

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO “FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ S.S.”

**ANÁLISIS DE LA CONFIABILIDAD INTER-EVALUADOR DE LA
ESCALA CALGARY PARA DEPRESIÓN EN ESQUIZOFRÉNICOS**

TESINA PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA

PRESENTA

DR. SAÚL BUSTILLOS OLIVA.

ASESOR DE TESIS: DR. RAFAEL SALIN PASCUAL

MÉXICO, D.F. 1995



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

Antecedentes	2
Marco Teorico	9
Planteamiento del Problema	13
Objetivos	13
Metodología	13
Resultados	14
Bibliografía	18
Anexos	19

ANTECEDENTES.

Kraepeling estableció en 1986, la diferencia entre demencia precoz y locura maniacodepresiva. Desde entonces ha existido el interés en la clasificación de los trastornos depresivos, y su relación con lo que se llamó demencia precoz.

Bleuler llamó esquizofrenia (mente hendida) a este cuadro clínico, debido a que consideraba que la esencia de la enfermedad, estriba en una alteración de las facultades mentales superiores, que da como consecuencia la pérdida de las mismas (coherencia entre el pensar y el sentir); la aparición de significados simbólicos, de los objetos propios y únicos del paciente y la creación de un mundo autístico desconectado del mundo real, para Bleuler, la ambivalencia, la pérdida de las asociaciones en el pensamiento, el aplanamiento afectivo y el autismo, constituyen los síntomas fundamentales o primarios de la esquizofrenia, ya que parte de la pérdida de la unidad de la vida psíquica, que ocurre como un proceso a lo largo de la vida, y no como algo que aparece de manera repentina, como sucede en la ideación delirante, las alucinaciones, la agitación psicomotriz y la conducta extraña, a los que considera síntomas secundarios o accesorios: “el vacío creado por el Síndrome de disociación, tiende a transformarse en una producción delirante positiva, también de un estilo particular que es el delirio autístico o autismo”.

Freud, explicó psicodinámicamente estos puntos o síntomas primarios; mediante la teoría de la regresión de la catexia, que propone que en este padecimiento, la libido es retirada de los objetos y convertida en libido narcisista, y como consecuencia el mundo y los objetos dejan de parecer reales, vivos o simplemente, dejan de existir, este proceso produce la ruptura con la realidad, y da lugar a síntomas que se refieren a una alteración del enfermo en relación con la percepción del mundo externo y de la gente que en él se encuentra, sensación de que todo está cambiando, de que el mundo y las personas pierden la vida y el interés que antes tenían, quedando vacío y carentes de sentido, lo que da lugar al pensamiento autístico. Las ideas delirantes megalomaniacas, de persecución, alucinaciones y trastornos del pensar son síntomas a través de los cuales, el enfermo trata de recuperar en algo el mundo de los objetos, pero solo lo consigue de una manera distorsionada, inapropiada y en esencia delirante (2).

En el siglo XVIII, Huglings Jakson creó el constructo de síntomas negativos y positivos en los trastornos neurológicos, y lo planteó también en relación a la génesis de los trastornos psiquiátricos, la utilidad práctica del concepto de síntomas positivos y negativos; radica en que abre la posibilidad de identificarlos y estudiarlos sistemáticamente, y de crear escalas que permiten distinguirlos y medirlos; en la psiquiatría actual, se consideran como síntomas positivos al trastorno formal del pensamiento, las alucinaciones, las ideas delirantes y la conducta extraña (4).

A partir de los síntomas negativos; Crow definió el Síndrome esquizofrénico tipo II en 1980, Andersen y Olsen el estado negativo; y Carpenter el estado de déficits (pobre competencia social y bajo aprovechamiento educacional) en 1988. Estos en que frecuentemente, ocurre una depresión junto con síntomas primarios o fundamentales de la esquizofrenia, y se estima que la prevalencia de esta combinación es muy variable debido a la dificultad para separar claramente los síntomas depresivos de los síntomas negativos; ya que también en la depresión existe anhedonia, pobreza de discurso, de voluntad de acción y de cognición (9).

La sintomatología depresiva puede ocurrir con el contexto de la sintomatología psicótica manifiesta, pero también ocurre en periodos en que el paciente no está francamente psicótico.

En el boletín de esquizofrenia 17/1 de 1991, se examina la relevancia del síndrome de depresión secundaria en esquizofrenia, debido a que puede relacionarse con cuestiones demográficas, sintomáticas, biológicas y terapéuticas, que dan un valor primordial al realizar el diagnóstico diferencial de ésta entidad; e incluso la consideran como candidata a categoría diagnóstica en el DSM-IV (3).

