

11241
6
29

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y SALUD



HOSPITAL PSIQUIATRICO "FRAY BERNARDINO ALVAREZ", S.S.

INVESTIGACION DE SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA EN PACIENTES
ESQUIZOFRENICOS DE AMBOS SEXOS QUE ACUDEN AL SERVICIO
DE CONSULTA EXTERNA.

TESINA QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA

PRESENTA
ESTHER

DRA. BERTHA E. IMAZ LIRA

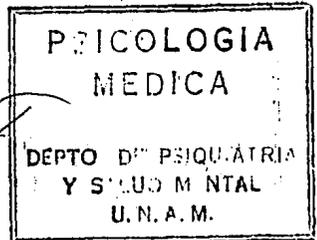
Bertha Imaz Lira

TUTOR Y ASESOR: DR. HECTOR ORTEGA SOTO

Hector Ortega Soto

MEXICO, D.F., 1994.

N.A.
h delot
V. B. Alejandro



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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 está 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. ANTECEDENTES.

Bleuler llamó esquizofrenia (mente hendida) a lo que Kraepelin había denominado demencia precoz, 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 la coherencia entre el pensar y el sentir; la aparición de significados simbólicos de los objetos, propios y únicos para el 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 parten 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 con la ideación delirante, las alucinaciones, la excitación 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" (1)

Freud explicó psicodinámicamente estos 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 a 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 vacíos y carentes de sentido, lo que da lugar al pensamiento autístico. Las ideas delirantes megalománicas, de persecución, las alucinaciones y los trastornos del pensamiento son síntomas a través de los cuales el enfermo trata de recuperar de alguna manera el mundo de los obje

tos, pero sólo lo consigue de una manera distorsionada, inapropiada y, en esencia, delirante (2).

En el siglo XVIII Hughlings Jackson 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 síntomas negativos la pobreza del afecto, del discurso, de la voluntad y de la cognición y 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, Andreasen y Olsen el estado negativo y Carpenter el estado de déficit (pobre competencia social y bajo aprovechamiento educacional) en 1988. Estos tres constructos ayudan a la comprensión de algunos aspectos de la etiología, fenomenología y curso clínico de la esquizofrenia. Los tres han hipotetizado para relacionar los cambios cerebrales estructurales fundamentales, la pobre respuesta al tratamiento neuroléptico, el curso crónico de la enfermedad y los déficits cognitivos (8).

Kraepelin y Bleuler consideraron a la depresión como un importante elemento de la psicopatología esquizofrénica y se han descrito síntomas depresivos relativamente específicos durante la fase aguda de este trastorno (5).

El constructo de síndrome de síntomas negativos tiene características prominentes de anergia, anhedonia y aplanamiento afectivo que fácilmente se confunden con depresión (3). Sin embargo, se diferencia de ésta en que además existe desestructuración del pensamiento y no contiene organización depresiva. La dificultad estriba en que frecuentemente ocurre una depresión junto con los síntomas primarios o fundamentales de la esquizo

frenia 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 en el contexto de la sintomatología psicótica manifiesta pero también ocurre en períodos 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, pronósticas y terapéuticas que dan un valor primordial a realizar el diagnóstico diferencial de esta entidad e incluso la considera como candidata a categoría diagnóstica en el DSM-IV (3).

Estudios recientes señalan que cuando ocurre depresión después de controlada la psicosis tienen 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 se estima 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 de^s-

esperanza y los aspectos psicológicos de la depresión que conlleva las características vegetativas de la misma (3).

Addington (14) reportó una muestra de 50 sujetos que llenaba 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 6 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 la depresión y el intento suicida.

Se ha encontrado una buena correlación entre la depresión post psicótica en esquizofrenia y una adaptación premórbida pobre con rasgos esquizoides o neuróticos, un principio insidioso de los episodios psicóticos y la historia de 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 otros tratamientos por lo que la presentación de un cuadro de depresión secundaria nos cuestiona si el paciente actualmente tiene esquizofrenia o una forma de trastorno afectivo bipolar (3).

Dow Johnson, del Hospital Universitario del Sur de Manchester, realizó un seguimiento prospectivo en 2 grupos distintos de pacientes esquizofrénicos crónicos mantenidos con farmacoterapia y concluyó que el desarrollo de depresión después de un intervalo de 1 año de recuperación de la psicosis indicaba un au

to en el riesgo de recaída en un plazo de 2 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 faltan 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 funcionamiento psicosocial débil, recaída de psicosis y suicidio y considera que el manejo clínico se debe dirigir a los factores de riesgo de recaídas y de suicidio (12).

