

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA

FACULTAD DE MEDICINA

TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA

HOSPITAL DE ATENCION PSICOSOCIAL "DR. JOSE DOLORES FLETES VALLE"



COMORBILIDAD DEPRESIVA EN PACIENTES ESQUIZOFRENICOS DEL HOSPITAL DOCENTE DE ATENCION PSICOSOCIAL "JOSE DOLORES FLETES VALLE", EN EL PERIODO DE ENERO 2011 A OCTUBRE 2012

AUTOR: DRA. AMELIA SOFIA HERNANDEZ ACEVEDO
MEDICO RESIDENTE DE III AÑO

TUTOR: DR. LUIS ALONSO MOLINA DAVILA
MEDICO PSIQUIATRA

ASESOR METODOLOGICO: DR. MANUEL ENRIQUE PEDROZA PACHECO
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN UNAN-MANAGUA

MANAGUA, FEBRERO DE 2013.

CD021^H517^2013

AGRADECIMIENTO

A Dios

Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mis maestros

Dr. Luis Alonso Molina por su gran apoyo y motivación para la culminación de nuestros estudios profesionales y para la elaboración de esta tesis; al Dr. Manuel Enrique Pedroza Pacheco por el apoyo ofrecido en este trabajo, por el tiempo compartido y por impulsar el desarrollo de nuestra formación profesional.

DEDICATORIA

A mi madre Cándida Acevedo Ocón.

Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

A mi padre Ramón Hernández Buitrago.

Por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor.

OPINON DEL TUTOR

Los trastornos afectivos y la esquizofrenia se han descrito como padecimientos de exclusión mutua en los sistemas diagnósticos de las enfermedades, en los últimos años se ha documentado que la depresión se presenta frecuentemente en los pacientes esquizofrénicos. La autora del presente estudio se sintió motivada en el pabellón 4 cuando se formulaba la pregunta que notaba a los pacientes esquizofrénicos deprimidos, también se cuestionaba de que si realmente era un trastorno esquizoafectivo. Le sugerimos hacer el presente estudio, el cual cumple con todos los requisitos metodológicos y científicos.

No puedo cerrar esta opinión sin antes resaltar la trayectoria como profesional y como persona de la Dra. Amelia Hernández demostrada en estos tres años de residencia en el hospital psicosocial, siempre aceptando los retos académicos desde el primer día de su formación.

Dr. Luis Alonso Molina Dávila

Médico Psiquiatra

INDICE

| | |
|--|-----------|
| 1. INTRODUCCION..... | 1 |
| 2. ANTECEDENTES..... | 2 |
| 3. JUSTIFICACION..... | 4 |
| 4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 5 |
| 5. OBJETIVOS..... | 6 |
| 6. MARCO TEORICO..... | 8 |
| 6.1 DEPRESION..... | 8 |
| 6.1.1 Etiología de la Depresión..... | 8 |
| 6.1.2 Características de la Depresión..... | 10 |
| 6.1.3 Tipología de la Depresión..... | 12 |
| 6.1.4 Factores de Riesgo de la Depresión..... | 13 |
| 6.1.5 Métodos Diagnósticos de la Depresión..... | 15 |
| 6.2 ESQUIZOFRENIA..... | 16 |
| 6.2.1 Etiología de la Esquizofrenia..... | 16 |
| 6.2.2 Características de la Esquizofrenia..... | 18 |
| 6.2.3 Tipología de la Esquizofrenia..... | 20 |
| 6.2.4 Factores de Riesgo de la Esquizofrenia..... | 20 |
| 6.2.5 Métodos Diagnósticos de la Esquizofrenia..... | 21 |

| | |
|--|-----------|
| 6.3 HISTORIA DEL HOSPITAL DOCENTE DE ATENCION PSICOSOCIAL “DR. JOSE DOLORES FLETES VALLE” | 25 |
| 6.4.1 Historia del Hospital Docente de Atención Psicosocial..... | 25 |
| 6.4.2 Características del Hospital Docente de Atención Psicosocial..... | 27 |
| 6.4.3 Capacidades Técnicas del Hospital Docente de Atención Psicosocial..... | 29 |
| 6.4.4 Organización del Hospital Docente de Atención Psicosocial..... | 30 |
| 7. HIPOTESIS..... | 32 |
| 8. DISEÑO METODOLOGICO..... | 33 |
| 9. RESULTADOS..... | 42 |
| 10. DISCUSION DE RESULTADOS..... | 72 |
| 11. CONCLUSIONES..... | 75 |
| 12. RECOMENDACIONES..... | 76 |
| 13. RESUMEN..... | 77 |
| 14. BIBLIOGRAFIA..... | 82 |

1. INTRODUCCION

Dada la importante prevalencia de síntomas depresivos en personas de edad media y mayores de edad merece la pena investigar la asociación entre dichos síntomas afectivos en pacientes esquizofrénicos en estos rangos de edades.

Aunque los trastornos afectivos y la esquizofrenia se han descrito como padecimientos de exclusión mutua en los sistemas diagnósticos y en las clasificaciones de las enfermedades, recientemente se ha documentado que la depresión se presenta frecuentemente en los pacientes esquizofrénicos, (Conrad K. 1997; Drake RE, Cotton PG. 1986; Harold I. Kaplan, M.D 2008).

Los síntomas más prevalentes atraviesan varios dominios del síndrome depresivo: psicológico (ánimo, depresión, ansiedad), cognitivo (culpa, desesperanza, auto depreciación), somática (insomnio, anorexia, pérdida de la libido), psicomotor (retraso y agitación) y funcionales (disminución en el trabajo y actividades).

Se ha estimado que el 60% de los pacientes con esquizofrenia presentan un episodio depresivo mayor durante el curso del padecimiento, lo que resulta elevado al compararlo con la prevalencia de la población general.

Como sabemos la esquizofrenia es una enfermedad crónica, que frecuentemente tiene efectos devastadores sobre la vida del paciente, su familia y la comunidad, lo que le concede a este trastorno particularidad e importancia para los especialistas de salud mental ya que estos pacientes son vulnerables al no tener un hogar estable y presentar problemas socioeconómicos y alto riesgo suicida.

2. ANTECEDENTES

Se han sintetizado las características depresivas en los pacientes esquizofrénicos, referente a esto McGlashan (1976) describe como características la anergia, neurastenia, sentimientos de vacío, ideas suicidas y alteración de las relaciones interpersonales.