Estudios recientes señalan que cuando ocurre depresión después de controlada la psicosis tiene un pronóstico menos favorable; esto es, que pacientes que manifiestan depresión secundaria en esquizofrenia, tienen una mayor probabilidad de recaer en psicosis (3).

La prevalencia de la depresión secundaria a esquizofrenia, es en un rango de 13 a 60 %, y al parecer los esquizofrénicos con síntomas negativos tienen mayor riesgo; por lo que tiene valor pronóstico diagnosticar esta entidad nosológica (8).

Hay varios trabajos que proponen que, a pesar de la variabilidad en el inicio y el grado en el cual los esquizofrénicos pueden mostrar el trastorno depresivo, existe un continuo de ánimo deprimido en estos pacientes (5).

Además de la complicación de recaída, está documentado que el suicidio es la causa del 10% de muerte en esquizofrénicos que tienen historia de episodios depresivos; o han mostrado depresión en su última entrevista, y se correlaciona más con la desesperanza y los aspectos psicológicos de la depresión, que con las características vegetativas de la misma (3).

Addigton reportó una muestra de 50 sujetos que llenaban los criterios de DSM-III para esquizofrenia, en la que se examinaron las relaciones entre síntomas y pensamientos e intentos suicidas, valorados a la semana de su internamiento y después de seis meses. Al momento de la admisión, los intentos suicidas estuvieron asociados a depresión recurrente, el sexo femenino, la baja educación y las hospitalizaciones frecuentes; la asociación con depresión se mantuvo durante el seguimiento.

Los pensamientos suicidas recurrentes, se asociaron con depresión en varios momentos de la valoración, pero también con los síntomas negativos en el momento 2; y con las ideas delirantes y las alucinaciones en el momento 1, por lo que se considera que estos hallazgos refuerzan reportes anteriores de asociación entre depresión e intento suicida.

Se ha encontrado una buena correlación entre depresión postpsicótica en esquizofrenia, y una adaptación premorbida pobre con rasgos esquizoides o neuróticos, un principio insidioso de los episodios psicóticos y la historia de la pérdida parental más temprana (3).

El síndrome residual se relaciona con el síndrome de síntomas negativos y por extensión con el síndrome de depresión secundaria; los síntomas residuales son síntomas negativos que perduran y no responden a psicofármacos típicos y tratamientos, por lo que la presentación de un cuadro clínico de depresión secundaria, nos cuestiona si el paciente actualmente tiene esquizofrenia o una fórmula de trasfondo afectivo bipolar (3).

Dow Jhonson del Hospital Universitario del Sur de Manchester, realizó un seguimiento prospectivo en dos grupos distintos de pacientes esquizofrénicos crónicos, manteniéndolos con farmacoterapia; y concluyó que el desarrollo de depresión, después de un intervalo de un año de recuperación de la psicosis, indicaba un aumento en el riesgo de recaídas, en un plazo de dos años, comparado con depresión aparecida durante el primer año o en ausencia de depresión (7).

Becher, realizó una revisión de la literatura; y notó que faltaban criterios diagnósticos probados, lo que ha provocado dificultad para evaluar la prevalencia de la combinación de los dos síndromes y su asociación con características, como su funcionamiento psicosocial débil, recaídas de psicosis y suicidio, y considera que el manejo clínico se debe dirigir a los factores de riesgo de recaídas y suicidios (12).

Levy y col., 1984 (3), encontraron que 10 de 12 hombres con cocientes ventrículo-cerebro mayores de 8.4% tuvieron un intento suicida, en comparación con 2 de 20; en éste índice menor de 8.4% que no lo tuvieron. Se ha sugerido que en la depresión existe una suspensión anormal del cortisol a la administración de dexametazona en pacientes esquizofrénicos; y hay reportes que sugieren que pacientes con síntomas negativos presentan en mayor proporción no supresión, sin embargo; Minas y Col., (11) estudiaron esquizofrénicos, en los que realizaron la prueba de supresión a la dexametazona, y aplicaron escalas de depresión y escala de síntomas negativos y positivos en dos etapas de episodio agudo; después de dos semanas de la primera administración, y en la semana previa al egreso del hospital; y no encontraron asociación entre la depresión y la no supresión del cortisol, o entre síntomas negativos y positivos; y la no supresión del cortisol en la etapa temprana, ni en la etapa tardía del episodio agudo y concluyeron que la prueba de supresión a la dexametazona carece de utilidad clínica, para identificar la depresión que ocurre comúnmente en la esquizofrenia. Como dato de interés se sabe que los parkinsonianos anticolinérgicos son capaces de interferir en la supresión del cortisol a la dexametazona (3).

Se han encontrado niveles elevados de actividad del MOA plaquetaria, en esquizofrénicos con depresión, comparados con normales y con esquizofrénicos no deprimidos (3).