Es posible que en los esquizofrénicos suicidas exista no solamente una base psicológica sino también una base biológica:

Levy y col. en 1984 (3) encontraron que 10 de 12 hombres con cocientes ventrículo-cerebro mayores de 8.4% tuvieron intento-suicida, en comparación con 2 de 20 con este índice menor de 8.4% que no lo tuvieron.

Se ha sugerido que en la depresión existe una supresión anormal del cortisol a la administración de dexametasona en pacientes esquizofrénicos y hay reportes que refieren que pacientes con síntomas negativos presentan una mayor proporción no supresión. Sin embargo, Minas y col. (11) estudiaron esquizofrénicos en los que realizaron prueba de supresión a la dexametasona y aplicaron escalas de depresión y escalas de síntomas negativos y positivos en 2 etapas del episodio agudo, después de 2 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 positivos y negativos y la no supresión de cortisol ni en la etapa temprana ni en la etapa tardía del episodio agudo y concluyeron que la prueba de supresión a la dexametasona carece de utilidad clínica para identificar la depresión que ocurre comúnmente en la esquizofrenia. Como dato de interés, se sabe que los antiparkinsonianos anticolinérgicos son capaces de interferir-

en la supresión del cortisol a la dexametasona (3).

Se han encontrado niveles elevados de actividad de MAO 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 con depresión unipolar y otra que los neurolépticos se asocian más con la emergencia de sintomatología depresiva 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, estos medicamentos producen síntomas extrapiramidales, incluyendo a la disquinesia tardía, la aquinesia o pérdida de la espontaneidad y la falla para iniciar o mantener actividades con la consecuente anergia y anhedonia que simula depresión. Además la acatisia se acompaña de disforia intensa y se ha asociado a suicidio pero que, cuando es sutil presenta problemas diagnósticos con la depresión. (3)

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

El análisis longitudinal de los datos de un estudio de segui -

miento realizado en Chicago (6), sugiere que la disforia es - frecuentemente parte de un síndrome depresivo completo, con - trastornos del humor como tristeza, de síntomas vegetativos co - mo insomnio, anorexia, pérdida de peso y fatiga y de síntomas - cognitivos congruentes con el humor como pensamientos suicidas, baja autoestima, desesperanza. A la pregunta de si esta disfo - ria o depresión está limitada al período post psicótico inme - diato o continúa después de años, varias investigaciones seña - lan que aún años después del período post psicótico inmediato, un número considerable de esquizofrénicos muestra señales de - depresión.

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

Además, existe dificultad para la identificación de los efec - tos colaterales de los fármacos y es bien conocida la atribu - ción equivocada de efectos colaterales a la enfermedad psiquiá - trica primaria en enfermos crónicos. Así, por ejemplo, elemen - tos de una disquinesia tardía severa puede, a veces, ser clíni - camente confundida con conducta psicótica regresiva y la acati - sia puede ser tratada como ansiedad o aún como agitación psicó - tica, con consecuencias desastrosas para el paciente (6).

Varios autores (3) han efectuado tres tipos de estudios para - determinar si lo que consideran síntomas depresivos son causa - dos o no por los neurolépticos:

1. En un cuadro de psicosis aguda donde existe sintomatología - depresiva poco obvia por lo florido de la psicosis, administra - ron neuroléptico y éste disminuye la sintomatología psicótica - y también la depresiva.

2. Se comparan pacientes tratados con neurolépticos y pacien -

tes no tratados con estos medicamentos y se encuentra una frecuencia mayor de los no tratados. Ya Robertson y Trimble, (3) - en 1982, habían encontrado que los neurolépticos tienen un efecto terapéutico potencial en la depresión psicótica o la depresión agitada.