El consenso español sobre evaluación y tratamiento de la esquizofrenia (1998) sitúa en un 50% la prevalencia de sintomatología depresiva en pacientes esquizofrénicos. Además reportan diversos estudios que han coincidido en encontrar mayor prevalencia (22-75%) en primeros episodios frente a la de episodios posteriores (4%). En los esquizofrénicos crónicos la prevalencia oscila entre 7 y 30%.

Bitchwood (1998) en su estudio concluyó que un 78% de los pacientes esquizofrénicos, los síntomas depresivos evolucionan paralelamente a los síntomas positivos. Aplicando la escala de Calgary encontró que el 20% de los pacientes esquizofrénicos presentaban desesperanza y auto devaluación, el 40% ideas de referencias culposas y culpa patológica, el 30% tenían depresión matutina y despertar temprano, 29% presentaban ideas o intentos suicidas. No observó depresión en el 49% y la depresión predominante fue la moderada en un 60%.

En la revista de salud mental de México del año 2001 se publicó un estudio sobre pacientes esquizofrénicos con y sin depresión. Encontrando que el 62.7% de los pacientes esquizofrénicos presentaron depresión, la cual estuvo asociada a síntomas psicóticos, uso de biperideno y estado conyugal soltero.

En un metanálisis realizado en el año 2006 que agrupó estudios de registro del grupo Cochrane, Clinpsych, Library, Embase y Medline, se encontró que los antidepresivos pueden ser benéficos para las personas que tienen depresión y esquizofrenia y que los

síntomas depresivos se encuentran en un 50% de los pacientes que tienen diagnóstico nuevo de esquizofrenia y un 33% de las personas con esquizofrenia que tienen recaídas.

Zenelia Morales en 2006 realizó un estudio acerca de la comorbilidad depresiva en pacientes esquizofrénicos del Hospital de Atención Psicosocial “José Dolores Fletes Valle” en el cual se determinó que en los pacientes en fase aguda de la enfermedad el 51.3% se encontraban deprimidos y en un 12.8% esta depresión era severa y con ideas de desesperanza de moderadas a severas en el 10.3% de los pacientes en estudio y el suicidio que abarca tanto las ideas como los intentos del mismo se presentaron en forma moderada en el 15.4% siendo los más afectados los pacientes de 14 a 35 años.

3. JUSTIFICACION

En diversos estudios se reporta una incidencia de depresión en la esquizofrenia representando un reto diagnóstico y terapéutico para el facultativo, así mismo representa un mayor riesgo suicida y mayor tiempo de estancia hospitalaria. Ambas patologías representan sufrimiento para el paciente ya sea por la agobiante tristeza o los síntomas psicóticos.

Por estos motivos consideramos necesario dar seguimiento a la investigación iniciada por la Dra. Zenelia Morales en 2006 identificando patrones de síntomas y características depresivas en pacientes esquizofrénicos ingresados tanto en los pabellones de agudo y crónico de varones del Hospital de Atención Psicosocial “Dr. José Dolores Fletes Valle” estableciendo comparaciones entre estos grupos poblacionales.

4. TEMA:

Comorbilidad depresiva en pacientes esquizofrénicos de los pabellones de varones del Hospital Docente de Atención Psicosocial “Dr. José Dolores Fletes Valle”, en el período de Enero 2011-Octubre 2012.

CARACTERIZACION DEL PROBLEMA

La depresión es un desorden del estado de ánimo que aflige al 15% de la población adulta en cualquier momento de su vida, y aunque los trastornos afectivos y la esquizofrenia se han descrito como padecimientos de exclusión se ha descrito que la depresión se presenta con frecuencia en pacientes con esquizofrenia.

DELIMITACION DEL PROBLEMA

A raíz de un incremento en el intento de suicidio y suicidio consumado en los pacientes ingresados en las salas de varones del hospital se realizará este estudio para determinar la comorbilidad depresiva en pacientes esquizofrénicos ingresados en las salas de agudo y crónico de varones del Hospital Docente de atención Psicosocial “Dr. José Dolores Fletes Valle”

FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuál es la comorbilidad depresiva en pacientes esquizofrénicos de los pabellones de varones del Hospital Docente de Atención Psicosocial “Dr. José Dolores Fletes Valle”, en el período de Enero 2011-Octubre 2012?

5. OBJETIVO GENERAL:

Evaluar la comorbilidad depresiva en pacientes esquizofrénicos de los pabellones de varones del Hospital Docente de Atención Psicosocial “Dr. José Dolores Fletes Valle”, en el período de Enero 2011-Octubre 2012.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Describir las características bio-psico-sociales de los pacientes esquizofrénicos del Hospital Docente de Atención Psicosocial “Dr. José Dolores Fletes Valle”, en el período de Enero 2011-Octubre 2012.
2. Analizar la comorbilidad depresiva en pacientes esquizofrénicos del Hospital Docente de Atención Psicosocial “Dr. José Dolores Fletes Valle”, en el período de Enero 2011-Octubre 2012.
3. Determinar la relación entre los factores bio-psico-sociales y la comorbilidad depresiva en pacientes esquizofrénicos del Hospital Docente de Atención Psicosocial “Dr. José Dolores Fletes Valle”, en el período de Enero 2011-Octubre 2012.

6. MARCO TEORICO

6.1 DEPRESIÓN:

Se usa la palabra ánimo para describir una serie de complicados sentimientos tanto psicológicos como somáticos y que afectan el comportamiento hacia los demás, la productividad y la habilidad para relajarse y la actitud hacia uno mismo; “Estoy de un gran ánimo hoy”, “Me siento en la cima del mundo”. Cuando el ánimo es bueno el individuo se siente enérgico, optimista acerca del futuro, disfruta de estar con otras personas, tiene buen apetito y duerme profundamente por las noches despertando con energía y listo para el nuevo día. Un mal humor da lugar a una serie de sentimientos opuestos tanto en las relaciones con los demás, el nivel de energía, la autoestima entre otros aspectos de la vida del individuo. Esta gama de cambios en el estado de ánimo es lo que llamamos depresión.

La depresión es un desorden del estado de ánimo que aflige al 15% de la población adulta en cualquier momento de su vida (Mondimore, 2006, p 75).