En los esquizofrénicos con depresión secundaria, existe una predisposición genética; una evidencia es el hecho de tener parientes en primer grado de con depresión unipolar; y otra que los neurolépticos se asocian mas con la emergencia de síntomas depresivos en esquizofrénicos con parientes deprimidos. Esta depresión farmacogenética parece estar asociada con la aparición de efectos extrapiramidales tales como la aquinesia (3).

Los neurolépticos controlan la psicosis en la fase aguda de la esquizofrenia, y sirven como profilácticos en el tratamiento extrahospitalario, pero por otro lado,

esto medicamentos producen síntomas extrapiramidales incluyendo a la disquinesia tardía, la aquinesia o pérdida de espontaneidad, y la falla para iniciar o mantener actividades con la consecuente anergia y anhedonia que simula una depresión, además la acatimia se acompaña de disforia intensa y se ha asociado al suicidio, pero que cuando es sutil, presenta problemas diagnósticos con la depresión (3).

Emerich y Sanberg (6), citan observaciones clínicas e investigaciones con animales, las cuales señalan que los neurolépticos, contribuyen al desarrollo de síntomas depresivos en esquizofrénicos y otros pacientes psicóticos. Otros investigadores, han encontrado evidencia de un cierto porcentaje de esquizofrénicos que experimentan disforia o síntomas semejantes a la depresión, durante el periodo agudo o postpsíquico inmediato, y han cuestionado sobre si esta disforia, es una manifestación afectiva o una reacción experimental (extrapiramidal).

V. Chowdary Jampla y col., en una revisión realizada, encontraron una importante asociación de esquizofrenia con trastornos afectivos (21), y en otro estudio de Odett Pelaez, encontró que la depresión secundaria se asocia muy frecuentemente a varios trastornos psiquiátricos, siendo uno de los más frecuentes la esquizofrenia (22).

En el análisis longitudinal de los datos de un estudio de seguimiento realizado en Chicago, sugiere que la disforia es frecuentemente, parte de un síndrome depresivo completo, en trastornos del humor como la tristeza, de síntomas vegetativos como insomnio, anorexia, pérdida de peso y fatiga; y de síntomas cognitivos congruentes como el humor, como las ideas suicidas, baja autoestima y desesperanza, a la pregunta de si esta disforia o depresión está limitada al periodo post psicótico inmediato; un número considerable de esquizofrénicos muestra señales de depresión.

Hay datos que sugieren que la depresión post-psicótica está ligada al uso de neurolépticos, como lo de una muestra (6) de pacientes tratados con este tipo de medicamentos, en los que una tercera parte mostró síndrome depresivo, si embargo, no se descarta que pueda aparecer por otras causas.

Además, existe dificultad para la identificación de los efectos colaterales de los fármacos, y es bien conocida la atribución equivocada de efectos colaterales a la enfermedad psiquiátrica primaria de enfermos crónicos. Así, por ejemplo,

elementos de una disquinesia tardía severa pueden ser veces clínicamente confundidos con conducta psicótica regresiva; y la acaticia puede ser tratada como ansiedad o aún como ansiedad psicótica, con consecuencias desastrosas para el paciente (6).

Varios autores (3), han efectuado varios tipos de estudios para determinar si lo que consideran síntomas depresivos son causados o no por los neurolépticos:

- En un cuadro de psicosis aguda, donde existe sintomatología depresiva poco obvia por lo florido de la psicosis, administraron un neuroléptico, y este disminuyó la sintomatología psicótica y también la depresiva.
- Se comparan pacientes tratados con neurolépticos y pacientes no tratados con estos medicamentos, y se encuentra una frecuencia mayor de los no tratados. Ya Robertson y Timble (3) en 1982, habían encontrado que los neurolépticos tienen un efecto terapéutico potencial en la depresión psicótica o la depresión agitada.
- En pacientes esquizofrénicos tratados con dosis bajas de neurolépticos que tenían depresión, no se encontró relación entre la gravedad del trastorno afectivo y la dosis; y del nivel en plasma y en el líquido cefalorraquídeo del neuroléptico (3).

Se considera que los antidepresivos no tienen valor en esquizofrénicos que no presentan depresión secundaria, o que manifiestan sintomatología depresiva, solo en el contexto del episodio psicótico, por lo que hallazgos de eficacia de estos medicamentos en la depresión secundaria, constituirían una justificación de utilidad clínica, para identificar este síndrome y aunque no es concluyente, existen reportes (3) de que los triciclos combinados con los neurolépticos, pueden ser útiles al menos para el grupo de esquizofrénicos con depresión secundaria; no hay reportes con IMAO o litio. La depresión asociada con esquizofrenia puede mejorar con antiparkinsonianos, pero en estos casos el síndrome se consideró en retrospectiva, mas como aquinecia producida por neurolépticos que por depresión en sí (3).

