



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”



Protocolo de Investigación:

***IDENTIFICACIÓN DE TRASTORNOS DEPRESIVOS Y RESPUESTA A
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE
ESQUIZOFRENIA EN EL HOSPITAL PSQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO
ÁLVAREZ***

Presenta la Tesis para obtener el diploma de Especialista en Psiquiatría

Laura Bernal Luviano

Asesor Teórico

Dra. Mirian Estrada Martínez

Asesor Metodológico

Dra. Josefina Patricia Anzaldo Juárez

Ciudad de México

2019



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I. AGRADECIMIENTOS

Los primeros en la lista son mis padres, Irma y Jesús, ya que me han brindado su apoyo incondicional desde el primer día que decidí iniciar este camino hacia la medicina y la psiquiatría; papás gracias infinitas, esto no hubiera sido posible sin ustedes.

A mis hermanos por ser mis cómplices, por acompañarme en esas largas noches de estudio, porque son mi motor para ser siempre una mejor profesionalista y persona.

A esos maestros que a lo largo de estos años han ido impulsando mi crecimiento profesional y personal, por ver en mí esa semilla que puede crecer a lugares inimaginables, por confiar en mí cuando ni siquiera yo lo hice.

Gracias a mis asesores de tesis que sin su guía este trabajo no hubiera sido posible.

Y, por último, pero no menos importante, quiero agradecer a todos esos amigos, compañeros de vida, que a pesar de la distancia han estado presentes sabiendo escuchar cuando lo he necesitado, haciendo esos días pesados mucho más fáciles de caminar.

II. CONTENIDO

I.	AGRADECIMIENTOS.....	I
II.	CONTENIDO.....	II
III.	LISTA DE CUADROS.....	IV
IV.	GRAFICAS.....	IV
V.	ABREVIATURAS.....	IV
VI.	RESUMEN	V
VII.	INTRODUCCIÓN.....	- 1 -
VIII.	MARCO TEORICO.....	- 2 -
	8.1 Esquizofrenia.....	- 2 -
	• Antecedentes.....	- 2 -
	• Neurobiología de la esquizofrenia.....	- 4 -
	8.2 Depresión.....	- 6 -
	• Neurobiología de la depresión.....	- 6 -
	8.3 Esquizofrenia y depresión.....	- 8 -
	8.4 Estadísticas.....	- 10 -
IX.	METODO.....	- 11 -
	9.1 Justificación.....	- 11 -
	9.2 Planteamiento del problema.....	- 11 -
	9.3 Preguntas de investigación.....	- 12 -
	9.4 Objetivos.....	- 13 -
	9.5 Hipótesis.....	- 14 -
	Tabla 1. Operacionalización de variables.....	- 15 -
	9.6 Muestra.....	- 19 -
	9.7 Sujetos.....	- 19 -
	9.8 Criterios de inclusión.....	- 19 -
	9.9 Criterios de exclusión.....	- 20 -
	9.10 Tipo de estudio.....	- 21 -
	9.11 Instrumento.....	- 21 -
	9.12 Procedimiento.....	- 23 -
	9.13 Consideraciones éticas.....	- 25 -
X.	RESULTADOS	- 27 -

Tabla 2. Comparación de las características demográficas de la población estudiada.....	- 28 -
Figura 1. Puntuación en la escala de depresión de Calgary, durante la intervención.....	- 29 -
Tabla 3. Determinación de depresión mediante la aplicación de la escala de Calgary.....	- 29 -
Tabla 4. Descripción de los antidepresivos utilizados en cada grupo,	- 30 -
Figura 2. Variación de la puntuación de la escala de Calgary durante la intervención, tomando en cuenta a los antipsicóticos como variable de agrupación.....	- 31 -
Figura 3. Variación de la puntuación de la escala de Calgary durante la intervención, tomando en cuenta a los antidepresivos como variable de agrupación.....	- 32 -
Tabla 5. Tipo de antidepresivo utilizado en los pacientes con esquizofrenia paranoide y depresión.....	- 33 -
Tabla 6. Puntuación obtenida en la escala de Calgary, agrupando a los pacientes según su tratamiento antidepresivo	- 34 -
XI. DISCUSIÓN.....	- 35 -
XII. CONCLUSIONES.....	- 37 -
XIII. BIBLIOGRAFÍA	- 38 -
XIV. ANEXOS.....	- 42 -
Anexo 1: Consentimiento informado	- 42 -
Anexo 2: ESCALA DE DEPRESIÓN DE CALGARY (Calgary Depression Scale, CDS).....	- 43 -
Anexo 3: ESCALA DE ADHERENCIA TERAPEUTICA EN PACIENTES CRÓNICOS BASADA EN LOS COMPORTAMIENTOS EXPLICITOS.....	- 48 -

III. LISTA DE CUADROS

Tabla 1. Resumen de resultados

Tabla 2. Tiempo de evolución en tratamiento con inhibidor selectivo de recaptura de serotonina

IV. GRAFICAS

V. ABREVIATURAS

Cie-10: Clasificación internacional de enfermedades, décima edición

DSM-V: Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, quinta edición

HPFBA: Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez

ISRS: Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina

CDS: Escala de depresión de Calgary

PANSS: Escala de los síndromes positivo y negativo

VI. RESUMEN

INTRODUCCIÓN: *Los trastornos afectivos de tipo depresivos son una de las principales comorbilidades en esquizofrenia, sin embargo, son difíciles de diagnosticar ya que los síntomas que los caracterizan pueden confundirse fácilmente con la sintomatología negativa propia de la esquizofrenia. Por esta razón se han creado escalas para facilitar el diagnóstico de trastornos depresivos como la escala de depresión de Calgary. Es importante que, en el momento del diagnóstico de un trastorno depresivo, se inicie un tratamiento lo antes posible, mejorando así el pronóstico del paciente.*

OBJETIVO: *El objetivo general de esta investigación fue iniciar una intervención farmacológica (ISRS) cuando se haya identificado un trastorno depresivo en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, valorándose la mejoría con la Escala de Depresión de Calgary en la consulta externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez en el periodo de julio del 2018 a diciembre del 2018.*

MATERIAL Y METODO: *Se empleó la escala de depresión de Calgary en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que refieran sintomatología afectiva de 2 semanas de evolución, en quienes se inició tratamiento antidepresivo valorando respuesta a este posterior a tres y seis meses de seguimiento por la consulta externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez en el periodo de julio del 2018 a diciembre del 2018.*

RESULTADOS: *En nuestro estudio se incluyeron 30 pacientes, 18 hombres y 12 mujeres. La mayoría de los sujetos evaluados cumplieron con la educación básica. En relación a la ocupación, la mayoría de la población no reportó una ocupación, seguido por oficio, hogar, comerciante y sólo un profesionalista. En cuanto a su estado civil, la mayoría se reportó ser soltero, seguido por casados y por separados y divorciados. La religión católica ocupó el*

primer lugar entre las religiones reportadas por los participantes. Los pacientes atendidos provinieron principalmente del Estado de México y de la Ciudad de México. Al inicio de la intervención, todos los pacientes tuvieron una puntuación en la escala de Calgary compatible con depresión. El porcentaje de pacientes con depresión disminuyó de 100 % a 17% al concluir la intervención. Mostrando diferencias significativas al comparar la proporción de pacientes con depresión al inicio contra la evaluación intermedia ($\chi^2= 17.4$, $p<0.0001$) y contra la evaluación final ($\chi^2= 39.5$, $p<0.0001$).

CONCLUSIONES: *Con este trabajo podemos evidenciar que es posible la presencia de síntomas depresivos en pacientes con esquizofrenia, los cuales mejoran de forma importante posterior al inicio de algún antidepresivo.*

Como se observó no existe predilección por algún antidepresivo específico, pero si deberá ser elegido según comorbilidades del paciente.

PALABRAS CLAVE: *trastorno depresivo, esquizofrenia, escala de Calgary, inhibidores de la recaptura de serotonina.*

VII. INTRODUCCIÓN

Los trastornos afectivos de tipo depresivos son una de las principales comorbilidades en esquizofrenia, sin embargo, son difíciles de diagnosticar ya que los síntomas que los caracterizan pueden confundirse fácilmente con la sintomatología negativa propia de la esquizofrenia. En el año 2017 en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez se valoraron 392 pacientes en el servicio de urgencias con algún trastorno afectivo tipo depresivo y solo el 2% presentaron diagnóstico de trastorno esquizofrénico más un episodio depresivo. Por esta razón se han creado escalas para facilitar el diagnóstico de trastornos depresivos como la escala de Depresión de Calgary. Es importante que el diagnóstico sea oportuno para mejorar el pronóstico del paciente.

Los síntomas afectivos son comunes en la esquizofrenia y pueden afectar en gran medida la calidad de vida de los pacientes. Aunque hay cierto debate sobre la relación entre la psicosis y el estado de ánimo, existe un consenso sobre la urgencia de abordar los síntomas depresivos en la esquizofrenia. Tanto los antidepresivos como los antipsicóticos atípicos pueden tener perfiles de unión al mismo receptor dando a estos últimos agentes cualidades antidepresivas, por lo que pueden ser útiles en el tratamiento de pacientes con esquizofrenia que tienen síntomas de alteraciones en el estado de ánimo prominentes. La propuesta de esta investigación es realizar la escala de depresión de Calgary a pacientes con esquizofrenia que refieran sintomatología afectiva con duración mayor a 2 semanas, iniciando un manejo farmacológico con inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, ya que se ha demostrado que disminuye el riesgo de recaídas; mejorando la respuesta al tratamiento farmacológico, la cronicidad, el deterioro funcional, el riesgo de recaída psicótica y la

hospitalización; y así poder mejorar el funcionamiento social y sobre todo la calidad de vida, que como revisaremos son complicaciones importantes que se presentan en los pacientes con esquizofrenia que cursan con sintomatología afectiva tipo depresiva.

