alaghband-Rad J, McKenna K, Gordon CT, Albus KE, Hamburger SD, Rumsey JM, Frazier JA, Lenane MC, Rapoport JL. Childhood-Onset Schizophrenia: the severity of Premorbid Course. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1995; 34(10): 1273-1283.
60. Tompson M, Asrnaw JR, Goldstein MJ, Miklowitz DJ. Thought disorder and communication problems in children with schizophrenia spectrum and depressive disorders and their parents. *Journal of Clinical Child Psychology* 1990; 19(2): 159-168.
61. Gordon P. et al. Gender and Age at Onset in Schizophrenia. Impact of Family History. *American Journal Of Psychiatry*, (1995); 152: 208-212.
62. Gureje O. Gender and Schizophrenia: Age at Onset and sociodemographic attributes. *Acta Psychiatrica Scandinava*, (1991); 83: 402-405.
63. Otero Gerardo, Franco Francisco, Rojas Carmen. Depresión en pacientes con Esquizofrenia (Tesis para titulación en Psiquiatría). Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez", México, 2003.