Es importante hacer el diagnostico entre depresión y otras entidades nosológicas:

- Medicas: alcoholismo, abuso de sustancias, otras causas orgánicas de depresión.
- Medicamentos que causan depresión como antihipetensivos.

- Relación de decepción o frustración, ya que los esquizofrénicos relacionan con disforia ante un padecimiento y por su falta de habilidad social, o por el uso que hace de cambios idiosicátricos para comunicarse, es particularmente difícil distinguir decepciones de depresión.
- Síndrome de desmoralización; provocado por el hecho de que los esquizofrénicos sienten que sus vidas no progresan satisfactoriamente, y desarrollan un síndrome crónico de desaliento que responde a la intervención psicosocial y no a fármacos.
- Síndrome hipoquinético, que incluye actividad motora retardada y dificultada para iniciar y mantener el movimiento, anhedonia con animo deprimido, aplanamiento afectivo y alteración cognitiva que se confunde con la depresión y los síntomas negativos de la esquizofrenia y esta producida por los neurolépticos (10).

Aun cuando los criterios iniciales para identificar el síndrome de depresión no son perfectos, dan lugar para empezar a aprender sus límites, su trabajo con otros síndromes y su papel correcto en su entendimiento de la fenomenología clínica. Además de que el único modo de conocer la depresión secundaria es estudiándola e identificándola (3).

MARCO TEÓRICO.

La mayoría de las escalas que miden síntomas negativos; siguen el concepto bleureriano de “síntomas cardinales” y conductualmente valoran los trastornos en las áreas de negativo: trastorno formal de pensamiento, alogia, afecto aplanado, anhedonia, falta de voluntad, e inatención. En un inicio considerados como patognomónicos de esquizofrenia, ahora se cuestiona la especificidad y la significancia de estos síntomas negativos en el diagnóstico de dicha enfermedad, porque se ha demostrado que ocurre también en la depresión (4).

Un método válido para valorar la depresión; podría ser combinar evaluaciones enfocadas desde diferentes puntos de vista. Lindermayer y col., (9) realizaron un estudio de 26 pacientes esquizofrénicos hospitalizados, utilizando tres formas de aproximación: 1) autoevaluación (estado de ánimo subjetivo); 2) evaluación clínica (estado afectivo); y 3) evaluación del observador (manifestaciones conductuales). Dentro de las escalas, se incluyó a la escala de Hamilton para depresión y se observó, que estas tres estrategias se traslaparon en algún aspecto, pero dieron información independiente sobre la depresión en la esquizofrenia.

Con respecto a la relación entre síntomas negativos y depresión, se han reportado varios grados de traslape sindromático, estudios que examinan las categorías sugieren que la depresión y los síntomas negativos son entidades independientes, o más aun se correlacionan negativamente, sin embargo, investigaciones recientes, que investigan más específicamente las categorías de síndromes y de depresión, revelan que hay una asociación compleja que sugiere heterogeneidad de categorías afectivas en la esquizofrenia.

Kulhara y col.; (4) encontraron una asociación moderada entre medidas globales de síntomas negativos y categorías de depresión, pero al examinar los síntomas nucleares progresivos (ánimo deprimido y culpa); no se pudo demostrar una relación con los síntomas positivos. Caig y col., (15) usando la escala de Hamilton para depresión entre otros instrumentos, intentaron caracterizar la naturaleza variada de las categorías del efecto esquizofrénico, y a pesar de la heterogeneidad de las categorías afectivas, el estudio de Craig, encontró una relativamente clara entre la depresión y los síntomas negativos. Utilizando una metodología similar pero con diferentes instrumentos de categorización del afecto,

Lindermayer y Caig (16), encontraron tres dimensiones efectivas: inconexión emocional, inexpresividad afectiva y efecto inapropiado (denotado pobre modulación afectiva), sus dos primeros factores se correlacionan fuertemente con síntomas negativos, pero también en forma débil con un factor de depresión de la escala de síntomas positivos y negativos, mientras que el tercer factor fue distinto a dicho síntoma.