3. 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 el nivel en plasma y en 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 sólo en el contexto del episodio psicótico, por lo que el hallazgo de eficacia de estos medicamentos en la depresión secundaria constituiría una justificación de utilidad clínica para identificar este síndrome y aunque no es concluyente, existen reportes (3) de que los tríclicos 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 más como aquinesia producida por neurolépticos que por depresión en sí. (3)

Es importante hacer el diagnóstico diferencial entre depresión y otras entidades nosológicas: (3)

- médicas: alcoholismo, abuso de sustancias, otras causas orgánicas de depresión,
- medicamentos que causan depresión como antihipertensivos,
- reacción de decepción o frustración ya que los esquizofrénicos reaccionan con disforia ante su padecimiento y por su falta de habilidad social o por el uso que hacen de caminos idiosincráticos 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 intervención psicosocial y no a fármacos,
- síndrome hipoquinético que incluye actividad motora retardada y dificultad para iniciar y mantener el movimiento, anhedonia con ánimo depresivo, aplanamiento afectivo y alteración cognitiva que se confunde con la depresión y los síntomas negativos de la esquizofrenia y está producida por los neurolépticos (10).

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

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

Un método válido para valorar la depresión podría ser combinar evaluaciones enfocadas desde diferentes puntos de vista. Lindenmayer 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); 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 algunos aspectos 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 globales sugieren que la depresión y los síntomas negativos son entidades independientes o más aún, se correlacionan negativamente. Sin embargo investigaciones recientes que examinan más específicamente las categorías de síntomas negativos y 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 depresivos (ánimo deprimido, culpa), no se pudo demostrar una relación con los síntomas negativos. Caig y col. (15) usando la Escala de Hamilton para depresión, entre otros instrumentos, intentaron caracterizar la naturaleza multivariada de las categorías del afecto en esquizofrénicos y, a pesar de la heterogeneidad de las categorías afectivas, el estudio de Craig encontró una separación relativamente clara entre la depresión y los síntomas negativos. Utilizando una metodología similar pero con diferentes instrumentos de categorización del afecto, Lindenmayer y Kay (16) encontraron tres dimensiones afectivas: inconexión emocional, inexpresividad afectiva y afecto inapropiado (denotando pobre modulación afectiva). Sus dos primeros factores se correlacionaron 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 fué distinto a dichos síntomas.

Las investigaciones (5) que han evaluado la relación entre los síntomas negativos y los positivos y la depresión en esquizofrenia, lo han hecho con instrumentos de categorización empleados para medir cada uno de estos constructos por separado. Hay unos estudios (17) que utilizaron escalas específicas de síntomas negativos como SANS y otros (18) que utilizaron escalas para depresión como HAM-D. Mientras que el SANS y los similares

instrumentos se desarrollaron prospectivamente y se destinaron para usarse en poblaciones esquizofrénicas, los instrumentos de categorización depresiva como HAM-D fueron específicamente diseñados y validados en poblaciones de depresivos, no en esquizofrénicos. Sin embargo, HAM-D sigue siendo una de las escalas de depresión más utilizadas en esquizofrenia, a pesar de su uso destinado a deprimidos y de la escasez de estudios dirigidos a revisar la significancia de un instrumento que fué diseñado para un grupo afectivo homogéneo como los deprimidos, que se usa en una población que no es homogénea con respecto al afecto, como los esquizofrénicos.

A este respecto Goldman (5) realizó un estudio que contiene 3 partes:

1. examen empírico del resultado de categorías depresivas en esquizofrénicos, utilizando HAM-D,
2. examen del grado de relación entre síntomas negativos y depresión, y
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 afecto en esquizofrénicos. En 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 de depresivos (culpa, humor depresivo, suicidio), ansiedad, insomnio y factor somático. En esta muestra esquizofrénica el núcleo depresivo y el sondeo post tratamiento dieron validez al instrumento; la estructura del HAM-D en la línea basal y después del tratamiento reveló que esta escala fué sensible a otros elementos de la esquizofrenia como agitación, disfunción somática y síntomas negativos, y a pesar de que la sintomatología general disminuyó significativamente con los neurolépticos, continuó la depresión nuclear. Estudios hechos por Knights (19) Siris (20) y Green (21), examinan el fenómeno de la depresión -

post psicótica han encontrado que la depresión "per se" puede no aumentar después de la resolución de la psicosis, pero los síntomas depresivos parecen prominentes después de la etapa post psicótica; lo que fué apoyado por el estudio de Goldman (5).

Newcomer (8) planteó que existe correlación significativa entre algunas características de la depresión en la Escala de Hamilton y los síntomas negativos medidos con BPRS. Y también que ocurre correlación entre los síntomas negativos y varios síntomas parkinsonianos en pacientes medicados, lo que abrió la posibilidad de que la correlación entre depresión y síntomas negativos sea aparente y esté mediada por efecto de los neurorolépticos.