VIII. MARCO TEORICO

8.1 Esquizofrenia

La esquizofrenia es un trastorno mental psicótico que se caracteriza por alteraciones del pensamiento, el estado de ánimo y del comportamiento. Las alteraciones del pensamiento se manifiestan por una distorsión de la realidad, a veces con delirios y alteraciones de la sensopercepción, una fragmentación de las asociaciones, caracterizando un trastorno del habla. Las alteraciones del estado de ánimo abarcan una ambivalencia, con respuestas afectivas inadecuadas (1). El trastorno del comportamiento puede manifestarse por un retraimiento apático o una actividad grotesca. Se caracteriza por síntomas positivos y negativos. Los síntomas positivos incluyen distorsión del comportamiento inferencial (ideas delirantes), la percepción (alucinaciones), el lenguaje y la comunicación (lenguaje desorganizado) y la organización del comportamiento (desorganizado o catatónico). Los síntomas negativos comprenden restricciones del ámbito y la intensidad de la expresión emocional (aplanamiento emocional), de la fluidez y la productividad del pensamiento y el lenguaje (alogia), y del inicio de comportamiento dirigido a un objetivo (abulia) (2).

- Antecedentes

La descripción de la sintomatología psicótica ha existido desde la época de la cultura griega, en donde los médicos llegaron a identificar y describir delirios de grandeza, paranoia, así como un importante deterioro de las funciones cognitivas (3). En la literatura médica árabe

y en la psicológica de la Edad Media se anotaron creencias y comportamientos raros, psicóticos, parecidos a algunos de los síntomas de la esquizofrenia. Por ejemplo, en el Canon de la Medicina, *Avicena* describe un cuadro parecido a los síntomas de la esquizofrenia, al que llamó *yūnūn mufriṭ* (locura grave), y que diferenció de otras formas de locura como la manía, la rabia y la psicosis maniaco – depresiva (4).

Se sabe que Benedict Morel utilizó el término *démence précoce* para describir el deterioro cognitivo observado en los pacientes en quienes este trastorno había comenzado desde la adolescencia, sin embargo, es hasta el siglo XIX cuando la esquizofrenia toma importancia gracias a Emil Kraepelin y Eugene Bleuler, quienes inician el estudio de este trastorno.

Kraepelin retoma el término de Morel traduciéndolo como demencia precoz, uniendo así el cambio cognitivo y el inicio temprano del trastorno en ciertos pacientes. Creando una clasificación de pacientes: demencia precoz, psicosis maniaco – depresiva y paranoia, observando diferencias significativas entre unos y otros.

Bleuler sustituye el término de demencia precoz de Kraepelin utilizando por primera vez el término esquizofrenia refiriéndose a la ruptura que existe entre el pensamiento, las emociones y el comportamiento que se observa en todos los pacientes con este trastorno, haciendo énfasis en que no siempre se desencadenaba un deterioro. Es Bleuler quien identificó los síntomas principales descritos como: trastornos asociativos del pensamiento (asociación laxa), trastornos afectivos, autismo y ambivalencia; describiendo los síntomas accesorios como: alucinaciones y delirios.

Ernest Kretschmer desarrolló la idea de la diferencia entre los tipos constitucionales, siendo las constituciones asténicas, atléticas o displásicas los que con más frecuencia desarrollaban esquizofrenia.

Kurt Schneider aportó la descripción de los síntomas de primer orden, los cuales no eran patognomónicos de la esquizofrenia, pero eran útiles para llegar al diagnóstico, comentó que en caso de no estar presentes el diagnóstico aún se podría realizar con forme a los síntomas de segundo orden.

Karl Jaspers intentó describir el significado psicológico de los signos y síntomas como los delirios y las alucinaciones.

Adolf Meyer quien fue fundador de la psicobiología describió la esquizofrenia como una inadaptación a las tensiones cotidianas. Esta descripción se identificó como reacción esquizofrénica en los años 50's.

- Neurobiología de la esquizofrenia

- Dopamina

La dopamina es uno de los neurotransmisores responsables de la génesis de la enfermedad. La hipótesis original de la esquizofrenia es la existencia de un exceso en la actividad dopaminérgica en el SNC, aunque es importante considerar que éste no es el único mecanismo involucrado, debido a que algunos pacientes son resistentes al tratamiento con antipsicóticos típicos, los cuales bloquean la actividad dopaminérgica. Un mismo sistema de neurotransmisión se puede regular en forma diferente en cada región del SNC; en la esquizofrenia se ha propuesto un estado hipodopaminérgico en la corteza y un estado hiperdopaminérgico en las regiones subcorticales. Se ha demostrado que el decremento en la actividad dopaminérgica en la corteza prefrontal se asocia a un incremento dopaminérgico en los ganglios de la base. Existiendo un incremento en la actividad dopaminérgica prefrontal que reduce los catabolitos dopaminérgicos en el estriado. La dopamina es liberada por dos mecanismos diferentes: 1) una liberación

fásica ocasionada por la despolarización neuronal, y 2) una liberación tónica o constitutiva influenciada por las aferentes de la corteza frontal (5).

- Serotonina

Es difícil considerar la acción de la dopamina sin mencionar su interacción con la serotonina. La serotonina inhibe la liberación de dopamina mediante la hiperpolarización de los somas dopaminérgicos en la sustancia nigra, con lo que bloquea la liberación dopaminérgica en el estriado y corteza. Los síntomas negativos de la esquizofrenia se han relacionado con una reducción en la transmisión dopaminérgica en la corteza prefrontal. Utilizar antagonistas serotoninérgicos facilita la liberación prefrontal de dopamina, lo que disminuye los síntomas negativos. Este mecanismo explica los efectos que producen sobre los síntomas negativos los antipsicóticos atípicos, como la clozapina (5).

- Glutamato

La interacción entre los sistemas dopaminérgicos y glutamatérgicos ha sido ampliamente documentada. El efecto del glutamato sobre la liberación de dopamina ha ocasionado resultados contradictorios, poniendo en evidencia una función dual, excitadora e inhibitoria, sobre la liberación dopaminérgica (5).

- Acido gamma-aminobutírico (GABA)

Las evidencias más directas de una disfunción GABAérgica es la disminución del RNAm responsable de la síntesis de la enzima glutamato descarboxilasa en la corteza cerebral de los pacientes con esquizofrenia y una disminución en la inmunorreactividad para la enzima glutamato descarboxilasa 1 (GAT-1) en la corteza prefrontal (5).

- Receptor NMDA

Los antagonistas NMDA ocasionan una disminución de la excitación tónica sobre las neuronas GABAérgicas, con lo que liberan la acción de las neuronas excitadoras. Esta pérdida de modulación (inhibición) puede ser responsable del estado psicótico que se induce, así como de la citotoxicidad. Al considerar la interacción entre las células glutamatérgicas por medio del receptor NMDA con las células GABAérgicas, se plantea que una disminución (o ausencia congénita) de estas últimas células puede desencadenar estados psicóticos y degeneración neuronal (5).

8.2 Depresión

Los síntomas de un episodio/trastorno depresivo se caracterizan por un estado de ánimo triste la mayor parte del día casi todos los días, disminución en el interés o la imposibilidad para sentir placer en todas o casi todas las actividades, pérdida importante de peso sin hacer régimen o un aumento de peso, alteraciones en el sueño como insomnio o hipersomnia casi todo el día, presencia de agitación o enlentecimiento psicomotriz, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados, disminución en la calidad de pensar o concentrarse, llegando a presentar ideas de muerte o ideación suicida recurrente, dicha sintomatología provocan un malestar significativo en el paciente creando disfunción en algunas áreas importantes para el paciente. (4)

- Neurobiología de la depresión

- Noradrenalina

Se han descrito alteraciones de las aminas, las más importantes son la noradrenalina y la serotonina. La noradrenalina está relacionada con la regulación negativa o la disminución de la sensibilidad de los receptores betaadrenérgico y las respuestas clínicas antidepressivas; también existe implicación de los receptores presinápticos beta 2, ya que su activación disminuye la cantidad de noradrenalina liberada, estos receptores también

están presentes en neuronas serotoninérgicas en donde regulan la cantidad de serotonina liberada. (3). Se ha sugerido una disminución en la liberación o producción de la noradrenalina en individuos deprimidos, lo que señala una desregulación del sistema noradrenérgico que juega un papel importante en la fisiopatología de los trastornos afectivos. Las funciones de la norepinefrina son mediadas por las proteínas de unión de noradrenalina, como los receptores adrenérgicos y los transportadores de noradrenalina (6)

- Serotonina

La serotonina es el neurotransmisor asociado con mayor frecuencia a la depresión. La depleción de serotonina precipita la depresión. El transportador de serotonina (5-HTT) juega un rol importante en la neurotransmisión serotoninérgica por la facilitación de la recaptura de serotonina de la hendidura sináptica. Existe un polimorfismo relativamente común en la región promotora del gen 5-HTT (SLC6A4) resultando dos alelos comunes o variantes: el alelo corto (S) y largo (L). El alelo corto está asociado con una reducción cercana al 50% del 5-HTT disponible (6). Existe un estudio de cohorte realizado por Hariri y colaboradores en donde encontraron que la actividad de la amígdala es afectada por el alelo S del 5-HTTLPR ya que la actividad de la amígdala fue mayor en los portadores del alelo S del 5-HTTLPR en comparación con los homocigotos con el alelo largo (7).

- Dopamina

Aunque la noradrenalina y la serotonina son importantes, también lo es la dopamina ya que se han encontrado niveles bajos de esta en la depresión, se han propuesto dos teorías: una disfunción en la vía mesolímbica dopaminérgica y la hipoactividad del receptor D

de la dopamina. Una región del cerebro que está ricamente inervada por dopamina y que se considera importante en la depresión es la amígdala. (6)

8.3 Esquizofrenia y depresión

Los síntomas afectivos se presentan en hasta 80% de los pacientes con esquizofrenia, siendo de mayor prevalencia la sintomatología depresiva. Pueden presentar desde síntomas depresivos que no completan para un trastorno, hasta un episodio/trastorno mayor (4). Se ha estimado que 60% de los pacientes con esquizofrenia presentan un episodio de depresión mayor durante el curso del padecimiento. Actualmente, en diversos estudios se reporta una incidencia de depresión en la esquizofrenia del 20% al 70% (8).