Las investigaciones que han evaluado la relación, entre los síntomas positivos y negativos, mientras que el tercer factor fue distinto a dichos síntomas. (3er síntoma la depresión en esquizofrenia), lo han hecho con instrumentos de categorización, empleado para medir cada uno de estos constructor por separado, hay estudios que utilizaron escalas específicas de síntomas negativos como Sanz y otros, (18) que utilizaron escalas para depresión como el HAM-D, mientras que el SANS y los similares instrumentos se desarrollaron prospectivamente y se destinaron para unirse en poblaciones esquizofrénicas, los instrumentos de categorización depresiva como HAM-D fueron específicamente diseñados y validados en poblaciones de depresivos, no esquizofrénicos; sin embargo, HAM-D sigue siendo una de las escalas de depresión más utilizadas en la esquizofrenia, a pesar de su uso destinado en deprimidos y de la escasez de estudios dirigidos a revisar la significancia de un instrumento, que fue diseñado para un grupo afectivo homogéneo como los deprimidos, que se usa en una población que no es homogénea, con respecto al efecto como los esquizofrénicos. A este respecto Golman realizó un estudio que contiene 3 partes:

- 1) Examen empírico del resultado de categorías depresivas en esquizofrénicos, utilizando HAM-D.
- 2) Examen de grupo de relaciones entre síntomas negativos y depresión.
- 3) Evaluación del grado en el cual los neurolépticos producen cambios en las categorías de depresión y de síntomas negativos.

Los resultados confirmaron la existencia de múltiples dimensiones del efecto en esquizofrénicos, con los estudios originales de Hamilton con la escala ideada por él, en una población deprimida, también encontró varias dimensiones del humor que ordenó de acuerdo a las nociones esperadas de depresión; núcleos depresivos (culpa, humor depresivo y suicidio) ansiedad, insomnio y factor somático, en esta muestra esquizofrénica el núcleo depresivo y el sondeo post tratamiento dieron validez al tratamiento; la estructura del HAM-D en la línea basal

y después del tratamiento, reveló que esta escala fue sensible a otros elementos de la esquizofrenia como agitación, disfunción somática y síntomas negativos; y a pesar de que la sintomatología disminuyó significativamente con los neurolépticos, continuó la depresión nuclear estudio hecho por Knights (19), Siris (20) y Green (21), examinan el fenómeno de la depresión postpsicótica, lo que fue apoyado por el estudio de Golman.

Newcomer, planteó que existe correlación significativa entre algunas características de la depresión en la escala de Hamilton y los síntomas depresivos, en el BPRS y también que ocurre correlación entre depresión y varios síntomas parkinsonianos en pacientes medicados, lo que abrió la posibilidad de que la correlación entre depresión y síntomas negativos sea aparente, y este medida por efecto de los neurolépticos.

Para corroborar sus planteamientos; Newcomer (8) ideó un estudio en el que se retiraron los neurolépticos dos semanas antes de la evaluación, se compararon los aparatos de depresión de HAM-D y BPRS y se valoró el grado de asociación, entre síntomas negativos medidos por BPRS y los síntomas depresivos medidos por HAM-D y quedaron agrupados de la siguiente manera:

- **BPRS-DEP:** Humor depresivo, culpa, ansiedad y preocupación somática; que formaron un factor denominado depresión ansiosa, relacionado con los apartados de depresión BPRS.
- **BPRS-NEG:** Afecto aplanado, retiro emocional, retardo motor que formaron un factor denominado Retiro-retardado, relacionado íntimamente con SANS.
- **HAMILTON-D:** Trabajo/actividades, retardo, ánimo depresivo, ansiedad psíquica. Ansiedad somática, hipocondriasis y culpa.

En este estudio se encontró un grado de significado de asociación, entre las medidas de depresión de BPRS-DEP; y también se correlacionó significativamente la puntuación total del BPRS con lo que aumentó la probabilidad de que la depresión se relacione con la severidad global de la enfermedad en esta muestra, no hubo una correlación entre la puntuación global de Hamilton-D y BPRS-DEP y BPRS-NEG. Lo que sugiere que respecto a estas medidas la depresión y los síntomas negativos son distintos.

En un estudio previo (22) con pacientes medicados, se traslaparon los apartados de Hamilton con los síntomas negativos en trabajo/actividades y retardo motor, lo

que sugiere que la disminución de la libido puede estar íntimamente afectada por la medicación y que su relación aparente con síntomas negativos es un artefacto. Con el trabajo (22) previo de pacientes medicados, los reactivos de Hamilton que reflejan algunos caracteres cognitivos de la depresión como ánimo deprimido, ideación suicida y culpa no estuvieron significativamente correlacionados con BPRS-NEG, lo que permite concluir, que mientras el efecto depresivo puede distinguirse del afecto aplanado, algunos síntomas son comunes a los estados depresivos y negativos. Los resultados sugieren que los 4 apartados de depresión del BPRS son comparables a los de la más larga y compleja escala de Hamilton y son adecuados para identificar la depresión en esquizofrenia, con la ventaja de no tener que usar varios instrumentos de clasificación que podían crear conflicto en la interpretación de datos, también se pudo concluir, que es posible valorar independientemente los síntomas depresivos y los negativos, aunque algunas características son comunes a ambos, como el retardo motor y la disminución trabajo/actividades, después de eliminar los efectos neurolépticos que causaban confusión. En cuanto a la disminución de la libido, establecen los autores que probablemente, este síntoma tan común en la esquizofrenia se pueda tratar mediante un cambio de neuroléptico.