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 apartados de depresión de HAM-D y BPRS y se valoró el grado de asociación entre síntomas negativos medidos con BPRS y los síntomas depresivos medidos con 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 del BPRS.

BPRS-NEG: afecto aplanado, retiro emocional, retardo motor, que formaron un factor denominado retiro-retardo, relacionado íntimamente con SANS.

HAMILTON-D: trabajo/actividades, retardo, ánimo depresivo, ansiedad psíquica, ansiedad somática, hipocondriasis, culpa.

En este estudio se encontró un grado significativo de asociación entre las medidas de depresión de BPRS-DEP y HAM-D y también se correlacionó significativamente la puntuación total de 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 esta correlación entre la puntuación global de Hamilton-D y BPRS-DEP, 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, retardo motor y disminución de la libido, los cuales estuvieron disminuídos.

En el estudio (8) que se está comentando de pacientes no medicados, se traslaparon 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.

Como en 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 relacionados con BPRS-NEG; mientras que los apartados que reflejan otras características de depresión, estuvieron significativamente correlacionadas con BPRS-NEG, lo que permite concluir que mientras que el afecto depresivo puede distinguirse del afecto aplanado, algunos síntomas son comunes a los estados depresivo y negativo (8)

Los resultados sugieren que los cuatro 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 podrían 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 (8).

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

Para detectar la existencia de datos extrapiramidales que pudieran traslaparse con los síntomas depresivos, se utilizó la Escala de Di Mascio.

II. OBJETIVOS:

1. Análisis de confiabilidad inter-evaluador de la Escala Calgary para Depresión en Esquizofrenia.
2. Correlación entre las escalas Calgary y Di Mascio.

III. METODOLOGIA:

Los sujetos de estudio fueron 56 pacientes que acudieron a control al Servicio de Consulta Externa del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez".

Con la finalidad de tener más información, se recolectaron datos demográficos: sexo, edad, estado civil, escolaridad y ocupación. Se investigó sobre el abuso de drogas como tabaco, cannabis y 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 misma entrevista dos evaluadores aplicaron la Escala Calgary para Depresión en Esquizofrenia, calificándola por separado para tener un parámetro de comparación que diera idea sobre la reproducibilidad de la prueba.

También aplicaron la Escala de Di Mascio para medir 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 medidas repetidas.

IV. RESULTADOS:

Se incluyeron 56 pacientes, 51 con diagnóstico de esquizofrenia y 5 con diagnóstico 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 predominantes 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%) casados. 17 (42%) tenían actividad remunerada y 23 (57%) no la tenían. Del sexo femenino fueron 16 pacientes (28.5%), con edad promedio de 40.6 años; su escolaridad predominante fué: 5 (31.2%) con primaria incompleta y 6 (37.5%) con primaria completa. De ellas 9 (56%) eran solteras y 7 (43.7%) - casadas.

De la muestra general, 19 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 las fenotiazinas de cadena piperidínica: trifluoperazina y perfenazina (39%), segui-

das de haloperidol (12.5%). La dosis promedio expresada en miligramos de haloperidol fué de 7.9 mg al día; 39 pacientes recibían biperidén y 6 trihexifenidilo 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/día.

Tabla 1: datos demográficos.

SEXO	MASCULINO	FEMENINO
No. DE PACIENTES	40 (71.4%)	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	----	5 (31.2%)
primaria completa	15 (37.5%)	6 (37.5%)
secundaria inkompl.	12 (30%)	----
OCUPACION:		
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 MAXIMA	35.0 mg/d	10.0 mg/d	15.0 mg/d	600 mg/d
DOSIS MINIMA	0.5 mg/d	2.0 mg/d	0.5 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 fué la siguiente:

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

La Correlación de Pearson entre las escalas Calgary y Di Mascio fué de $r = 0.268$

$$r^2 = \frac{0.07}{0.268^2} \quad p = 0.098$$

por lo que 7% de la varianza del Calgary se explica por síntomas extrapiramidales.

Con la "t" de student para medidas repetidas se encontró que no hay diferencia entre Calgary 1 y Calgary 2, ya que la "t" fué de 0.646, lo que no es estadísticamente significativo.