Existe una superposición entre los diferentes síntomas y puede ser difícil distinguir los síntomas negativos de los síntomas afectivos (9).

Estos síntomas pueden estar presentes en cualquier fase de la esquizofrenia, y cuando llegan a presentarse, casi siempre acompañan a los síntomas psicóticos en la misma intensidad y evolución, esta aparición simultánea de síntomas afectivos y psicóticos ha permitido establecer que los síntomas afectivos preceden a una recaída. Los síntomas característicos que se han encontrado como pródromos de una recaída son la tristeza, sentimientos de culpa, baja autoestima, insomnio y la disminución en la energía y la concentración (10). A estos síntomas se agregan ansiedad, hipervigilancia y aislamiento social.

La depresión en la esquizofrenia se asocia con un mal pronóstico ya que incrementa el riesgo de recaídas, con falta de respuesta al tratamiento farmacológico, una mayor cronicidad y un mayor deterioro funcional de los pacientes con esquizofrenia (8). Los síntomas depresivos en pacientes con esquizofrenia pueden tener consecuencias devastadoras, incluyendo un mayor riesgo de recaída psicótica y hospitalización, peor funcionamiento social y peor calidad de vida en comparación con los pacientes con esquizofrenia que no tienen síntomas

afectivos prominentes (9). En pacientes con riesgo de desarrollar esquizofrenia, los síntomas de depresión y ansiedad pueden predecir un mayor riesgo para el desarrollo posterior de la psicosis y mayor severidad del primer episodio de psicosis (10). Los síntomas depresivos que ocurren durante el episodio psicótico suelen ser susceptibles a tratamiento. La depresión postpsicótica, que ocurre después de un episodio psicótico, puede persistir y empeorar en algunos individuos y a menudo se asocia con un mal pronóstico (12). La falta de insight puede proteger contra la depresión en las primeras etapas de la recuperación de la esquizofrenia y a menudo se ve como una defensa contra la realidad potencialmente devastadora de la enfermedad de una persona. Por lo tanto, es un esfuerzo activo para hacer frente o adaptarse a la angustia (13).

Además de estas aparentes relaciones temporales entre los episodios psicóticos y depresivos, la depresión también puede ocurrir como un efecto secundario del tratamiento antipsicótico (particularmente los antipsicóticos convencionales de primera generación), como resultado del abuso de sustancias o en respuesta a estrés psicológico (14).

Existe un debate en curso sobre la validez del trastorno esquizoafectivo como un diagnóstico distinto y se ha sugerido que el trastorno esquizoafectivo puede ser realmente una comorbilidad de la esquizofrenia y un trastorno del estado de ánimo o una presentación intermedia a lo largo del espectro entre la esquizofrenia y los trastornos del estado de ánimo (15). Otra evidencia de un traslape entre la esquizofrenia y los trastornos del estado de ánimo proviene de estudios de neuroimagen, en donde han demostrado que los patrones de anomalías en las áreas subcortical y cortical son similares entre la esquizofrenia y trastornos del estado de ánimo (16).

Puede ser que la interrupción de un sistema (por ejemplo, dopamina) subyacente a la esquizofrenia tenga efectos descendentes que conduzcan a una regulación errónea de otros

sistemas neurotransmisores (por ejemplo, serotonina) que subyacen a la expresión del síntoma afectivo. Alternativamente, puede haber un factor comúnmente predisponente genéticamente (por ejemplo, catecol-o-metiltransferasa, COMT) o proceso (por ejemplo, metabolismo energético) que conduce a la disfunción de múltiples sistemas simultáneamente (17).

8.4 Estadísticas

Durante el 2017, en el servicio de urgencias del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez se valoraron 392 pacientes que padecían alguno de los diferentes trastornos afectivos de tipo depresivo. De ellos 134 (34%) correspondieron a mujeres y 258 a hombres (66%). Sólo el 8 (2%) de ellos cursaron también con esquizofrenia; 4 mujeres y 4 hombres.

IX. METODO

9.1 Justificación

Los trastornos afectivos y la esquizofrenia se han descrito como dos padecimientos de exclusión mutua en los sistemas diagnósticos y en las clasificaciones de las enfermedades. Sin embargo, recientemente se ha documentado que la depresión se presenta frecuentemente en pacientes con esquizofrenia. Se ha identificado una mayor recaída en pacientes con esquizofrenia que cuentan también con diagnóstico de depresión. Asociados a una menor respuesta al tratamiento farmacológico, mayor cronicidad y deterioro funcional, además de estar relacionado con los factores pronóstico (8). Los síntomas afectivos en la esquizofrenia aumentan el riesgo de suicidio, afectando la calidad de vida (9). Al iniciar tratamiento con ISRS oportunamente cuando se detecta un trastorno afectivo de tipo depresivo en pacientes con esquizofrenia, no solo se mejora el pronóstico del paciente, sino que, se disminuye el gasto monetario si se plantea a largo plazo ya que mejora la respuesta al tratamiento y son menores las recaídas.

9.2 Planteamiento del problema

Como hemos visto en este proyecto los trastornos afectivos de tipo depresivos son una de las principales comorbilidades en pacientes con esquizofrenia, sin embargo, son poco diagnosticados a pesar de contar con las escalas específicas, y suelen ser confundidos con los síntomas negativos de la propia esquizofrenia. Al observar las estadísticas del último año del hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez a nivel urgencias se ha identificado que los pacientes que cuentan con ambos diagnósticos son solo del 2%. Al sub-diagnosticar los trastornos depresivos se omite el inicio de algún antidepresivo causando así una mayor recaída, menor respuesta a tratamiento una mayor cronicidad y a la larga un deterioro

funcional mucho más importante. Cómo se ha visto en la literatura existe mejoría en el pronóstico del paciente si se trata oportunamente el trastorno depresivo; por este motivo se realizó el siguiente estudio en el servicio de consulta externa del HPFBA por un lapso de 6 meses.

9.3 Preguntas de investigación.

¿Existen diferencias estadísticamente significativas en los síntomas depresivos antes y después de una intervención farmacológica en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y un diagnóstico afectivo de tipo depresivo?

¿Existe un porcentaje mayor de pacientes con esquizofrenia que cuenten también con el diagnóstico de algún trastorno depresivo en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez?

9.4 Objetivos

Objetivo general:

- Valorar la respuesta farmacológica en pacientes que cuenten con diagnóstico de esquizofrenia más algún trastorno depresivo aplicando la Escala de Depresión de Calgary antes y después del inicio de una intervención farmacológica (ISRS) en pacientes de la consulta externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez en el periodo de julio del 2018 a diciembre del 2018.

Objetivos específicos:

- Encontrar la frecuencia de los trastornos de depresión en los pacientes que cuentan ya con un diagnóstico de esquizofrenia en la consulta externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

9.5 Hipótesis

Hipótesis Alternas

Existe una diferencia estadísticamente significativa en los síntomas depresivos antes y después de una intervención farmacológica en pacientes que cuenten con diagnóstico de esquizofrenia que lleven seguimiento en consulta externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez en el periodo de mayo del 2018 a mayo del 2019.

Existe un porcentaje mayor de pacientes con esquizofrenia que cuenten también con el diagnóstico de algún trastorno depresivo en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

Hipótesis nula

No existe una diferencia estadísticamente significativa en los síntomas depresivos antes y después de una intervención farmacológica en pacientes que cuenten con diagnóstico de esquizofrenia que lleven seguimiento en consulta externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez en el periodo de mayo del 2018 a mayo del 2019.

No existe un porcentaje mayor de pacientes con esquizofrenia que cuenten también con el diagnóstico de algún trastorno depresivo en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

Tabla 1. Operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICIÓN	TIPO	INSTRUMENTO	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES
SINTOMAS AFECTIVOS DE TIPO DEPRESIVOS	Los síntomas depresivos que se valoran son: ánimo triste, desesperanza, baja autoestima, ideas autorreferenciales de culpa, culpa patológica, despertar precoz, ideas suicidas y	Cualitativa Nominal Independiente	Escala de depresión de Calgary	Presencia de depresión en pacientes con esquizofrenia	Sin depresión Con depresión

	depresión				
	observada				
INTERVENCIÓN	Valoración	Cualitativa	Guías de práctica		Sertralina
FARMACOLOGICA	personalizada del	Nominal	clínica del HPFBA		Fluoxetina
	inicio de algún	Independiente			Paroxetina
	ISRS				Citalopram
					Escitalopram
RESPUESTA	Cambios en los	Cualitativa	Escala de depresión		Mejoría
FARMACOLOGICA	síntomas afectivos	Nominal	de Calgary		Sin cambios
	posterior al inicio	Dependiente			Empeoramiento
	de algún ISRS				
EDAD	Tiempo que ha	Cuantitativa	Ficha de	Expresada en años,	Intervalo entre los
	vivido una persona	Discreta	identificación	se obtendrá con la	18 años a los 59
	desde su	Interviniente		aplicación de ficha	años de edad
	nacimiento			de identificación	

GÉNERO	Funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiadas para los hombres y las mujeres	Cualitativa Nominal Interviniente	Ficha de identificación	Expresado por el paciente, se obtendrá con la aplicación de ficha de identificación	Femenino Masculino Otros
ESTADO CIVIL	Situación civil expresada por el paciente	Cualitativa Nominal Interviniente	Ficha de identificación	Expresado por el paciente, se obtendrá con la aplicación de ficha de identificación	Soltero Casado Divorciado Separado Unión libre Viudo

VARIABLES	DEFINICIÓN	TIPO	INSTRUMENTO	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES
SINTOMAS AFECTIVOS DE TIPO DEPRESIVOS	Los síntomas depresivos que se valoran son: ánimo triste, desesperanza, baja autoestima, ideas autorreferenciales de culpa, culpa patológica, despertar precoz, ideas suicidas y depresión observada	Cualitativa Nominal Independiente	Escala de depresión de Calgary	Presencia de depresión en pacientes con esquizofrenia	Sin depresión Con depresión

9.6 Muestra

Se seleccionó a pacientes que se encuentran en seguimiento en consulta externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, que cuentan con diagnóstico de esquizofrenia y refirieron sintomatología afectiva de por lo menos 2 semanas de evolución, contaron con una Escala para el Síndrome Positivo y Negativo (PANSS) y que se comprometieron a mantener un apego terapéutico adecuado el tiempo que duró el estudio. Se ocupó una muestra de 30 pacientes, los cuales se seleccionaron por conveniencia.