ETIOLOGÍA DE LA DEPRESION

Existen diversas teorías sobre la etiología de la depresión entre las que encontramos la teoría de la vulnerabilidad cognitiva en la que se plantea una estrecha relación entre la actividad mental y la experiencia de episodios y síntomas depresivos en el individuo esto asociado al hecho de que la cognición abarca procesos mentales como percepción, aceptación, juicio y raciocinio entre otros, también definen la vulnerabilidad como una característica interna y estable del individuo que lo predispone a desarrollar depresión en

dependencia de la ocurrencia de acontecimientos negativos, según los investigadores estas variables cognitivas tienen implicaciones significativas en el inicio, mantenimiento y remisión de la depresión; por otro lado, la teoría de la desesperanza es otra teoría cognitiva de estrés diátesis en la que se postulan una serie de contribuciones que al interactuar culminan en el desarrollo de un subtipo de depresión, la depresión con desesperanza, esta teoría plantea tres circunstancias distintas que contribuyen a la causa de los cuadros depresivos: 1) La tendencia a generalizar las atribuciones negativas a situaciones estables, 2) La tendencia a percibir eventos negativos como consecuencias desastrosas en la vida y 3) La tendencia a verse a sí mismo como defectuoso o deficiente y sus respectivas consecuencias en el desempeño grupal del individuo, cada elemento predispone al sujeto al desarrollo de depresión con desesperanza aumentando la probabilidad de eventos negativos ya que la desesperanza es la expectativa de la ocurrencia de acontecimientos negativos y que los acontecimientos positivos no ocurrirán eventos que acoplados al no hacer algo para cambiar esto desembocan en un franco cuadro depresivo.

En la teoría cognitiva de Beck, similar a la de la desesperanza, se postula un esquema de almacenamiento de bloques o cuerpos de conocimientos (como las representaciones mentales del yo y las experiencias previas) que están integradas a las características de la personalidad del individuo y cuando este individuo es enfrentado a una situación se activa el esquema (dibujo técnico) más pertinente para dicha situación influenciando el esquema la manera en que la persona percibe, codifica y recupera información estimando la situación, Beck propone que ha individuos que poseen esquemas que originan depresión confiriéndole vulnerabilidad ante la misma ya que este esquema se activa ante la ocurrencia de acontecimientos negativos y una vez activado se genera un patrón negativamente parcial autorreferencial de procesamiento de la información caracterizados por errores negativos en el pensamiento aumentando así la probabilidad de desarrollar la triada cognitiva negativa de Beck en la depresión: 1) Visión negativa de sí

mismo, 2) Visión negativa del mundo y 3) Visión negativa de futuro. La teoría de estilos de respuesta se desarrollo originalmente para determinar las respuestas ante los síntomas depresivos entre mujeres y hombre considerando que las mujeres los experimentan con mayor intensidad, y plantea que la forma en la cual los individuos responden a los síntomas depresivos determina tanto la severidad como la duración de los mismos, dos de esas respuestas proponen: la rumiación y la distracción, sosteniendo que los individuos que se involucran en respuestas meditabundas son propensos a experimentar aumento en la severidad y duración de los síntomas mientras que aquellos que utilizan la distracción como respuesta son propensos a experimentar alivio (Johnson DA. 1988).

En relación a la personalidad y la depresión encontramos que investigadores de diversas orientaciones teóricas han declarado que ciertos rasgos de personalidad como la vulnerabilidad son factores predisponentes para la depresión aunque existen diferencias conceptuales cada teoría propone una predisposición en la personalidad unos centrados en los problemas interpersonales y otros en función del rendimiento del individuo, los teóricos psicodinámicos etiquetan estas predisposiciones de la personalidad como dependencia y autocrítica, mientras que los teóricos cognitivos como sociotropía y autonomía, siendo así que los individuos con un alto nivel de sociotropía/dependencia están preocupados con los asuntos interpersonales y necesitan la aprobación de otros para mantener un sentido de bienestar por tanto hipotéticamente corren más riesgo de desarrollar depresión cuando perciben interrupciones en sus relaciones con los demás, pérdidas interpersonales o rechazo social; por su parte, los individuos elevados en autocrítica están preocupados por sus logros y los logros de los demás para mantener el sentido de bienestar corriendo riesgo de desarrollar depresión teóricamente cuando perciben que no se responsabilizan por tales estándares (John R. Z. 2008).

CUADRO CLINICO, CLASIFICACION Y CRITERIOS DIAGNOSTICOS

Al realizar una descripción del cuadro clínico depresivo se hace necesario mencionar que el estado de ánimo puede ser normal, elevado o deprimido. Habitualmente las personas experimentan un amplio abanico de estados de ánimo y de expresiones afectivas, sienten que tienen cierto control sobre su estado de ánimo y su afectividad. En los trastornos del estado de ánimo se pierde la sensación de control y se experimenta un fuerte malestar general. Los pacientes con estado de ánimo deprimido (depresión) muestran pérdida de energía e interés, sentimientos de culpa, dificultad para concentrarse, pérdida de apetito y pensamiento de muerte o suicidio. Estos cambios casi siempre originan un deterioro del funcionamiento interpersonal, social y laboral.

Según el DSM-IV, un trastorno depresivo mayor se define por la presencia de uno o más episodios depresivos mayores sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos. Un episodio depresivo mayor debe durar al menos dos semanas, típicamente la persona está deprimida. Por depresión entendemos un síndrome o agrupación de síntomas, susceptibles de valoración y ordenamiento en unos criterios diagnósticos racionales y operativos. Por definición, el concepto de depresión recoge la presencia de síntomas afectivos, esfera de los sentimientos o emociones: tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida, aunque, en mayor o menor grado, siempre están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo, o incluso somático. Se podría hablar de una afectación global de la vida psíquica, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva.

Es importante plantearse la posibilidad diagnóstica de un trastorno depresivo a partir de datos observacionales poco específicos: deterioro en la apariencia y aspecto personal, lentitud en los movimientos, marcha cansina, tono de voz bajo, facies triste o poco

expresiva, llanto fácil o espontáneo en la consulta, escasa concentración durante la entrevista, verbalización de ideación pesimista, quejas hipocondríacas, alteraciones en el ritmo del sueño, quejas somáticas difusas y difíciles de encuadrar.

En lugar de la tristeza o bajo estado de ánimo, la queja principal puede consistir en la pérdida de interés y disfrute en la vida, una vivencia del tiempo enlentecida y desagradable, o la falta de energía vital para las tareas más sencillas de la vida cotidiana. Hay que tomar en consideración los datos sobre la historia personal del paciente, los antecedentes afectivos familiares, su situación social y económica. Dentro de los factores de riesgo de depresión se menciona la clase social baja, antecedentes familiares de depresión, estado civil soltero, el desempleo, pérdida de un ser querido, pérdida de estatus, de nacionalidad, enfermedades crónicas, el sexo femenino, el consumo y abstinencia a las drogas generalmente en jóvenes.