La puntuación más alta de Calgary 1 fué de 16 y la de Calgary-2 de 15; la mínima fué en las dos de 0.0; la media en Calgary-1 fué de 3.0 y en Calgary 2 fué 3.1. La

En cuanto a la escala de Di Mascio la puntuación máxima fué de 7, la mínima de 0.0 y la media de 1.875 y la Correlación de Pearson entre el Calgary y los miligramos de neuroléptico fué de 0.384.

	CALGARY 1	CALGARY 2	DI MASCIO
MAXIMO	16.000	15.000	7.000
MINIMO	0.000	0.000	0.000
MEDIA	3.000	3.143	1.875

V. DISCUSION.

Existen numerosas publicaciones que refieren la existencia de depresión post psicótica en pacientes esquizofrénicos y la relacionan con el riesgo de recaídas de psicosis y de suicidio. También mencionan la dificultad para encontrar categorías diagnósticas que diferencien los síntomas depresivos de los síntomas negativos característicos de la esquizofrenia y de los efectos colaterales causados por los neurolépticos.

En el presente estudio se planteó la detección de síntomas depresivos utilizando la Escala Calgary cuyos apartados son: humor depresivo, desesperanza, autodevaluación, ideas de referencia de culpa, culpa patológica, depresión matutina, suicidio y datos de depresión observados por el entrevistador, que se califican como (0) ausente, (1) leve, (2) moderada, (3) severa.

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

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

Aplicada la Escala Calgary por dos evaluadores, no se obtuvo diferencia estadística significativa entre ellos, lo que indica que esta escala es reproducible cuando se aplica a pacientes esquizofrénicos.

La dosis media de neurolépticos fué de 7.9 mg/día y la Correlación de Pearson entre el Calgary y la dosis de estos fármacos fué solamente de 0.384.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

La puntuación media de la Escala de Di Mascio fué 1.875, lo que sugiere que la prevalencia de síntomas extrapiramidales de esta muestra fué 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 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 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 deben a los síntomas extrapiramidales producidos por neurolépticos.

VI. BIBLIOGRAFIA

1. Bleuler E.: Tratado de Psiquiatría; Espasa Calpe; 2a. Edición; Barcelona 1987; pp 318-325.
2. Coderch J: Psiquiatría Dinámica; Editorial Herder; 4a. Edición; Barcelona 1987; pp 318-325.
3. Siris S.: Diagnosis of secondary depression in schizophrenia Implications for DSM-IV; Zschizophrenia Bulletin, 17 (1): 75-98, 1991.
4. Kulhara P.: A study of negative symptoms in schizophrenia and depression; Comprehensive Psychiatry, 28 (3): 229-235, 1987.
5. Goldman R.: Measurement of depression and negative symptoms in schizophrenia; Psychopathology, 25: 49-56, 1992.
6. Harrow M.: Neuroleptic depression in schizophrenia; Biological Psychiatry, 30: 844-848, 1991.
7. Johnson D.: The significance of depression in the prediction of relapse in chronic schizophrenia; British Journal of Psychiatry, 152: 320-323, 1988.
8. Newcomer J.: Distinguishing depression and negative symptoms in unmedicated patients with schizophrenia; Psychiatry Research, 31: 243-250, 1989.

9. Lindenmayer J.: Multivantaged assessment of depression in schizophrenia; *Comprehensive Psychiatry*, 33 (4): 221-232, 1992.
10. Bermanzohn P.: Akinesia; A syndrome common to parkinsonism, retarded depression, and negative symptoms of schizophrenia *Comprehensive Psychiatry*, 33 (4): 221-232, 1992.
11. Minas I.: Depression, negative and positive symptoms, and - DST in schizophrenia; *Schizophrenia Research*, 3 (5-6): 321 - 327, 1990.
12. Becher R.: Depression in schizophrenia: Hospital Community *Psychiatry*, 39 (12): 1269-1275, 1988.
13. Addington Donald: The Calgary depression scale. General - Instructions; Department of Psychiatry. Foothills Hospital
14. Addington D.: Attempted suicide and depression in - schizophrenia; *Acta Psychiatry Scandinavia*, 85 (4): 288 - 291, 1992.
15. Craig T.: Measurement of mood and affect in schizophrenia inpatients; *American Journal Psychiatry*, 142: 1272-1277, - 1985.
16. Lindenmayer J.: Affective impairment in young acute - schizophrenics: Its structure, course and prognostic - importance; *Acta Psychiatry Scandinavia*, 75: 287-296, 1987.
17. Andreasen N.: Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS); University of Iowa, 1983.
18. Hamilton M.: Development of a rating scale for primary - depressive illness; *British Journal Society Clinical - Psychology*, 6: 278-296, 1967.
19. Kinghts A.: "Revealed" depression and drug treatment for - schizophrenia; *Archive General Psychiatry*, 38: 806-811, - 1981.
20. Siris S.: Postpsychotic depression and negative symptoms: An investigation of syndromal overlap; *American Journal - Psychiatry*, 145: 1532-1537, 1988.
21. Green M.: The temporal relationship between depressive and psychotic symptoms in recent-onset schizophrenics; *American Journal Psychiatry*, 147: 179-182, 1990.