9.7 Sujetos

Se trató de sujetos seleccionados por conveniencia que contaron con diagnóstico de esquizofrenia de por lo menos 1 año de evolución, que refirieron sintomatología afectiva de tipo depresiva de por lo menos 2 semana de evolución, que llevan su seguimiento en consulta externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

9.8 Criterios de inclusión

- Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que cumplan criterios diagnósticos del CIE-10.
- Pacientes que cuentan con 1 año o más con el diagnóstico de esquizofrenia.
- Pacientes que cuentan con una Escala para el Síndrome Positivo y Negativo (PANSS).
- Pacientes que refirieron sintomatología afectiva de tipo depresiva de por lo menos 2 semanas de evolución.
- Pacientes mayores a 18 años de edad y menores de 59 años de edad.
- Pacientes que se encuentran en seguimiento por la consulta externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

- Pacientes que aceptaron participar en esta investigación, que se comprometieron a mantener un apego terapéutico adecuado el tiempo que duró el estudio, firmando carta de consentimiento informado.

9.9 Criterios de exclusión

- Pacientes menores de 18 años y mayores de 59 años.
- Pacientes con comorbilidades metabólicas graves (diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica, cualquier tipo de cáncer, insuficiencia renal, insuficiencia hepática).
- Pacientes que no cuenten con una Escala para el Síndrome Positivo y Negativo (PANSS).
- Pacientes en tratamiento actual con algún antidepresivo.
- Pacientes que no se hayan comprometido a mantener un apego terapéutico adecuado el tiempo que dure el estudio
- Pacientes con antecedente de haber sido diagnosticados con algún trastorno ansioso.
- Pacientes con presencia de acatisia.
- Pacientes que tengan como antecedente una historia personal de incumplimiento terapéutico.

Criterios de eliminación

- Pacientes que desearon no participar más en esta investigación
- Pacientes que presentan efectos secundarios intolerables secundario al manejo con ISRS
- Pacientes que suspendieron el tratamiento por más de 2 semanas
- Pacientes que en la escala de Adherencia Terapéutica para Pacientes con Enfermedades Crónicas basada en Comportamientos Explícitos obtengan puntuaciones de 33 o menos
- Pacientes que requirieron manejo intrahospitalario

9.10 Tipo de estudio

Se trata de un estudio comparativo, test- retest, no experimental y longitudinal.

9.11 Instrumento

La Escala de depresión de Calgary es una escala para medir el nivel de depresión en los pacientes esquizofrénicos, tanto en la fase aguda como en los estadios deficitarios. Consta de 9 ítems; para los 8 primeros la propia escala facilita las preguntas para su exploración, mientras que el último es un ítem observacional para el que no se proporcionan preguntas específicas. Los ítems se puntúan según una escala tipo Likert de 4 valores de intensidad: 0, ausente; 1, leve; 2, moderado, y 3, grave. Para todos los ítems se proporcionan criterios operativos para establecer la puntuación de gravedad. Ha de ser administrada por un clínico, utilizando la técnica de entrevista estructurada, aunque se anima al entrevistador a que realice cuantas preguntas adicionales crea necesarias. El marco de referencia temporal son las 2 semanas previas, a no ser que explícitamente se estipule otro.

La escala es válida para cualquier fase de la enfermedad y sensible al cambio, lo que permite utilizarla para el seguimiento y la determinación del grado de respuesta al tratamiento.

La escala proporciona una puntuación total de la gravedad de la depresión, que se obtiene sumando la puntuación en cada ítem (de 0-3). El rango de puntuación es de 0-27.

Para identificar la ausencia / presencia de depresión, los autores recomiendan como punto de corte la puntuación mayor 5. Este punto de corte se considera adecuado para identificar pacientes con alto riesgo de presentar comorbilidad de tipo depresivo; sin embargo, el diagnóstico de trastorno depresivo debe ser confirmado mediante el pertinente examen clínico. (16)

La escala cuenta con validación en nuestro país, realizando un ensayo clínico en el que se compara la versión en español de la escala de Calgary para depresión en esquizofrenia, en

conjunto con el inventario para depresión de Beck y la escala para efectos extrapiramidales de DiMascio.

Se ha descrito una adecuada consistencia interna es elevada (alfa de Cronbach entre 0,70 y 0,90), y muestra así mismo buenos valores de fiabilidad inter-observadores (en torno a 0,90).

La validez predictiva es adecuada para el punto de corte que los autores proponen (Mayor a 5), la sensibilidad está en torno a 75% y la especificidad cerca del 100%. (17)

La escala de Adherencia terapéutica para Pacientes Crónicos Basada en Comportamientos Explícitos es un instrumento al que se le realizó un análisis factorial por el método de componentes principales y rotación varimax para determinar sus factores. Ha sido aplicado en población de la Ciudad de México que cuenta con padecimientos como hipertensión arterial diabetes mellitus, enfermedades renales, cáncer entre otras. Su índice de confiabilidad Alpha de Cronbach está por arriba de 0.91.

Una de las virtudes de esta escala es que ha sido diseñada pensando en que pueda ser útil para evaluar adherencia de enfermedades crónicas sin estar dirigida a una enfermedad específica.

Contiene tres dimensiones con siete ítems cada uno: a) control de ingesta de alimentos y medicamentos, b) seguimiento médico conductual y c) auto eficiencia cada uno con siete ítems, implicando consistencia en la distribución de estos en las subescalas dando pauta a la validez estadística. Todos los ítems con escala de respuesta de 0al 100, en la que el paciente elige en termino de porcentaje la efectividad de su comportamiento. Se entiende que mientras más cercano a 100, el paciente es más adherente al tratamiento. En.

Los rangos para establecer el nivel de adherencia terapéutica son los siguientes: 0 – 33 puntos baja adherencia, de 34 – 67 moderada adherencia y de 68 – 100 alta adherencia

9.12 Procedimiento

Se obtuvo material bibliográfico en búsqueda por medio de la biblioteca digital de la Universidad Nacional Autónoma de México, buscadores como PubMed y revistas específicas como JAMA.

Se presentó el protocolo de estudio a los asesores teórico y metodológico.

Se presentó ante el comité de investigación y el comité de ética en investigación.

Se realizó el presente estudio en el área de clínica de consulta externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez,

Se aplicó la Escala de Síndromes Positivos y Negativos (PANNS) a los pacientes en el área de consulta externa para confirmar diagnóstico de esquizofrenia, se interrogaron síntomas afectivos de tipo depresivo y se aplicó la escala de depresión de Calgary y se aplicó la Escala de Adherencia Terapéutica en pacientes crónicos Basada en los Comportamientos Explícitos para corroborar adherencia al tratamiento; todas las entrevistas estuvieron a cargo del residente de psiquiatría del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, se realizaron en el Consultorio 12 de la consulta externa, y tuvo una duración de 90 minutos aproximadamente.

Se les explicó en qué consiste el proyecto con énfasis en la definición de la sintomatología afectiva y el beneficio de llevar un adecuado tratamiento, se indicó algún inhibidor de recaptura de serotonina, el cual fue seleccionado según las características del paciente.

Se les presentó una carta de consentimiento informado, el cual, en caso de aceptar ser incluidos en el protocolo, firmaron él mismo o de no contar con firma autógrafa colocaron su huella digital, así como su familiar responsable.

El residente aplicó el instrumento y anotó las respuestas observadas en el paciente.

La aplicación de la escala y la entrevista psiquiátrica se realizaron en tres ocasiones, la primera en el momento de detección de sintomatología afectiva de tipo depresiva, la segunda a tres meses y la tercera seis meses posteriores al inicio del inhibidor selectivo de recaptura de serotonina, el tiempo invertido por el paciente fueron de 40 minutos aproximadamente.

El protocolo se desarrolló en un lapso de seis meses.

Al final de este periodo, los datos recabados se utilizaron en un formato para su análisis aplicando herramientas electrónicas como *Microsoft Excel*.

Al recabar y vaciar los datos se tomaron en cuenta los resultados obtenidos de la puntuación de las escalas, se realizó comparación de la respuesta obtenida con cada ISRS, y se identificó a los usuarios mediante los iniciales de su nombre.

Se les aplicó estadística con T de student y se mostraron en diagramas de caja.

9.13 Consideraciones éticas

De acuerdo con la NOM-012-SSA3-2012, establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos, el siguiente proyecto se encuentra en un nivel II.

Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 ml. en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, entre otros.

Se consideró una investigación de riesgo mínimo ya que se inició manejo farmacológico con un inhibidor selectivo de la recaptura de serotonina el cual es de uso común, con un amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, que tienen dosis y vías de administración establecida, el cual se inició en el servicio de consulta externa, se realizaron tres escalas al

paciente, las cuales fueron aplicadas durante la consulta externa del paciente en tres ocasiones, la primera al detectar sintomatología depresiva, la segunda en la consulta de seguimiento a los tres meses de iniciado el ISRS y la tercera a los seis meses de iniciado el ISRS, representando un gasto mínimo-moderado para él o su familia, obteniendo a cambio una mejor respuesta a tratamiento, la cual fue confirmada con las escalas aplicadas.

Además, se realizó un consentimiento informado, que según la Ley General de Salud en su artículo 20, se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autorizaron su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se sometió, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna. En su artículo 21 menciona: para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal recibió una explicación clara y completa, de tal forma que pudo comprenderla. Además, según el artículo 22, dicho consentimiento se realizó por escrito.