Siguiendo fundamentalmente unas coordenadas operativas y empíricas, desde hace algunos años se propugnan los siguientes criterios diagnósticos, que pueden recoger con bastante aproximación el espectro de presentación de los síntomas depresivos. En líneas generales, son criterios comunes para las directrices tanto del DSM-IV como de la CIE-10. Hablamos de la depresión propiamente dicha. No entramos a considerar la depresión en el contexto de un trastorno bipolar (psicosis maníaco-depresiva) o de un trastorno afectivo mixto, ya que estas entidades requieren estrategias de prevención y de manejo diferentes.

Trastorno depresivo mayor, episodio único (F32) o recidivante (F33)

Criterio A. Presencia de cinco o más de los siguientes síntomas (de los cuales el primero o el segundo han de estar necesariamente presentes), durante al menos un periodo de

dos semanas, y que suponen un cambio importante en el paciente respecto a su actividad previa.

Síntomas principales:

1. Estado de ánimo depresivo, triste, disfórico, irritable (en niños y adolescentes), la mayor parte del día, y prácticamente todos los días. Incluye manifestaciones de llanto, verbalización de tristeza o desánimo. Apreciación subjetiva, o a través de la información de personas cercanas.
2. Disminución o pérdida de interés; o de la capacidad para el placer o bienestar en la mayoría de las actividades, la mayor parte del día, casi todos los días.

Síntomas somáticos.

3. Disminución o aumento del peso; o en su ausencia objetiva, disminución o aumento del apetito, casi cada día y la mayor parte de los días.
4. Insomnio o hipersomnia, casi a diario.
5. Enlentecimiento o agitación psicomotriz casi diariamente (constatable por personas cercanas, no sólo sensación subjetiva de enlentecimiento o inquietud).
6. Sensación de fatiga o falta de energía vital casi a diario.

Síntomas psíquicos.

7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada a su situación observada casi todos los días. (Este síntoma puede adquirir un carácter delirante).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse en actividades intelectuales, casi a diario (es constatable una apreciación subjetiva por parte de personas próximas).

9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo un temor a morir), o ideación o planes de suicidio. Es conveniente preguntar al paciente sobre estos aspectos, que no siempre manifiesta espontáneamente, sin que el temor del médico a sugerirle ideas de muerte por el hecho de preguntarle sea fundado.

Criterio B. Señala el no cumplimiento de los criterios para un episodio de trastorno afectivo mixto (síntomas maníacos y depresivos), trastorno esquizoafectivo, o trastorno esquizofrénico.

Criterio C. Los síntomas provocan un malestar significativo; y a la vez un deterioro en la actividad social, laboral, u otras áreas de la vida del paciente.

Criterios D y E. Son criterios de exclusión. La sintomatología no se explica en relación con el consumo de una sustancia tóxica o un medicamento; ni por una enfermedad orgánica (un ejemplo típico sería el hipotiroidismo). Tampoco es simplemente una reacción de duelo ante la pérdida de una persona significativa.

Criterios o información complementaria. Junto al cumplimiento de los criterios diagnósticos, es conveniente añadir diversas especificaciones, con el objetivo de proporcionar subgrupos diagnósticos más homogéneos, dentro de la relativa inespecificidad de un diagnóstico descriptivo o sindrómico de una depresión:

1. Gravedad/ Síntomas psicóticos/ Remisión (parcial o total). En el caso de presencia de síntomas psicóticos, conviene especificar si éstos son o no congruentes con el estado de ánimo.
2. Cronicidad.
3. Presencia de síntomas catatónicos.
4. Melancolía. Criterios para su diagnóstico:

Uno de los siguientes síntomas:

1. Pérdida de placer en todas o casi todas las actividades.
2. Falta de reactividad a estímulos que habitualmente resultarían placenteros.

Tres o más de los siguientes síntomas:

1. Cualidad distintiva del estado de ánimo (por ejemplo distinto a la tristeza que puede provocar la muerte de una persona allegada).
2. Los síntomas son más intensos por la mañana. Ritmo circadiano.
3. Despertar precoz (al menos dos horas antes de la hora habitual)
4. Enlentecimiento o agitación psicomotriz marcados.
5. Anorexia o pérdida de peso significativas.
6. Culpabilidad excesiva o inapropiada.
7. *Síntomas atípicos*, como puedan ser el aumento de peso, la hipersomnia, el cansancio excesivo, la hipersensibilidad al rechazo. El síndrome constituido por síntomas atípicos se diagnostica como *depresión atípica*. Diagnóstico al que algunos autores otorgan una importante consistencia diagnóstica y preconizan tratarlo con IMAOs como primera indicación.
8. Inicio en el post-parto: *depresión puerperal*.

Como podemos observar para el diagnóstico de la depresión contamos con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Psiquiátricos (DSM IV), la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE 10), pero también contamos con diferentes instrumentos para la identificación de la depresión entre los cuales podemos mencionar la Escala de depresión de Hamilton (HAMD) que es la escala más usada y mejor validada en la población adulta, sin embargo su énfasis en los síntomas somáticos puede potenciar el sobre-diagnóstico de depresión especialmente en los adultos mayores con enfermedades médicas. Tiene una sensibilidad del 87.5% y una especificidad del 99.1%. El Inventario de la depresión de Beck (BDI) es una escala breve de auto-informe, ampliamente usada, tiene entre sus limitantes la negativa del paciente o la falta de conciencia de los síntomas

depresivos, tiene una sensibilidad del 87% y una especificidad del 85%. La Escala auto-aplicada de depresión de Zung (SDS), tiene que ser corregida en pacientes geriátricos y tiene una sensibilidad del 76% y una especificidad del 82%. Por otro lado la escala para la depresión de Montgomery Asberg fue diseñada para detectar cambios en los síntomas depresivos y es pues utilizada en pruebas de antidepresivos reportándose una especificidad del 72% y hasta 98.9% según las correcciones a la misma (James M. Ellison, 2003).

6.2 ESQUIZOFRENIA

La magnitud del problema clínico que supone la esquizofrenia ha atraído de forma constante la atención de las principales figuras de la psiquiatría a través de la historia. Cabe destacar a Emil Kraepelin (1856 - 1926) y a Eugen Bleuler (1857 - 1939) psiquiatra francés que había usado el término *démence précoce* para describir a aquellos pacientes deteriorados cuya enfermedad empezaba en la adolescencia.