GUIA DE ENTREVISTA PARA LA ESCALA CALGARY DE DEPRESION
PARA ESQUIZOFRENICOS

Entrevistador: Haga la primera pregunta como está escrita; use las frases siguientes a su criterio.
Revise en forma consecutiva los incisos y califique de acuerdo a su criterio.
El tiempo comprende las dos últimas semanas.
El último ítem, No. 9, debe basarse en las observaciones de toda la entrevista.

1. DEPRESION.

- ¿Cómo describiría su estado de ánimo en las 2 últimas semanas?
- Durante este tiempo ¿se ha sentido o ha estado deprimido o desanimado?
- En sus propias palabras diga cómo se ha sentido en las 2 últimas semanas ¿qué tan seguido se ha sentido... (sus palabras), ¿todos los días? o ¿todo el día?

0 Ausente.

- 1 Leve: Expresa cierta tristeza o desaliento cuando se le pregunta.
- 2 Moderado: En las 2 últimas semanas ha existido humor depresivo todos los días o durante la mitad del día.
- 3 Severo: Animo marcadamente deprimido diariamente por más de la mitad del tiempo en las últimas 2 semanas, interfiriendo con el funcionamiento motor y social normal.

2. DESESPERANZA.

- ¿Cómo ve el futuro para usted?
- ¿Tiene planes para su futuro o su vida parece sin esperanza?
- ¿Se ha dado por vencido o todavía parece haber alguna razón para intentar hacer algo en la vida?

0 Ausente.

- 1 Leve: En la última semana por momentos ha sentido desaliento, pero todavía conserva cierto grado de esperanza en el futuro.
- 2 Moderado: Sensación persistente y moderada de desesperanza durante la última semana, pero se le puede persuadir para que admita la posibilidad de que las cosas son mejores de como las percibe.
- 3 Severo: Sensación persistente y angustiada de desesperanza.

3. AUTODEVALUACION.

- ¿Cuál es su opinión sobre sí mismo comparado con las demás personas?

3. AUTODEVALUACION.

- ¿Se siente mejor o no tan bueno como la mayoría de las personas?
- ¿Se siente inferior o incluso devaluado?

0 Ausente.

- 1 Leve: Siente un poco de inferioridad sin llegar a sentirse devaluado.
- 2 Moderado: El sujeto se siente devaluado pero menos del 50% del tiempo.
- 3 Severo: El sujeto se siente devaluado más del 50% del tiempo. Puede ser confrontado para que perciba las cosas de otra manera.

4. IDEAS DE REFERENCIA CULPOSAS.

- ¿Ha tenido la sensación de que lo están culpando por algo o tal vez que lo están acusando injustamente, ¿de qué lo culpan? (no incluir acusación justificada). Se excluyen ideas delirantes de culpa.

0 Ausente.

- 1 Leve: El sujeto se siente culpado pero no acusado menos del 50% del tiempo.
- 2 Moderado: Sensación persistente de ser culpado, y/o sensación ocasional de ser acusado.
- 3 Severo: Sensación persistente de ser acusado. Cuando se le confronta admite que esto no es real.

5. CULPA PATOLÓGICA.

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

0 Ausente.

- 1 Leve: El sujeto algunas veces siente culpa por alguna falta pequeña pero menos del 50% del tiempo.
- 2 Moderado: Durante más del 50% del tiempo el sujeto siente culpa por acciones pasadas cuyo significado exagera.
- 3 Severo: Por lo general, el sujeto se siente culpable de todo lo que ha salido mal, aun cuando no haya tenido la culpa.

6. DEPRESION MATUTINA.

- Si se ha sentido deprimido en las 7 últimas semanas, ¿ha notado si la depresión empeora a una hora especial del día?