X. RESULTADOS

En nuestro estudio se incluyeron 30 pacientes, 18 (60%) hombres y 12 (40%) mujeres, los resultados de la comparación de las variables demográficas se muestran en la tabla 2. La mayoría de los sujetos evaluados cumplieron con la educación básica (24/30, 80%, IC95: 66 – 94%), sin encontrarse diferencias significativas en la distribución del nivel escolar cuando se comparó entre sexos.

En relación a la ocupación, la mayoría de la población no reportó una ocupación (14/30, 47% IC95%: 29 – 65%), seguido por oficio (6/30, 20% IC95%: 6 – 34%), hogar (5/30, 17%, IC95%: 3 – 30%), comerciante (4/30, 13% IC95%: 1 – 25%) y sólo un profesionalista. En cuanto a su estado civil, la mayoría se reportó ser soltero (17/30, 57%, IC95%: 49 – 83%), seguido por casados (9/30, 30% IC95% 14 – 46%) y por separados y divorciados (2/30, 7% IC95%: 0 – 16%). Cabe resaltar que 21 (70%, IC95%: 54 – 86%) no tenían una relación formal al momento de realizar la intervención. La religión católica ocupó el primer lugar entre las religiones reportadas por los participantes (20/30, 67% IC95%: 50 – 84%), seguidos por los ateos (4/30, 13% IC95%: 1 – 25%), y los cristianos e indefinidos, ambos con el mismo número de personas (3/30, 10% IC95%: 0 – 21%). Los pacientes atendidos provinieron principalmente del Estado de México (10/30, 33% IC95%: 16 -50%) y de la Ciudad de México (8/30, 27% IC95%: 11 – 42%), seguido por Morelos (5/30, 17% IC95%: 3 – 30%) e Hidalgo (2/30, 7% IC95%: 0 – 16%).

Tabla 2. Comparación de las características demográficas de la población estudiada

Variable	Hombres	Mujeres	Est.	p
n	18	12		
Edad ($\bar{x} \pm \sigma$)	36 \pm 11	35 \pm 11	0.17 *	NS
Escolaridad, n (%)			1.77 **	NS
Primaria	2 (7)	2 (7)		
Secundaria	7 (23)	4 (13)		
Bachillerato/Carrera técnica	7 (23)	6 (20)		
Licenciatura	2 (7)	0		
Ocupación, n (%)			13.6 **	<0.01
Ninguna	11 (37)	3 (10)		
Hogar	0	5 (17)		
Oficio	5 (17)	1 (3)		
Negocio propio/comerciante	1 (3)	3 (10)		
Profesionista	1 (3)	0		
Estado civil, n (%)			6.03 **	NS
Soltero	12 (40)	5 (17)		
Casado	4 (13)	5 (17)		
Separado	2 (7)	0		
Divorciado	0	2 (7)		
Religión			9.38 **	<0.05
Católico	11 (37)	9 (30)		
Cristiano	0	3 (10)		
Ateo	4 (13)	0		
Indefinido	3 (10)	0		
Lugar de residencia, n(%)			2.19 **	NS
Ciudad de México	5 (17)	3 (10)		
Estado de México	6 (20)	4 (13)		
Morelos	3 (10)	2 (7)		
Hidalgo	2 (7)	0		
Otros	2 (7)	3 (10)		

(*) comparación con la prueba t de Student, (**) comparación con la prueba de χ^2

Figura 1. Puntuación en la escala de depresión de Calgary, durante la intervención

Se muestra la distribución de los puntajes obtenidos por los pacientes a lo largo de la intervención. Se puede observar una clara tendencia a la disminución de la puntuación obtenida.

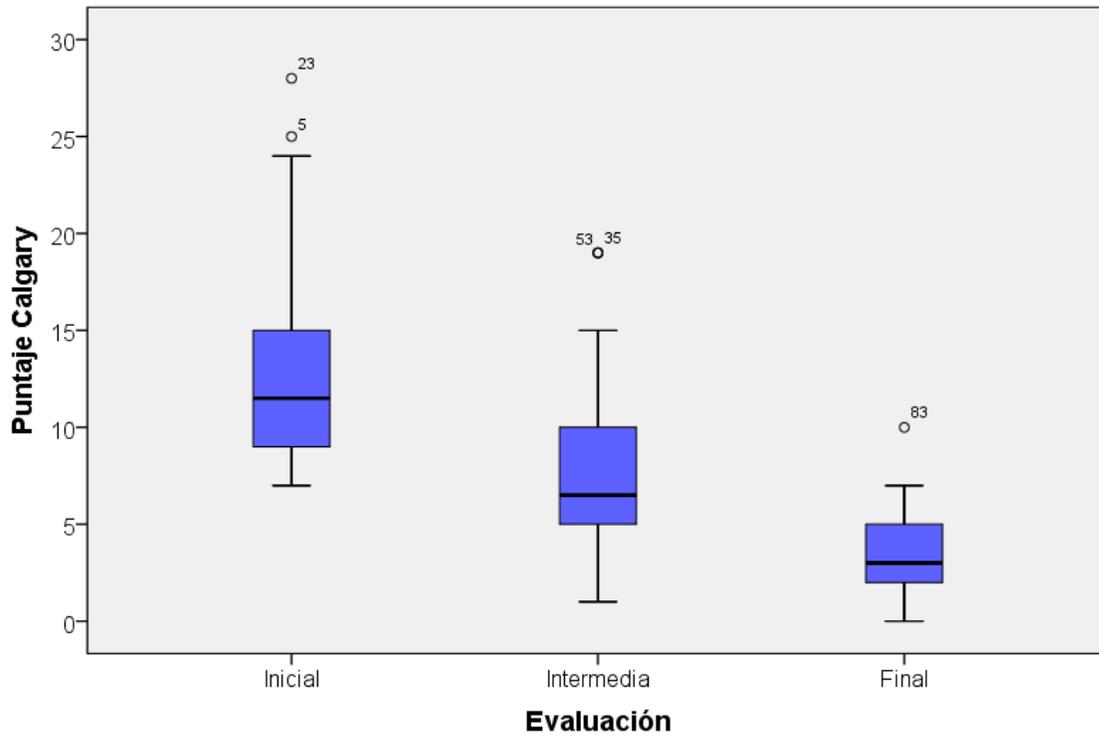


Tabla 3. Determinación de depresión mediante la aplicación de la escala de Calgary

Porcentaje de individuos que cumplieron con la puntuación para depresión en cada una de las etapas de evaluación, acompañado por el intervalo de confianza al 95% (IC95%).

Evaluación	Sí		No	
	n (%)	IC 95%	n (%)	IC95%
Inicial	30 (100)	100 - 100	0	0 - 0
Intermedia	15 (50)	32 - 68	15 (50)	32 - 68
Final	5 (17)	3 - 30	25 (83)	70 - 97

Al inicio de la intervención, todos los pacientes tuvieron una puntuación en la escala de Calgary compatible con depresión. Como se puede ver en la tabla 3, el porcentaje de pacientes con depresión disminuyó de 100 % a 17% al concluir la intervención. Mostrando diferencias significativas al comparar la proporción de pacientes con depresión al inicio contra la evaluación intermedia ($\chi^2= 17.4, p<0.0001$) y contra la evaluación final ($\chi^2= 39.5, p<0.0001$).

De igual manera, se puede observar en la figura 1, que la propia puntuación obtenida con el instrumento disminuyó de manera considerable al pasar de una puntuación inicial media de 13.4 (± 6.2) puntos, a 8.13 (± 4.8) puntos en la evaluación intermedia ($t=3.7, p<0.001$) y por último a 3.8 (± 2.3) puntos al final de la intervención ($t=7.96, p<0.0001$).

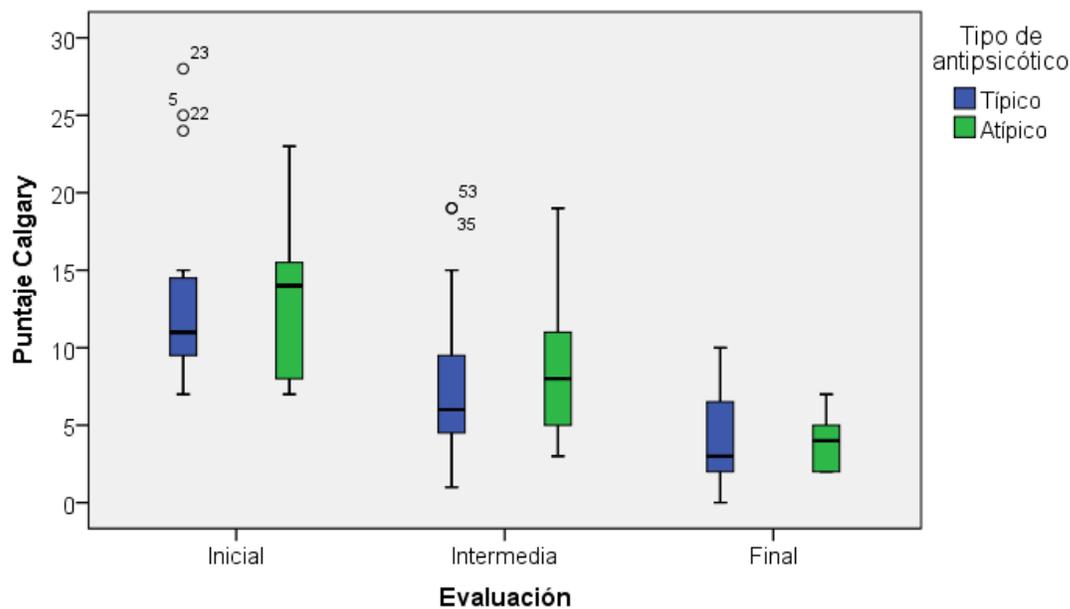
Tabla 4. Descripción de los antidepresivos utilizados en cada grupo.