Por la importancia pronóstica y terapéutica de la depresión y su detección en esquizofrenia, dado el hecho de que se ha investigado, utilizando escalas diseñadas en poblaciones que son homogéneas en cuanto a depresión, en el presente trabajo se utiliza la escala Calgary, que fue estructurada para pacientes esquizofrénicos, con la finalidad de distinguir el síndrome depresivo de otras manifestaciones psicopatológicas de la enfermedad, tanto en estado agudo residual y que se derivó en dos instrumentos ampliamente usados, el presente State Examination y la Hamilton Depression Rating Scale, y cuya confiabilidad y validez se probó en una muestra apareada con técnicas del análisis de factor confirmatorio y análisis discriminatorio (14).

Para detectar la presencia de datos extrapiramidales que pudieran trasladarse con síntomas depresivos, se utilizó la escala de Di Mascio.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Los síntomas negativos de la esquizofrenia, muchas veces enmascaran cuadros depresivos, al igual que la personalidad misma del esquizofrénico, al utilizar escalas validas para detectar depresión en esquizofrénicos, nos da la ventaja de estandarizar los síntomas clínicos y evitar la subjetividad.

OBJETIVOS.

- Análisis de confiabilidad inter-evaluador de la Escala de Calgary para depresión en esquizofrénicos.
- Correlación entre Escala de Calgary y Di Mascio.

METODOLOGÍA.

Los sujetos de estudio fueron 56 pacientes internos en el HPFBA, con la finalidad de tener mas información, se recolectaron datos monográficos; sexo, edad, estado civil, escolaridad y ocupación, se investigó sobre el abuso de drogas como tabaco, cannabis, alcohol y la utilización de otros medicamentos para excluir de la muestra a los que estuvieran tomando fármacos que inducen depresión como los antihipertensivos.

Para la exploración de síntomas depresivos, en una entrevista, dos evaluadores aplicaron la escala de Calgary para depresión en esquizofrenia, calificándola por separado para tener un parámetro de comparación que diera idea para la reproducibilidad de la prueba.

También se aplicó la escala Di Mascio para los síntomas extrapiramidales que pudieran estarse traslapando con los síntomas depresivos.

El análisis estadístico se hizo mediante la correlación de Pearson y la T de Student para medias repetidas.

RESULTADOS.

Se incluyeron 56 pacientes, 51 con Dx de esquizofrenia y 5 con Dx de trastorno esquizoafectivo, según criterios del DSM III-R.

Del sexo masculino fueron 40 pacientes (71.4%) con edad promedio de 35.7 años, sus grados de escolaridad predominante fueron 15 (37.5%) con primaria completa y 12 (30%) con secundaria incompleta, en cuanto al estado civil 31 (77.5%) eran solteros y 9 (22%) eran casados, 17(42%) tenían actividad remunerada y 23 (37.5%) no la tenían, del sexo femenino fueron 16 pacientes (28.5%), con edad promedio de 40.6 años, su escolaridad predominante fue 5 (81.2%) con primaria incompleta y 6 (37.5%) con primaria completa, de ellas 9 (56%) eran solteras y 7 (43.7%) eran casadas, de la muestra general 29 pacientes, utilizaban Tabaco, con un promedio de 15 cigarrillos al día, solamente 6 pacientes usaban cannabis y 5 pacientes alcohol, los neurolépticos más utilizados fueron fentiazinas y piperazinas, trifluoperazina y perfenazina (39%) seguidos de haloperidol (12.5%). La dosis promedio expresada en miligramos de haloperidol fue de 7.9 mg al día; 39 pacientes recibían biperidem y 6 trihexyfenidilo a dosis media de 3.4 mg al día. Además de los neurolépticos y anticolinérgicos, 20 pacientes tomaban carbamazepina como regulador del afecto y 4 tenían indicada amitriptilina 75 mg al día

TABLA 1

SEXO	MASCULINO	FEMENINO
Nº DE PACIENTES	40 (31%)	16 (28.5)
EDAD PROMEDIO	35.7 AÑOS	40.6 AÑOS
ESTADO CIVIL		
SOLTEROS	31 (77.5%)	9 (56.2%)
CASADOS	9 (22.5%)	7 (43.7%)
ESCOLARIDAD PREDOMINANTE:		
PRIMARIA INCOMPLETA	15 (37.5%)	5 (31.2%)
PRIMARIA COMPLETA	12 (30%)	6 (37.5%)
SECUNDARIA INCOMPLETA		

OCUPACIÓN		
NO REMUNERADA	23 (57%)	12 (75%)
REMUNERADA	17 (42%)	4 (25%)