0 Ausente.

6. DEPRESION MATUTINA.

- 1 Leve: La depresión está ^{presente} ausente pero no hay variación diurna.
- 2 Moderado: Espontáneamente menciona que la depresión empeora en la mañana.
- 3 Severo: Hay marcado empeoramiento de la depresión en la mañana con deterioro funcional que mejora en la tarde.

7. DESPERTAR TEMPRANO.

- ¿Despierta más temprano de lo que es normal para usted?
- ¿Cuántas veces a la semana pasa esto?
- 0 Ausente: No hay despertar temprano.
- 1 Leve: Ocasionalmente despierta (hasta 2 veces a la semana) una hora o más antes de su hora normal de despertar o de que suene el despertador.
- 2 Moderado: A menudo despierta (hasta 5 veces a la semana) una hora o más antes de su hora normal de despertar o de que suene el despertador.
- 3 Severo: Diariamente se despierta una hora o más antes de su hora normal de despertar.

8. SUICIDIO.

- ¿Ha sentido que la vida ya no tiene sentido vivirla?
- ¿Alguna vez sintió deseo de terminar con su vida?
- ¿De qué manera pensó hacerlo?
- ¿Lo ha intentado realmente?
- 0 Ausente.
- 1 Leve: Pensamientos frecuentes de que sería mejor estar muerto o pensamientos ocasionales de suicidio.
- 2 Moderado: Considerar deliberadamente un plan de suicidio pero sin haber llevado a cabo un intento.
- 3 Severo: Intento suicida ideado aparentemente con la idea de morir (ej.: descubrimiento accidental, recursos ineficaces).

9. DEPRESION OBSERVADA.

- Basada en las observaciones del entrevistador a lo largo de la entrevista y la pregunta ¿siente deseos de llorar?, utilizada en momentos apropiados de la entrevista puede proporcionar información útil para esta observación.
- 0 Ausente.

- 1 Leve: El sujeto impresiona triste y apesadumbrado durante partes de la entrevista, matiza afectivamente un discurso neutral.
- 2 Moderado: El sujeto impresiona triste y lúgubre a lo largo de la entrevista, su voz es monótona y melancólica y está lloroso o llora por momentos.
- 3 Severo: El sujeto se estanca en temas angustiantes, con frecuencia suspira profundamente y llora en forma abierta, o persiste en un estado de sufrimiento permanente.

GUIA DE ENTREVISTA PARA LA ESCALA CALGARY DE DEPRESION
PARA ESQUIZOFRENICOS

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

ENTREVISTADOR: _____ FECHA: _____

	<u>AUSENTE</u>	<u>LEVE</u>	<u>MODERADO</u>	<u>SEVERO</u>
1. DEPRESION	0	1	2	3
2. DESESPERANZA	0	1	2	3
3. AUTODEVALUACION	0	1	2	3
4. IDEAS DE REFERENCIA CULPOSAS	0	1	2	3
5. CULPA PATOLOGICA	0	1	2	3
6. DEPRESION MATUTINA	0	1	2	3
7. DESPERTAR TEMPRANO	0	1	2	3
8. SUICIDIO	0	1	2	3
9. DEPRESION OBSERVADA	0	1	2	3

TOTAL: _____

Calgary Depression Scale, D. Addington & J. Addington

ESCALA DE EVALUACION PARA SINTOMAS EXTRAPIRAMIDALES

Nombre del paciente: _____ No. _____

Fecha: _____ Hora: _____ Evaluador: _____

1. SINDROME PARKINSONICO.

A) EXPRESION FACIAL:

0 = normal.

1 = discretamente rígida.

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

3 = cara de máscara.

B) TEMBLOR.

0 = ausente.

1 = temblores finos que pueden suprimirse voluntariamente.

2 = temblores moderadamente dominantes que no se suprimen voluntariamente.

3 = temblores persistentes.

C) AQUINESIA.

0 = ausente

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

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

3 = marcha sumamente rígida y lenta.

D) RIGIDEZ.

0 = tono muscular normal.

1 = hipertonia muscular 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.

1. SINDROME PARKINSONICO

D) RIGIDEZ.

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

2. ACATISIA.

0 = ausente

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

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

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

3. DISTONIA.

0 = ausente

1 = el paciente refiere espasmos ocasionales en ojos, brazos o cuello.

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

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