Antidepressivo	Antipsicótico típico	Antipsicótico atípico	χ^2	<i>p</i>
Fluoxetina	5 (17)	2 (7)	5.82	NS
Sertralina	4 (13)	8 (27)		
Paroxetina	1 (3)	3 (10)		
Escitalopram	3 (10)	2 (7)		
Citalopram	2 (7)	0		

Como se observa en la tabla 4, no se encontraron diferencias entre los antidepresivos utilizados, cuando se separó a la población por el tipo de antipsicótico utilizado como tratamiento para la enfermedad de base (esquizofrenia paranoide).

Figura 2. Variación de la puntuación de la escala de Calgary durante la intervención, tomando en cuenta a los antipsicóticos como variable de agrupación.

Diagrama de caja que demuestra la distribución de la puntuación obtenida por los pacientes que recibían tratamiento con antipsicótico típico o atípico y su evolución posterior al inicio del tratamiento con antidepressivo.



Como ya se comentó, todos los pacientes obtuvieron una puntuación en la escala de Calgary compatible con depresión al inicio de la intervención. Durante la evaluación intermedia, 6 (40%) de los pacientes del grupo bajo tratamiento con antipsicóticos típicos y 9 (60%) de los pacientes del grupo bajo tratamiento con antipsicóticos atípicos, persistían con depresión ($\chi^2=0.53, p=0.4$); mientras que en la evaluación final se encontró que 4 (27%) y 1 (7%) de los pacientes bajo tratamiento con antipsicóticos típicos y atípicos respectivamente permanecían con un puntaje en la escala de Calgary compatible con depresión ($\chi^2=0.96, p=0.3$).

En relación al puntaje obtenido por los pacientes en la escala de Calgary, esta fue de 13 ± 6.7 puntos y de 13 ± 5.9 al inicio de la intervención para el grupo de pacientes bajo tratamiento con antipsicóticos típicos y atípicos respectivamente ($t= -1.06, p=0.14$). En la segunda determinación, los puntajes fueron de 8 ± 5.5 en el grupo de tratamiento con antipsicóticos típicos y de 8.3 ± 4.3 en el grupo de tratamiento con antipsicóticos atípicos ($t= -0.98, p=0.17$). En la última determinación, la puntuación fue de 3.9 ± 2.9 en el grupo de tratamiento con antipsicóticos atípicos y de 3.7 ± 1.7 en el grupo de tratamiento con antipsicóticos típicos al finalizar la intervención ($t= -0.46, p=0.32$).

Figura 3. Variación de la puntuación de la escala de Calgary durante la intervención, tomando en cuenta a los antidepresivos como variable de agrupación.

Diagrama de caja que demuestra la distribución de la puntuación obtenida en la escala de Calgary por los pacientes bajo tratamiento por esquizofrenia paranoide y su evolución posterior al iniciar tratamiento con antidepresivo.

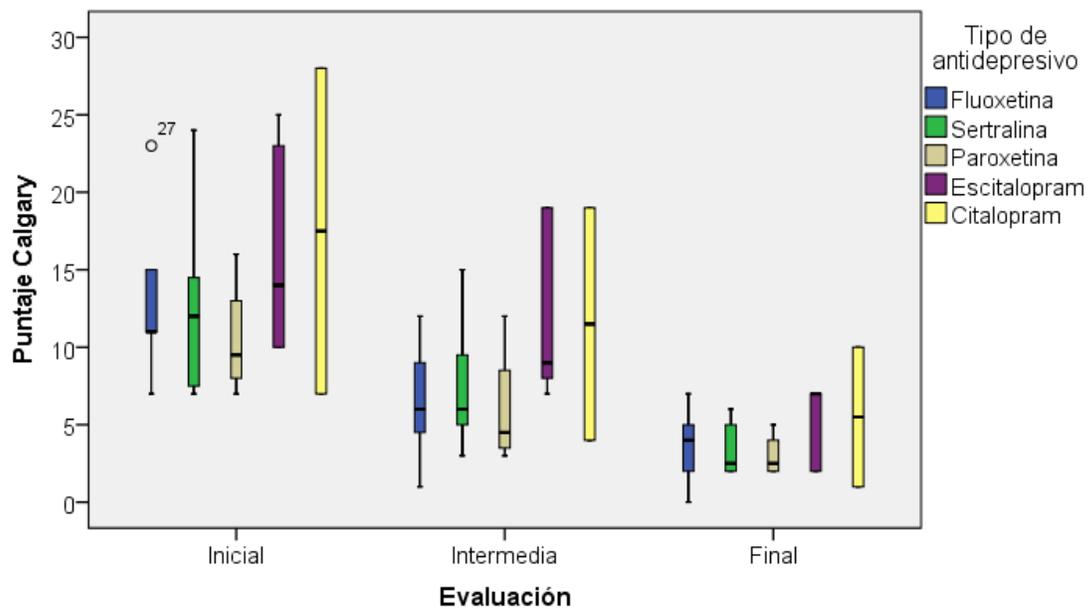


Tabla 5. Tipo de antidepresivo utilizado en los pacientes con esquizofrenia paranoide y depresión.

En la tabla se agrupó a los pacientes que cumplían con el puntaje establecido para depresión en la escala de Calgary divididos por el tipo de antipsicótico utilizado, así como el tratamiento antidepresivo bajo el que se encontraban bajo tratamiento.

Antidepresivo	Típico			Atípico		
	Inicial n (%)	Intermedio n (%)	Final n (%)	Inicial n (%)	Intermedio n (%)	Final n (%)
Fluoxetina	5 (33)	1 (7)	1 (7)	2 (13)	2 (13)	0
Sertralina	4 (26)	1 (7)	0	8 (53)	4 (26)	0
Paroxetina	1 (7)	0	0	3 (20)	1 (7)	0
Escitalopram	3 (20)	3 (20)	2 (13)	2 (13)	2	1 (7)
Citalopram	2 (13)	1 (7)	1 (7)	--	--	--
TOTAL	15	6	4	15	9	1

Como se observa en la tabla 5, al inicio de la intervención todos los pacientes cumplían con el puntaje establecido en la escala de Calgary para depresión; y como se describió anteriormente, esta cantidad disminuyó a 6 y 4 en la medición intermedia y final para el grupo bajo tratamiento con antipsicóticos típicos y a 9 y 1 respectivamente en el grupo bajo tratamiento con antipsicóticos atípicos.

Al inicio de la intervención no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los antidepresivos seleccionados para cada caso ($\chi^2= 5.8, p=0.2$). Lo mismo se encontró en la medición intermedia y la final al comparar los antidepresivos utilizados en los pacientes que persistían con depresión ($\chi^2= 3.89, p=0.4$; $\chi^2= 0.83, p=0.9$, respectivamente)

Tabla 6. Puntuación obtenida en la escala de Calgary, agrupando a los pacientes según su tratamiento antidepresivo

Medición	Fluoxetina	Sertralina	Paroxetina	Escitalopram	Citalopram
	n= 7	n= 12	n= 4	n= 5	n= 2
Inicial	13.3 ± 5	12.7 ± 5.8	10.5 ± 3.8	16.4 ± 7.1	17.5 ± 14.8
Intermedia	6.6 ± 3.7	7.4 ± 3.5	6 ± 4.1	12.4 ± 6.1	11.5 ± 10.6
Final	3.6 ± 2.4	3.4 ± 1.7	3 ± 1.4	5.0 ± 2.7	5.5 ± 6.3

En la tabla 6 se describen las puntuaciones obtenidas por los sujetos sometidos a tratamiento con antidepresivos, tomando al fármacos como variable de agrupación. A pesar de la dispersión de los datos en el grupo de escitalopram y citalopram; así como la dispersión de los datos que se puede observar en la figura 3, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas al inicio ($F=0.74, p=0.57$), en la medición intermedia ($F=1.83, p=0.47$), o al finalizar la intervención ($F=0.77, p=0.55$).

XI. DISCUSIÓN

Durante nuestra intervención fuimos capaces de corroborar la disminución de los síntomas depresivos en los pacientes con esquizofrenia paranoide, al encontrar una disminución en la puntuación de la escala de Calgary estadísticamente significativa posterior al inicio del tratamiento con antidepresivos (de 100% a 17%, $\chi^2= 39.5$, $p<0.0001$). Es igualmente relevante que dicha tendencia fue independiente del tipo de antipsicótico utilizado, así como del antidepresivo, tanto en la evaluación intermedia ($\chi^2= 0.53$, $p=0.4$, $\chi^2= 3.89$, $p=0.4$), como en la final ($\chi^2= 0.96$, $p=0.3$; $\chi^2= 0.83$, $p=0.9$). Este es un resultado de importancia, ya que la depresión puede alterar el inicio y la intensidad de los síntomas propios de la esquizofrenia, así como alterar el curso de la enfermedad (19, 20).

En cuanto a las variables demográficas, es importante mencionar que un 47% (IC95%: 26 – 65%) de los pacientes no reportaron tener una ocupación, situación que podría incidir en el desarrollo de sintomatología afectiva, en concordancia con lo reportado por Corcoran y colaboradores, quienes ligaron la disfuncionalidad social con el desarrollo de síntomas depresivos (14). Un 42% (5/12) mujeres reportaron como ocupación las labores del hogar; mientras que sólo 10% (3/12) refirieron no tener ninguna ocupación. Relevantemente 37% (11/18) de los hombres no reportaron ocupación alguna. En este sentido, es evidente que las mujeres pueden continuar teniendo una vida funcional activa al dedicarse a las labores del hogar; mientras que los hombres, pareciera que pierden la funcionalidad una vez que son incapaces de realizar labores fuera de su hogar. Si bien esta hipótesis sobrepasa los fines de nuestra investigación, sería conveniente para futuras investigaciones, determinar el papel de los roles de género en el desarrollo de la disfuncionalidad en los pacientes con esquizofrenia y síntomas afectivos (19).