Las personas que tienen una enfermedad mental tienen alterado el tono afectivo, la conducta y la manera en que se comunican con otras personas. Los trabajadores de la salud están más preparados para aceptar y comprender las enfermedades físicas en relación a los padecimientos de la salud mental.

La salud mental y la enfermedad mental dependen de nuestro estilo de vida, de la calidad de las relaciones afectivas que tenemos, de nuestra capacidad de amar y aceptar a los demás, de dar confianza y apoyo, y recibirlos así como de nuestra tolerancia. Este conjunto de valores, actitudes y habilidades pueden admitir una variedad de definiciones ya que no existen parámetros absolutos debido a que cada cultura, grupo humano, familia e individuo elabora los suyos.

El término de esquizofrenia fue introducido por el psiquiatra suizo Bleuler en 1911. Pero este trastorno ya había sido identificado por el psiquiatra alemán Kraepelin en 1896 bajo el nombre de "*demencia precoz*", queriendo significar que las personas afectadas, necesariamente sufren graves deterioros cognitivos y comportamentales, similares a las demencias experimentadas por algunas personas ancianas, pero en este caso se daría en una edad juvenil.

Sin embargo Bleuler observó que no era así en todos los casos y consideró más apropiado dar el nombre de esquizofrenia como una escisión en la asociación de ideas o como una retirada de la realidad y la vida social. El término de esquizofrenia en sí significa "*mente partida*".

En la cuarta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) se describe la esquizofrenia como una alteración que persiste durante por lo menos seis meses e incluye por lo menos un mes de síntomas de la fase activa (por ejemplo, dos ó más de los siguientes: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico y síntomas negativos).

En los EE.UU. la prevalencia de la esquizofrenia a lo largo de la vida oscila, según las fuentes entre el 1% y el 1.5%, de acuerdo con estos datos el National Institute of Mental Health.

Aunque dos tercios de los pacientes tratados necesitan ser hospitalizados, y a pesar de la gravedad del trastorno, sólo alrededor de la mitad de los pacientes esquizofrénicos reciben tratamiento. La prevalencia de la esquizofrenia es la misma en hombres y mujeres. Sin embargo, ambos sexos difieren en el inicio y curso de la enfermedad. La edad

de inicio es menor en los hombres que en las mujeres. La edad de inicio más frecuente en los hombres está entre los 15 y 25 años, y en las mujeres entre los 25-35 años. Cerca del 90% de los pacientes en tratamiento se encuentran entre los 15 y 55 años. Algunos estudios han indicado que los hombres experimenta mayor deterioro debido a los síntomas negativos que presentan, y que las mujeres es más probable que tengan un mejor funcionamiento social.

En general la evolución de la esquizofrenia es más favorable en las mujeres que en los hombres.

La esquizofrenia ha sido descrita en todas las culturas y grupos socioeconómicos. En los países industrializados un número desproporcionado de pacientes esquizofrénicos se encuentran en los grupos de bajo nivel socioeconómico. Observación explicada por dos hipótesis alternativas. La hipótesis de la deriva descendente sugiere que las personas afectadas descienden a grupos socioeconómicos inferiores o fracasan en sus intentos de pasar a un estatus superior debido a su enfermedad. La hipótesis de la causalidad social propone que las tensiones experimentadas por los miembros de los grupos socioeconómicos más desfavorecidos contribuyen al desarrollo de la esquizofrenia.

La heterogeneidad en las características de las presentaciones clínicas de la esquizofrenia se relaciona a una variedad de anomalías neurobiológicas observadas en los individuos afectados las cuales parecen surgir de las interacciones de múltiples factores genéticos y medioambientales.

Aunque los papeles genéticos específicos de susceptibilidad permanecen escurridizo, la herencia claramente contribuye a la etiología de la esquizofrenia, por ejemplo aunque la incidencia de esquizofrenia en la población general es del 1% ocurre en aproximadamente 2% en parientes de tercer grado (primos), 2-6% en parientes de segundo grado (sobrinos)

y del 6-17% en los parientes de primer grado de consanguinidad (padres, hermanos, hijos) de individuos con esquizofrenia; además si un gemelo tiene la enfermedad el riesgo de esquizofrenia en el otro gemelo es del 17% para gemelos dicigóticos y se acerca al 50% para gemelos idénticos. Aunque la etiología de la esquizofrenia claramente conlleva factores genéticos, cerca del 60% de todas las personas con esquizofrenia no tienen parientes en primer y segundo grado con el desorden.

Por otro lado, una variedad de eventos medioambientales especialmente durante el desarrollo temprano se ha asociado con mayor riesgo de esquizofrenia. Se ha encontrado que los individuos con esquizofrenia tienen una mayor frecuencia de acontecimiento adversos in útero tales como malnutrición materna severa en el primer trimestre del embarazo o influenza materna o rubeola en la mitad del embarazo, además las complicaciones durante el trabajo de parto pueden aumentar el riesgo de esquizofrenia (diabetes en el embarazo, peso al nacer menor de 2000 gr, cesárea de emergencia, malformaciones congénitas, atonía uterina, asfixia, pre-eclampsia). Un mecanismo común subyacente asociado a estas variables es la hipoxia fetal, encontrándose volúmenes menores en el hipocampo de los individuos con esquizofrenia en comparación con sus hermanos que no padecen la enfermedad los cuales presentaban un hipocampo con volúmenes intermedios y un grupo demográficamente similar y sin la enfermedad cuyo hipocampo era significativamente mayor en volumen a los anteriores, evidenciando una relación inversa entre el volumen del hipocampo y la carga genética para la esquizofrenia; esta disminución en el volumen hipocámpal fue encontrado con mayor frecuencia en los individuos con antecedente de hipoxia neonatal (John M. Oldham, 2003).

Existen factores específicos del medio ambiente urbano que pueden influir en el desarrollo de la esquizofrenia como una mayor exposición a infecciones, toxinas o desnutrición; la edad paterna avanzada es otro potencial factor de riesgo según estudios israelíes por mutaciones en las células germinales paternas.

Otro aspecto tomado en cuenta en la etiología de la esquizofrenia ha sido el desarrollo neuronal ya que se ha propuesto una teoría sobre desordenes del neurodesarrollo como causa de la enfermedad considerando que los individuos que se han observado sutiles disturbios a nivel motor, cognitivo y funcional durante la infancia y adolescencia de los mismos.