TABLA 2: MEDICAMENTOS UTILIZADOS

	NLPMG	ACHMG	BZDMG	CBZMG
Nº DE CASOS	55	45	20	10
DOSIS MÁXIMA	35.0 mg/d	10.5 mg/d	15.0 mg/d	600 mg/d
DOSIS MÍNIMA	0.5 mg/d	2.0 mg/d	.05 mg/d	200 mg/d
DOSIS MEDIA	7.9 mg/d	3.4 mg/d	3.5 mg/d	400 mg/d

La frecuencia de los diferentes tipos de esquizofrenia encontrados fue la siguiente:

PARANOIDE	23 PACIENTES	41.07 %
INDIFERENCIADA	19 PACIENTES	33.93 %
RESIDUAL	8 PACIENTES	14.29 %
DESORGANIZADA	1 PACIENTES	1.79 %
TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO	5 PACIENTES	8.93 %

La correlación de Pearson entre las escalas de Calgary y Di Mascio fue de:

$$r = 0.268$$

$$r = 0.07$$

$$p = 0.098$$

Por lo que 7% de la varianza de Calgary se explica por síntomas extrapiramidales. Con la "T" de Student para la media repetida se encontró que no hay diferencias significativas entre Calgary 1 y 2, ya que la "T" fue de 0.646, lo que no es estadísticamente significativo.

La puntuación mas alta de Calgary f fue de 16 y la de Calgary de 16 y la de Calgary 2 de 15; la mínima fue de 2 de 0.0, la media en Calgary 2 de 15, la media de Calgary 1 fue de 3.0 y en Calgary 2 fue de 3.1.

En cuanto a la escala de Di Mascio, la puntuación máxima fue de 7, la mínima de 0.0, la media de 1.875 y la correlación de Pearson entre Calgary y los mgs; de neuroléptico fue de 0.384.

	CALGARY 1	CALGARY 2	DI MASCIO
MÁXIMO	16.000	15.000	7.000
MÍNIMO	0.000	0.000	0.000
MEDIA	3.000	3.143	1.875

Existen numerosas publicaciones que refieren la existencia de depresión postpsicótica en pacientes esquizofrénicos, y la relación con el riesgo de recaídas de psicosis y suicidio, también menciona la dificultad para encontrar categorías diagnósticas que diferencien los síntomas depresivos de los síntomas negativos de la esquizofrenia y de los efectos colaterales de los neurolépticos.

En el presente estudio, se planteó la detección de síntomas depresivos utilizando la Escala de Calgary, cuyos apartados son: humor depresivo, desesperanza autoevaluación, ideas de referencia de culpa, culpa patológica, depresión Matutina, suicidios y datos de depresión observados por el entrevistador, que se califica como:

0-ausente, 1-leve, 2-moderada severa, 3-severa.

Apoya el hecho de que mide depresión, el que incluye apartados semejantes a los de la escala de Hamilton; ánimo deprimido, ansiedad psíquica, culpa a los apartados de depresión observados por el entrevistador de la BPRS, humor depresivo, culpa, ansiedad, los cuales fueron comparados entre sí por Newcomer, quien obtuvo una correlación de 0.64, que estadísticamente es muy significativo.

Los apartados de ánimo depresivo, culpa e ideación suicida, han sido señalados por Golman, como núcleos depresivos que no se modifican, a pesar de disminuir la sintomatología general de los neurolépticos.

Aplicada la escala de Calgary por dos evaluadores, no se obtuvieron diferencias estadísticas significativas entre ellos, lo que indica que esta escala es reproducible cuando se aplica a pacientes esquizofrénicos.

La dosis media de la escala de neuroléptico fue de 7.9 mgs al día y la correlación de

Pearson. La puntuación media de la escala de Di Mascio fue de 1.875, lo que sugiere que la prevaencia de síntomas extrapiramidales de esta muestra fue baja.

En cuanto a la correlación de Pearson entre el Calgary y la escala de Di Mascio, se encontró que el 7% de la varianza del Calgary se explica por los síntomas

extrapiramidales, es decir que los datos no son debidos a efectos colaterales de los neurolépticos, sino a depresión.

Se puede concluir, que la escala de Calgary es reproducible para medir depresión en esquizofrenia por la baja correlación entre la citada escala y la de Di Mascio, se deduce que las puntuaciones, en el Calgary no se debe a los síntomas extrapiramidales producidos por el neuroléptico.

BIBLIOGRAFÍA.