La mayoría de los pacientes cursaron al menos la educación básica (24/30. 80%), que comprende hasta la educación secundaria. Si bien este es parámetro adecuado, también es cierto que un mayor nivel educativo está relacionado con menores niveles de sintomatología psicótica en el paciente que padece de esquizofrenia (21). En cuanto a las relaciones de pareja, 56% (17/30) de los pacientes refirieron ser solteros; pero al agregar a los pacientes que se encontraban divorciados o separados, 70% (21/30) de los pacientes no tenían una relación de pareja estable. Similarmente McCarthy y colaboradores reportaron recientemente que los síntomas negativos interfieren con la capacidad de los paciente para formar lazos con terceros, limitando así su funcionalidad social, pudiendo incluso relacionarse con el desarrollo de la depresión en los pacientes (22).

Como se menciona anteriormente, los síntomas depresivos acorde a la escala de Calgary en nuestra población remitieron en la mayoría de los pacientes al finalizar la intervención; sin embargo, 5 de los pacientes (4 del grupo bajo tratamiento con antipsicóticos típicos y uno bajo tratamiento con antipsicóticos atípicos) persistieron con depresión. En este caso, sería oportuno plantear un nuevo estudio que pueda explicar la falta de respuesta en dicho pacientes; a pesar de que las puntuaciones de la escala de Calgary disminuyeron de manera paralela en ambos grupos de tratamiento. Con este mismo resultado se puede observar una mejor respuesta con antipsicóticos atípicos por la presencia de perfiles de unión al mismo receptor que los inhibidores de la recaptura de serotonina. Independientemente de esta observación, nos gustaría recalcar que es preciso detectar y tratar la depresión en los pacientes con esquizofrenia, toda vez que esto tendrá un impacto positivo en el desarrollo de la enfermedad.

En cuanto a la selección de antidepresivo, no se encontró predilección por algún fármaco en ninguno de los grupos ($\chi^2= 5.82, p>0.05$); y de igual manera no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la respuesta a cada uno de los fármacos, tanto en la evaluación parcial ($\chi^2= 3.89, p=0.4$), como en la evaluación final ($\chi^2= 0.83, p=0.9$), al permanecer sin diferencias significativas la proporción de pacientes con respuesta al tratamiento. Cabría mencionar, que la potencia del estudio podría no ser suficiente para demostrar este punto, toda vez que algunos de los subgrupos se encontraron muy limitados. Esto se puede observar en la figura 3, en donde la puntuación de la escala de Calgary en los subgrupos de escitalopram y citalopram, mostraron distribuciones diferentes al resto de los antidepresivos, probablemente limitados por el tamaño de muestra.

A pesar de que el diagnóstico de un trastorno depresivo es difícil ya que la sintomatología suele confundirse con los síntomas negativos de la esquizofrenia, en esta investigación el diagnóstico de trastornos depresivos fue satisfactorio.

XII. CONCLUSIONES

Con este trabajo podemos evidenciar que es posible la presencia de síntomas depresivos en pacientes con esquizofrenia, los cuales mejoran de forma importante posterior al inicio de algún antidepresivo, siendo importante la diferenciación de los síntomas negativos de la propia esquizofrenia.

Como se observó no existe predilección por algún antidepresivo específico, pero si deberá ser elegido según comorbilidades del paciente. Así mismo se observó una mayor respuesta cuando el antipsicótico utilizado fue un antipsicótico atípico ya que comparten perfiles de unión al mismo receptor

Este trabajo abre el canal para poder manejar un trastorno depresivo de forma oportuna evitando así una recaída que empeore el pronóstico.

XIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Sadock, B.J, Sadock, V.J. Sinopsis de psiquiatría Ciencia de la Conducta Psiquiatría clínica. (11 ed.). Barcelona: Wolkers Klumer; 2015. 300-301
2. López, A.J, Valdés , M.:M. Manual diagnostico y estadistico de los trastornos mentales DSMIV-TR. (4 ed.). Barcelona: Masson; 2002.
3. Sadock, B.J, Sadock, V.J. Sinopsis de psiquiatría Ciencia de la Conducta Psiquiatría clínica. (11 ed.). Barcelona: Wolkers Klumer; 2015. 300-301. 104-06.
4. Youssef, H.A, Youssef, F.A. Evidence of the existence of schizophrenia in Medieval Islamic society. Hist Psychiatry. 1996;25(7): 55-62
5. Graff, A, Apiquian R, Fresán, A, et.al. Perspectiva neurobiológica de la esquizofrenia. Salud Mental. 2016;24(6): 36-42.
6. Diaz, V.B, Youssef, F.A. Actualidades en neurobiología de la depresión. Rev Latinoam Psiquiatría. 2012;11(3): 106-115.

7. Hariri, A.R, Dravant, E.M, Munoz, K.E, Kolachana, B.S, mattay , V.S. A susceptibility gene for affective disorders and response of the human amygdala. Arch Gen Psychiatry. 2005;62(2): 146-152.
8. Ulloa, R.E, García-anaya, M, Lóyzaga, C, Nicolini, H, Ortega-soto, H. Estudio comparativo de pacientes esquizofrenicos con y sin depresión. Salud Mental. 2001;24(5): 25-29.
9. Moorrissette, D.A, Stahl, S.M. Affective symptoms in schizophrenia. Drug Discovery Today: Therapeutic Strategies. 2011;8(1-2): 3-9.
10. Dollfus, S, Petit, M, Menard, J.F. Relationship between depressive and positive symptoms in schizophrenia. Drug DisJ affect Disord. 1993;28(1): 61-9.
11. Lee, S.J, Yoo , S.Y, Kang, D.H, lee, K.J, ha, T.H. Potential vulnerability markers within the affective domain in subjects at genetic and clinical high risk for schizophrenia. Psychopathology. 2008;41(4): 236-344.
12. Felmet , K, Zisook, S, Kasckow, J.W, lee, K.J, ha, T.H. Elderly patients with schizophrenia and depression: diagnosis and treatment. Clin Schizophr Relat Psychoses. 2011;4(4): 239-50.
13. Vijay, C, Girish, C.B, Sanjay, J, lee, K.J, ha, T.H. A comparative study of cognitive insight in schizophrenia patients with and without depression. Int J Res Med Sci. 2016;4(6): 2367-2372.
14. Corcoran, C.M, Kimhy, D, Parrilla-escobar, M.A, Cressman, V.L, Stanford, A.D. The relationship of social function to depressive and negative symptoms in individuals at clinical high risk for psychosis. Psychol Med. 2011;41(2): 251-261.
15. Cheniaux, E, Landeira-fernandez, J, Lessa telles, L, Lessa, J.L, Dias, A. Does schizoaffective disorder really exist? A systematic review of the studies that

- compared schizoaffective disorder with schizophrenia or mood disorders. *J Affect Disord.* 2008;106(3): 209-217.
16. Rimol, L.M, Hartberg, C.B, nesvåg, R, Fennema-Notestine, C, Hagler, D.J.J.R.,. Cortical thickness and subcortical volumes in schizophrenia and bipolar disorder. *Biol Psychiatry.* 2010;68(1): 41-50.
17. Clay, H.B, Sullivan, S, Konradi, C, Lessa, J.L, Dias, A. Mitochondrial dysfunction and pathology in bipolar disorder and schizophrenia. *Int J Dev Neurosci.* 2011;29(3): 311-324.
18. Ramírez N, Sarro S. et. al. Instrumentos de evaluación de la depresión en la esquizofrenia. *Actas Esp Psiquiatr* 2001; 29: 259-268.
19. Fervaha G, Takeuchi H, Foussias G, Hanh MK, Agid O, Remington G. Achievement motivation in early schizophrenia: relationship with symptoms, cognition and functional outcome. *Early Interv Psychiatry* 2018;12(6):1038-1044.
20. Choudhary V, Baniya GC, Jain S. A comparative study of cognitive insight in schizophrenia patients with and without depression. *Int J Res Med Sci* 2016;4(6):2367-2372.
21. Swanson CL Jr, Gur RC, Bilker W, Petty RG, Gur RE. Premorbid educational attainment in schizophrenia: association with symptoms, functioning, and neurobehavioral measures. *Biol Psychiatry* 1998;44(8):739-747.
22. McCarthy JM, Bradshaw KRM, Catalano LT, Garcia CP, Malik A, Bennett ME, Blanchard JJ. Negative symptoms and the formation of social affiliative bonds in schizophrenia. *Schizophr Res* 2018;193:225-231.
- 23.

XIV. ANEXOS

Anexo 1: Consentimiento informado



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



LUGAR: MÉXICO D.F. CALLE NIÑO JESUS NUM 2. DEL. TLALPÁN.

FECHA: _____/_____/_____

POR MEDIO DE LA PRESENTE ACEPTO PARTICIPAR EN EL PROYECTO DE INVESTIGACION TITULADO: ***IDENTIFICACIÓN DE TRASTORNOS DEPRESIVOS Y RESPUESTA A TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ***

EL OBJETIVO DEL ESTUDIO ES VALORAR LA EXISTENCIA DE RESPUESTA A TRATAMIENTO FARMACOLOGICO EN CUANTO A LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA, POSTERIOR AL INICIO DE UN ANTIDEPRESIVO (ISRS) CON LA APLICACIÓN DE LA ESCALA DE CALGARY

SE ME HA EXPLICADO QUE MI PARTICIPACIÓN CONSISTIRÁ EN LLENAR UNA CÉDULA DE DATOS DEMOGRÁFICOS, LA APLICACIÓN DE TRES ESCALAS (ESCALA DE SINDROMES POSITIVOS Y NEGATIVOS, ESCALA DE DEPRESIÓN DE CALGARY Y ESCALA PARA VALORAR APEGO A TRATAMIENTO), ASÍ COMO EL INICIO DE ISRS, SIENDO PARTE DE UN TRATAMIENTO INTEGRAL. DECLARO QUE SE ME HA INFORMADO AMPLIAMENTE QUE NO SE TIENEN RIESGOS NI INCONVENIENTES, PUDIENDO PRESENTAR MOLESTIAS MÍNIMAS COMO SEQUEDAD DE BOCA, ESTREÑIMIENTO, NAUSEAS, CEFALEA, MALESTAR ESTOMACAL O SÍNTOMAS ANSIOSOS, ASÍ COMO LOS BENEFICIOS DERIVADOS DE MI PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO, SIENDO ESTOS EL DISMINUIR RECAÍDAS MEJORAR MI ESTADO DE ÁNIMO Y MU PRONOSTICO.