Se llaman síntomas a aquellas manifestaciones del sujeto que anuncian una anomalía o enfermedad. Serían síntomas los dolores, las inflamaciones, los cambios de ritmos biológicos. El problema de la esquizofrenia es que la mayoría de los síntomas son subjetivos, dependen de lo que el paciente refiera. Hay dos tipos de síntomas en la esquizofrenia:

Síntomas positivos: son aquellas manifestaciones que el paciente hace o experimenta y que las personas sanas no suelen presentar.

1. Alucinaciones
2. Delirio
3. Trastornos del pensamiento
4. En el ámbito de sentimientos (angustia, excitabilidad)
5. Síntomas positivos vegetativos (insomnio, palpitaciones, sudores, mareos, trastornos gastrointestinales, trastornos respiratorios)
6. Síntomas positivos de la motricidad (comportamiento agresivo y lo agitado, inquietud corporal, movimientos extraños y absurdos, conducta repetitiva).

Síntomas negativos: son aquellas cosas que el paciente deja de hacer y que los individuos sanos pueden realizar cotidianamente, como pensar con fluidez y con lógica, experimentar sentimientos hacia otras personas, tener voluntad para levantarse cada día. Estos síntomas afectan a los ámbitos social, laboral, familiar.

Hay que subrayar que no todas las personas que sufren esquizofrenia tienen estos impedimentos o síntomas. Alrededor de una tercera parte de los enfermos no lo tienen en absoluto o de manera tan poco acentuada que apenas les molestan en la vida cotidiana:

1. Pobreza afectiva
2. Alogia
3. Abulia - apatía
4. Anhedonia - insociabilidad
5. Problemas cognitivos de la atención

DEPRESIÓN Y ESQUIZOFRENIA:

La sintomatología depresiva tiene una elevada prevalencia en la esquizofrenia. Estos síntomas probablemente tienen repercusiones en el pronóstico y sin duda tienen consecuencias directas sobre la calidad de vida del paciente. Sin embargo, algunos aspectos inherentes a la existencia de depresión en la esquizofrenia todavía provocan una gran controversia y no hay un consenso sobre el origen y significado de la misma.

En el presente trabajo revisamos distintos aspectos controvertidos relativos a la asociación entre síntomas depresivos y esquizofrenia.

La clasificación dicotómica que estableció Kraepelin a principios de siglo XX entre la demencia praecox y las psicosis maníaco-depresivas ha condicionado el enfoque conceptual que ha recibido la sintomatología depresiva que se presenta en el contexto de la esquizofrenia. No obstante el propio Kraepelin y poco después Bleuler en 1911 y Mayer-Gross en 1920 ya describieron la existencia de síndromes depresivos a lo largo de la evolución de la esquizofrenia. Conrad describe los síntomas depresivos que aparecen en la fase de trena y ya defiende que «el número de procesos

esquizofrénicos que comienzan con los síntomas de una distimia endógena es notablemente alto. Sin embargo, la sintomatología depresiva ha quedado por lo general marginada a un segundo plano en la descripción, estudio, diagnóstico y abordaje de los pacientes esquizofrénicos, en los que la psicopatología descriptiva básicamente se ha centrado en el estudio de los síntomas productivos y defectuales.

Desde hace unos años se hace referencia a los síntomas depresivos con el término de depresión postpsicótica o postesquizofrénica, término ambiguo y controvertido en sí mismo, que para algunos autores es un síndrome que engloba los síntomas depresivos en la esquizofrenia mientras que para otros constituye una entidad diagnóstica en sí misma. En lo que coinciden todos los clínicos con experiencia es en la elevada frecuencia con que aparecen síntomas depresivos a lo largo del curso de la enfermedad. No obstante el consenso desaparece cuando hay que precisar su prevalencia, el origen de los mismos o su ubicación nosológica, así como su valor pronóstico o las estrategias terapéuticas a seguir.

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

SUICIDIO:

El suicidio es una causa frecuente de muerte entre los pacientes con esquizofrenia, en parte debido a que los clínicos todavía tienden a asociar más el suicidio con trastornos del

ánimo que con trastornos psicóticos. Alrededor del 50% de los pacientes con esquizofrenia han tenido intentos suicidas por lo menos una vez en su vida, y entre un 10 y un 15% de ellos mueren por suicidio durante un período de seguimiento de 20 años.

Los principales factores de riesgo de suicidio entre los pacientes con esquizofrenia son los síntomas depresivos, la menor edad y un alto nivel premórbido, especialmente los universitarios. Las personas de este grupo de riesgo pueden darse cuenta de los efectos devastadores de su enfermedad y ver el suicidio como una alternativa razonable.

PREVALENCIA Y VALOR PRONÓSTICO

La sintomatología depresiva es frecuente en la esquizofrenia y aunque su prevalencia es muy discutida, con un amplio margen que oscila entre el 7% y el 75%, está ampliamente aceptado que alrededor de un 25% de los esquizofrénicos padecerán a lo largo de su evolución un síndrome depresivo, significativo porcentaje que según la guía de Consenso Español Sobre Evaluación y Tratamiento de la Esquizofrenia se sitúa en el 50%. Esta gran variabilidad viene determinada por distintos factores, fundamentalmente la falta de homogeneidad de las muestras, los distintos criterios diagnósticos empleados, así como por la utilización de instrumentos de medida poco específicos para detectar la sintomatología depresiva en pacientes con esquizofrenia. Diversos estudios coinciden en encontrar mayor prevalencia (22%-75%) en primeros episodios frente a la de episodios posteriores (4%).

Entre los esquizofrénicos crónicos la prevalencia de depresión oscila según los estudios entre un 7% y un 30%. El grupo etario de los pacientes esquizofrénicos que más se deprime oscila entre 20-40 años por que a esta edad generalmente es cuando inicia la esquizofrenia. Son pacientes sin pareja porque son abandonados por los cónyuges por el desorden que causan la enfermedad en sus diferentes esferas. Generalmente apenas

alcanzan la secundaria por la edad de inicio y por el deterioro escolar que presentan, ya que al aparecer la enfermedad hay abandono escolar. Los masculinos frecuentemente se deprimen más porque la edad de inicio de la esquizofrenia en estos es más temprano, y a menor edad de aparición el pronóstico es más sombrío. Las mujeres esquizofrénicas deprimidas generalmente ya han tenido pareja y tienen hijos ya que la enfermedad inicia estando éstas en edad fértil. No se encuentra diferencia en cuanto a credo religioso y situación socioeconómica ya que la esquizofrenia y depresión aparece independiente de la religión, así como también de procedencia de los pacientes. No hay un consenso unánime respecto al valor pronóstico que comporta la presencia de síntomas depresivos. En los episodios agudos (síntomas concurrentes) su presencia ha sido considerada clásicamente como un indicador de pronóstico favorable.