- Bleuler E.: Tratado de psiquiatría: Espasa Calpa. 2 da Edición. Barcelona, 1987; pp. 818-325.
- Corderch, J.: Psiquiatría dinámica. Editorial Herder. 4ta Edición. Barcelona, 1987; pp. 318-325.
- Siris S.: Diagnosis de Secondary Depression in Esquizophrenia Implications for DSM IV: Esquizophrenia Bulletin, 1991. 17 (1) pp. 75-98.
- Kulhara P.: A study of negative symptoms in schizophrenia and depression, comprehensive psychiatry, 28 (3): pp. 229-235.
- Golman R.: Measurement of depression in Esquizophrenia and depression. Psychopathology, 1992. 25, pp. 49-56.
- Harrow M.: Neuroleptic depression in Esquizophrenia. Biological psychiatry, 1991. 30: pp. 844-848.
- Johnson P.: The significance of depression in the prediction of relapse in chronic Esquizophrenia. British Journal of Psychic. 152: pp. 320-323, 1998.
- Newcomer J.: Distinguishing depression and negative symptoms in medicated patient whit Esquizophrenia. Psychiatry research, 1989. 31: pp. 243-250.
- Lindermayer J.: Multivantage assessment of depression in schizophrenia. Comprehensive psychiatry. 33(4): pp. 221-232.
- Bermazon P.: Akinesia, a syndrome common to Parkinson retarted depression and negative symptoms of Esquizophrenia. Comprehensive Psychiatry, 1998. 39 (12): pp. 1269-1275.
- Minas I.: Depression negative and positive symptoms and dst in Esquizophrenia psychiatrys, 1990. 39 (12): pp. 321-327.
- Becher R.: Depression in Esquizophrenia: Hospital community psychiatry, 1988. 39 (12): pp. 1269-1275.
- Addition D.: Attempted suicide and depression in Esquizophrenia: acta psychiatry Scandinavia, 1990. 85 (4): pp. 288-291.
- Craig T.: Measurement of modd and affect in Esquizophrenia in patients: American Journal Psychiatry, 1985. (12): pp. 1272-1277.
- Lindermayer J.: Affective impartment in yug acute. Schizophrenia its structure cause and prognostic: importance, acta psychiatry Scandinavia.

ANEXO

**GUÍA DE ENTREVISTA PARA LA ESCALA DE CALGARY DE DEPRESIÓN PARA
ESQUIZOFRÉNICOS.**

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

ENTREVISTADOR: _____ **FECHA:** _____

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

TOTAL: _____

CALGARY DEPRESSION SCALE, D. ADDINGTON & J. ADDINGTON.

ESCALA DE EVACUACIÓN PARA SÍNTOMAS EXTRAPIRAMIDALES.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ No: _____

FECHA: _____ HORA: _____ EVALUADOR: _____

1. SÍNDROME PARKINSONICO.

A) EXPRESIÓN FACIAL:

0 = normal.

1 = discretamente rígida.

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

3 = cara de mascara.

B) TEMBLOR:

0 = ausente.

1 = temblores finos que pueden suprimirse voluntariamente.

2 = temblores moderadamente dominantes que no se suprimen voluntariamente.

3 = temblores persistentes.

C) AQUINECIA:

0 = ausente

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

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

3 = marcha sumamente rígida y lenta.

D) RIGIDEZ:

0 = tono muscular normal

1 = hipertonía muscular percibida en la flexión pasiva de la muñeca.

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

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

2. ACATICIA

0 = ausente.

1 = el paciente dice que siente el impulso de moverse.

2 = el paciente dice que le es difícil permanecer en su mismo lugar (piernas inquietas).

3 = el paciente no puede permanecer en un mismo lugar (debe moverse alrededor).

3. DISTONIA

0 = ausente

1 = el paciente refiere espasmos ocasionales en ojo, brazos y cuello.

2 = el paciente exhibe poses exageradas, torsiones del cuello, o protrusiones de la lengua. El equilibrio esta alterado pero es controlable.

3 = las posiciones y los movimientos espásmicos, impiden el funcionamiento. La coordinación del equilibrio es incontrolable.

**GUÍA DE ENTREVISTA PARA LA ESCALA DE CALGARY DE DEPRESIÓN PARA
ESQUIZOFRÉNICOS.**

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

ENTREVISTADOR: _____ **FECHA:** _____

	AUSENTE	LEVE	MODERADO	SEVERO
10. DEPRESIÓN	0	1	2	3
11. DESESPERANZA	0	1	2	3
12. AUTODEVALIACION	0	1	2	3
13. IDEAS DE REFERENCIA CULPOSA	0	1	2	3
14. CULPA PATOLÓGICA	0	1	2	3
15. DEPRESIÓN MATUTINA	0	1	2	3
16. DESPERTAR TEMPRANO	0	1	2	3
17. SUICIDIO	0	1	2	3
18. DEPRESIÓN OBSERVADA	0	1	2	3

TOTAL: _____

CALGARY DEPRESSION SCALE, D. ADDINGTON & J. ADDINGTON.