EL INVESTIGADOR PRINCIPAL, SE HA COMPROMETIDO A RESPONDER CUALQUIER PREGUNTA Y ACLARAR CUALQUIER DUDA QUE LE PLANTEE ACERCA DE LOS PROCEDIMIENTOS QUE SE LLEVARAN A CABO, LOS RIESGOS, BENEFICIOS O CUALQUIER OTRO ASUNTO RELACIONADO CON LA INVESTIGACIÓN.

ENTIENDO QUE CONSERVO EL DERECHO DE RETIRARME DEL ESTUDIO EN CUALQUIER MOMENTO EN QUE LO CONSIDERE CONVENIENTE.

EL INVESTIGADOR PRINCIPAL, ME HA DADO SEGURIDAD DE QUE NO SE ME IDENTIFICA RA EN LAS PRESENTACIONES O PUBLICACIONES QUE DERIVEN DE ESTE ESTUDIO; Y LOS DATOS RELACIONADOS CON MI PRIVACIDAD SERÁN MANEJADOS EN FORMA CONFIDENCIAL. TAMBIÉN SE HA COMPROMETIDO HA PROPORCIONARME LA INFORMACIÓN ACTUALIZADA QUE SE OBTENGA DURANTE EL ESTUDIO, AUNQUE ESTE PUDIERA CAMBIAR MI PARECER RESPECTO A MI PERMANENCIA EN EL MISMO.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

NOMBRE Y FIRMA DEL FAMILIAR

DRA. LAURA BERNAL LUVIANO C.P. 9149062
CEL. 0445519179798
CONSULTA EXTERNA, CONSULTORIO 12 (07:00-15:00HRS)

Anexo 2: ESCALA DE DEPRESIÓN DE CAGARY (Calgary Depression Scale, CDS)

1. DEPRESIÓN:

¿Cómo describiría su estado de ánimo durante las dos últimas semanas? ¿Ha estado animado o se ha encontrado muy deprimido o decaído últimamente? En las dos últimas semanas, ¿Cuántos días ha (usar sus propias palabras)? ¿Durante todo el día?

0. Ausente

1. Leve Expresa cierta tristeza o desánimo al ser preguntado.

2. Moderado Claro ánimo deprimido que persiste hasta un 50% del tiempo en las dos últimas semanas, presente diariamente.

3. Severo Marcado ánimo deprimido que persiste más del 50% del tiempo en las dos últimas semanas, que interfiere en el normal funcionamiento psicomotor y social.

2. DESEPERANZA: ¿Cómo ve su futuro? ¿Ve algún futuro o por el contrario ha perdido algo la esperanza? ¿Se ha dado por vencido o hay aún alguna razón para seguir adelante

0. Ausente

1. Leve Sentimiento de desesperanza en las dos últimas semanas, pero aún conserva cierto grado de esperanza en el futuro.

2. Moderado Sentimiento moderado de desesperanza, persistente en las dos últimas semanas; puede ser persuadido para reconocer la posibilidad de que las cosas pueden ir mejor.

3. Severo Persistente y angustioso sentimiento de desesperanza.

3. BAJA AUTOESTIMA: ¿Cuál es la opinión que tiene de sí mismo en comparación con los demás? ¿Se siente mejor, no tan bueno o como los demás? ¿Se siente inferior o incluso inútil?

0. Ausente

1. Leve Cierta inferioridad; no suficiente como para sentirse inútil.

2. Moderado El sujeto se siente inútil, pero menos del 50% del tiempo.

3. Severo El sujeto se siente inútil más del 50% del tiempo; si se le contrasta puede cambiar de opinión.

4. IDEAS AUTORREFERENCIALES DE CULPA: ¿Tiene la sensación de que le culpan de algo o incluso de que le acusan erróneamente? ¿De qué? (No incluir las culpas o acusaciones justificables. Excluir los delirios de culpa)

0. Ausente

1. Leve El sujeto se siente culpabilizado, pero no acusado, menos del 50% del tiempo.

2. Moderado Sentimiento persistente de que le culpabilizan y/o con sentimiento ocasional de estar acusado.

3. Severo Persistente sentimiento de estar acusado. Cuando se le contrasta, reconoce que esto no es así

5. CULPA PATOLÓGICA: ¿Tiende a culpabilizarse por pequeñas cosas que haya podido hacer en el pasado? ¿Cree que se merece estar tan preocupado por ello?

0. Ausente

1. Leve El sujeto se culpabiliza a veces por alguna falta menor, pero menos del 50% del tiempo.

2. Moderado El sujeto se siente culpable habitualmente (más del 50% del tiempo) de actos pasados, cuya importancia exagera.

3. Severo El sujeto siente habitualmente que tiene la culpa de todo lo que ha ido mal, incluso aunque no sea por responsabilidad suya.

6. DEPRESIÓN MATUTINA: Cuando ha estado deprimido durante las dos últimas semanas, ¿Ha notado que la depresión fuese peor en algún momento concreto del día?

0. Ausente No se ha encontrado deprimido.

1. Leve Depresión, pero sin variación diurna.

2. Moderado Depresión espontáneamente referida como peor por la mañana

3. Severo Depresión marcadamente peor por las mañanas, con pérdida de rendimiento, que mejora por la tarde.

7. DESPERTAR PRECOZ: ¿Se despierta más temprano de lo que es habitual para usted?
¿Cuántas veces a la semana le ocurre?

0. Ausente No hay despertar precoz

1. Leve Ocasionalmente (hasta dos veces por semana) se despierta 1 hora o más antes de la hora habitual o de que suene el despertador.

2. Moderado A menudo (hasta 5 veces por semana) se despierta 1 hora o más antes de la hora habitual o de que suene el despertador.

3. Severo Se despierta diariamente 1 hora o más antes de la hora habitual.

8. SUICIDIO ¿Ha sentido que no vale la pena vivir? ¿Ha tenido la tentación de acabar con todo? ¿Cómo ha pensado que podría hacerlo? ¿Ha llegado a intentarlo?

0. Ausente

1. Leve Pensamientos frecuentes de muerte, u ocasionalmente ideas de suicidio.

2. Moderado Ha considerado el suicidio, con un plan, pero no ha realizado tentativa alguna.

3. Severo Intento de suicidio con intencionalidad letal (p. ej. tentativas frustradas por descubrimiento accidental o empleo de métodos ineficaces)

9. DEPRESIÓN OBSERVADA: Basado en las observaciones del evaluador durante la entrevista. La pregunta “¿Tiene ganas de llorar?” usada en determinados momentos de la entrevista puede proporcionar información útil al efecto.

0. Ausente

1. Leve El sujeto se muestra triste y afligido incluso durante partes de la entrevista afectivamente neutras

2. Moderado El sujeto se muestra triste y afligido durante toda la entrevista, con una voz monótona y sombría, y está lloroso o a punto de llorar en ocasiones.

3. Severo El sujeto se sofoca con los temas angustiosos, suspira frecuentemente y llora abiertamente, o está permanentemente en un estado de sufrimiento, si el evaluador está seguro de que ello es así.

Anexo 3: ESCALA DE ADHERENCIA TERAPEUTICA EN PACIENTES CRÓNICOS

BASADA ENB LOS COMPORTAMIENTOS EXPLICITOS

SEXO: (M) (F) EDAD _____ ESTADO CIVIL _____

ESCOLARIDAD _____ OCUPACIÓN _____

Instrucciones: Es una escala del 0 al 100 que calificación se pondría de acuerdo con qué tanto se asemeja lo que usted atiende su tratamiento y lo que dice el enunciado.

PREGUNTAS	ESCALA EL 0 AL 100										
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
1.- Ingiero mis medicamentos de manera puntual	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
2.- No importa que el tratamiento sea por largo tiempo, siempre ingiero mis medicamentos a la hora indicada	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
3.- Me hago análisis clínicos en los periodos que el médico indica.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
4.- Si tengo que seguir una dieta rigurosa, la respeto	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
5.- Asisto a mis consultas de manera puntual.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
6.- Atiendo las recomendaciones del médico en cuanto estar al pendiente de cualquier síntoma que pueda afectar mi salud.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
7.- Estoy dispuesto a dejar algo placentero como por ejemplo dejar de fumar o no ingerir bebidas alcohólicas, si el médico me lo ordena.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

8.- Como sólo aquellos alimentos que el médico me permite.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
9.- Si el médico me inspira confianza, sigo el tratamiento.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10.- Después de haber iniciado un tratamiento para controlar mi presión arterial, regreso a consulta si el médico me indica que es necesario para verificar mi estado de salud.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
11.- Cuando me dan resultados de mis análisis clínicos, estoy seguro de lo que tengo y me apego más al tratamiento.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
12.- Si mi enfermedad no es peligrosa, pongo poca atención en el tratamiento.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
13.- Cuando tengo mucho trabajo o muchas cosas que hacer, se me olvida tomar mis medicamentos	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
14.- Cuando los síntomas desaparecen, abandono mi tratamiento	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
13.- Si en poco tiempo no veo mejoría en mi salud, dejo el tratamiento	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
14.- Si el tratamiento exige hacer ejercicio continuo, lo hago	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

15.- Para que yo siga el tratamiento. Es necesario que otros me recuerden que debo tomar mis medicamentos	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
16.- Me hago mis análisis clínicos periódicamente como me lo recomienda el médico, aunque no esté enfermo	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
17.- Me inspira confianza que el personal de salud demuestre conocer mi enfermedad	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
18.- Si sospecho que mi enfermedad es grave, hago lo que esté en mis manos para aliviarme	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
19.- Aunque el tratamiento sea complicado. Lo sigo	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100