Por el contrario, su aparición en el curso longitudinal implica un pronóstico más sombrío. Las ideas y proyectos suicidas son frecuentes en los esquizofrénicos; las tentativas muy frecuentes (entre el 18% y el 55%) y alrededor de un 10-15% de los esquizofrénicos terminan suicidándose. La presencia de síntomas depresivos se ha correlacionado tanto con la presencia de ideas como de las conductas suicidas en estos pacientes. Siendo los pacientes jóvenes los de mayor tendencia suicida por el impacto y menoscabo que provoca la enfermedad. A mayor edad los pacientes aprenden a convivir con la misma, aunque no están exentos de intentarlo por lo menos una vez en su vida.

Otros estudios han otorgado un factor predictor de una descompensación, tanto en primeros episodios como en recaídas. Sin embargo estudios más recientes demuestran lo contrario. Hirsch que encuentra síntomas neuróticos y disforia (que denomina «Síndrome disfórico») en 8 de 11 pacientes que recaen, aunque también en los que no lo hacen, los relaciona más a la propia enfermedad esquizofrénica; Koreen minimiza también el carácter prodrómico que pueden tener los síntomas depresivos y encuentra en su muestra que sólo un 7% los presenta antes de una recaída psicótica. Birchwood tampoco

encuentra que los episodios postpsicóticos vayan seguidos de un incremento de los síntomas psicóticos.

CAMAS EN HOSPITALES PSIQUIATRICOS:

El desarrollo de fármacos antipsicóticos eficaces y los cambios en las actitudes políticas y populares respecto del tratamiento y los derechos de los enfermos mentales han dado lugar a un cambio espectacular en los patrones de hospitalización de los pacientes esquizofrénicos durante los últimos años. La probabilidad de reingreso durante los dos años siguientes a la salida de una primera hospitalización es del 40-60%. Los pacientes con esquizofrenia ocupan cerca del 50% de las camas de los hospitales psiquiátricos y engloban alrededor del 16% de todos los pacientes psiquiátricos que reciben algún tipo de tratamiento.

Quien sufre de esquizofrenia experimenta una distorsión de los pensamientos y sentimientos. Lo que caracteriza a la esquizofrenia es que afecta a la persona de una forma total, por lo que quien la padece comienza a sentir, pensar y hablar de forma diferente a como lo hacía antes. Dicha persona puede presentarse extraña, aislada, evita salir con amigos, duerme poco o demasiado, habla solo o se ríe sin motivo aparente (aunque estos síntomas no tienen porque aparecer en todos los pacientes).

Es muy importante no olvidar que la persona que tiene una esquizofrenia no puede explicar lo que le está sucediendo, tiene miedo de hacerlo o de creer que está enfermo y por lo tanto no pedirá ayuda ni se quejará en la mayoría de los casos de lo que le sucede. Por todo esto la mayor parte de ellos y sobre todo al comienzo de la enfermedad no aceptan tomar medicación ni acudir al especialista.

6.3 HISTORIA DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO

Como surge la necesidad de construirlo como Hospital Docente

Motivados por sentimientos de altruismo, un grupo de ciudadanos de Managua después de organizar un comité, acuerdan construir un asilo donde alojar a los dementes que lastimosamente deambulaban por la capital.

Este grupo integrado, entre otras personas por el Dr. José Luis Arce, Don Tomás Álvarez y Don Domingo Calero, legalizarían su organización en Marzo de 1911. Al iniciar sus actividades, ellos mismos se impusieron cuotas mensuales de dinero y un proyecto de pequeños negocios, cuyas utilidades estaban destinadas a la construcción del asilo.

Don Tomás Wheelock destacada personalidad de Managua, donó un amplio predio en la zona oriental de la ciudad, KM 7 carretera norte, para la construcción del asilo para enfermos mentales.

El grupo de ciudadanos antes mencionados tomando el nombre de Junta Pro-Asilo de Alienados, trabajo de forma independiente hasta el año de 1929.

En este año el entonces Presidente de la República Gral. José Ma. Moncada, nacionalizó la Junta con la denominación de Junta Constructora del Asilo de Alienados.

La Junta consideró poco satisfactoria las condiciones de la zona oriental de la ciudad para la construcción del Asilo, y decidió hacerlo a la orilla de la carretera Panamericana, sector a nivel del KM 5, en terrenos donados en 1933, por el Presidente de la República Dr. Juan B. Sacasa.

El 15 de Septiembre de 1940, se inauguró con el nombre de Hospital de Alienados.

Años más tarde tomó el nombre de Hospital de enfermos mentales y luego se denominó Hospital Psiquiátrico Nacional.

En la década de los 80 tomó el nombre de Hospital Docente de Atención Psico-social " José Dolores Fletes Valle".

Un Médico general de mucho prestigio personal y magnífica fama como profesional, por su dedicación al estudio y habilidad en diagnóstico clínico Dr. Joaquín Cortéz, fue el primer Director y único médico con que se abrió esta Institución que contó inicialmente con sesenta y ocho (68) camas para pacientes de ambos sexos.

Poco tiempo después se incorporó al Hospital el primer Psiquiatra Dr. Emilio Lacayo, conservando el Dr. Joaquín Cortéz su posición de Director.

En 1959 la Junta gestionó el viaje del Dr. Julio Gutiérrez Oviedo, a estudiar Psiquiatría, y de la Enfermera Cony Vargas, para estudiar enfermería Psiquiátrica en el Perú.

En 1960 la enfermera Vargas estuvo de regreso en el país y de inmediato inició sus actividades en este Hospital como primera enfermera graduada y especializada en Psiquiatría.

Dos años después de la llegada de la Srita. Vargas, se reincorporó del Perú el Dr. Julio Gutiérrez Oviedo, a prestar su cooperación en la transformación que estaba necesitando este Hospital.

Incorporación del Psicólogo en este Centro Asistencial.

En el año de 1970 aparece en el Hospital una Doctora con el objetivo de hacer 6 meses de servicio social, una vez incorporada expresó a las autoridades del centro que su entrenamiento había sido en Psicología, el Director determinó oportuno que realizará su práctica en Psicología, hacía Psicometría, atendía a pacientes y en un momento dado ejercía el rol de médico. Cuando esta persona se fue del centro se creó la necesidad de un Psicólogo, esta fue la razón por la cual se empezaron a tramitar plazas para Psicólogos. En 1975 ya el Psicólogo trabaja tiempo completo asignándosele la tarea de organizar el Departamento de Psicología, contratando para esto a otro Psicólogo solo para medio tiempo, se trabaja solo por referencia de pacientes de interconsultas para todo el Hospital.

En 1977-1979 hasta el triunfo se contrata a dos Psicólogos más, estos trabajaban en todos los pabellones atendiendo los casos con referencias, hubo mayor participación en la Docencia Interna del centro por parte de los Psicólogos, pero sin embargo el trabajo era limitado, estaba reducido a la Psicometría.

En la actualidad, posterior al proceso revolucionario, el Psicólogo ha tenido oportunidad de desarrollo y el rol del mismo dentro de los equipos es más importante, más activo.

Historia del Trabajador Social en el Hospital " José Dolores Fletes Valle"

En el año 1964, los miembros de la JUNTA NACIONAL DE ASISTENCIA Y PREVISION SOCIAL, sintiendo la necesidad de conocer otros aspectos de los pacientes relacionados específicamente con la situación Socioeconómicas y el retorno de los pacientes Hospitalizados a sus hogares para evitar la Institucionalización, creo la oficina de Servicio Social que comenzó a funcionar con personal empírico, por no haber en el país Trabajadores Sociales Profesionales.

En 1967 laboraron dos (2) estudiantes de último año de la Carrera de Trabajo Social, quienes comienzan a dar una forma más organizada al trabajo y específicamente atendían los aspectos económicos de los pacientes ambulatorios y la reintegración en las familias.

En 1968 la J.N.A.P.S., trajo por medio de la Naciones Unidas a la Licda. Ana María Pastor, Trabajadora Social para que organizara el Departamento de Trabajo Social con Personal Profesional.

La Trabajadora Social Licda. Olga González tuvo el honor de ser seleccionada para este cargo, en esa fecha egresaban de la UNAN la segunda promoción de Trabajadores Sociales Nicaragüense.

De esta forma en el Hospital da inicio un trabajo social más especializado, con recursos Profesionales y asesoría Internacional.

Las acciones más importantes en esa época, estaban dirigidos a pacientes de consulta ambulatoria con actividades educativas, valoraciones socioeconómicas, atención individual, reintegración de pacientes a sus hogares, actividades recreativas con pacientes crónicos.

Se caracterizaba el Trabajo individual; cada profesional en su campo, no se coordinaban acciones. Los pacientes asegurados tenían un Trabajador Social, para resolver los problemas específicos de esta población.

Con la demanda de atención ambulatoria y de Hospitalizados se incrementa el número de recursos a cinco (5) profesionales distribuidos por servicios, con estos recursos se llego hasta 1979.

A partir de 1979 el perfil de Trabajador Social, fue revisado por un grupo de trabajadores a nivel normativo y se da mayor énfasis a las actividades, Educativas, Investigativas, Comunitarias y Terapéuticas; incrementando para este fin las actividades de Capacitación al personal.

Estructuración del Programa de Salud Mental.

El 8 de Agosto de 1979, se reestructura el Programa de Salud mental, bajo una nueva concepción, acorde con el momento histórico-político que vivimos y con la perspectiva de contribuir a la construcción de la sociedad futura.

Se consolidan importantes logros como la formación de los equipos multidisciplinarios, con la visión de brindar una mayor cobertura en ese ámbito.

Es así como se empiezan a distribuir dentro de la estructura contenida en el sistema único de salud, a razón de estratificar la atención a los niveles primarios, secundarios, terciarios.

Paralelamente se conforma a lo interno del Hospital Psiquiátrico Nacional, único en su género los equipos multidisciplinarios, como la doble atención de establecer una atención tanto a pacientes hospitalizados como ambulatorios; en base a esto último, se dan los primeros pasos de una atención de Salud Mental comunitaria.

En 1981 con las prioridades establecidas por S.N.U.S. (Sistema Nacional Único de Salud), dirigida a dar un mayor énfasis a la atención del niño, del trabajador y de otros grupos de altos riesgos; se reelaboran los objetivos adaptándolos a nuestra realidad y a las limitaciones actuales.

En ese mismo año se crean dentro del programa de Salud Mental los Hospitales de Día, con la Finalidad de atender al paciente en el momento de sus crisis, sin que se pierda el contacto de su familia y la comunidad, evitando al mismo tiempo la dependencia hospitalaria.

7. HIPOTESIS

Hipótesis descriptiva

La comorbilidad depresiva está presente en el 40% de los paciente esquizofrénicos ingresados en los pabellones de varones del Hospital Docente de Atención Psicosocial “Dr. José Dolores Fletes Valle”, en el período de Enero 2011-Octubre 2012.

Hipótesis de correlación

El riesgo de suicidio aumenta al asociarse la comorbilidad depresiva en los pabellones de varones del Hospital Docente de Atención Psicosocial “Dr. José Dolores Fletes Valle”, en el período de Enero 2011-Octubre 2012.

8. DISEÑO METODOLOGICO

TIPO DE ESTUDIO

De acuerdo a Piura, 2006m según el método utilizado, el tipo de estudio es no experimental.

De acuerdo a Canales, Alvarado y Pineda, 1996, según el tipo de ocurrencia de los hechos y registro de la información, el tipo de estudio es prospectivo y según el período y secuencia del estudio, el tipo de estudio es transversal.

De acuerdo a Piura 2006, según el tipo de diseño metodológico el estudio es descriptivo y analítico. Desde el punto de vista clínico y epidemiológico el presente es un estudio de casos.

De acuerdo a Hernández, Fernández y Baptista, 2006, según la comparación de variables estadísticas, el tipo de estudio es correlacional.

AREA DE ESTUDIO

El estudio se realizó en las salas de agudo y crónico de varones del Hospital Docente de Atención Psicosocial “Dr. José Dolores Fletes Valle”.

UNIVERSO Y MUESTRA

El universo estuvo constituido por todos los individuos que cumplieron los criterios de inclusión, los cuales fueron en el período de estudio 72 pacientes

CRITERIOS DE INCLUSION

- Pacientes que ingresaron con diagnóstico de esquizofrenia en el período de estudio.
- Pacientes con capacidad de responder al interrogatorio para llenar el instrumento elaborado.
- Paciente entre los rangos de edad de 18 a 85 años.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Se excluidos aquellos paciente que no satisfacen los datos de interés del llenado de la ficha.

METODOS, TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

La recolección de información se realizó mediante tres instrumentos de recolección de datos; una ficha en la cual se contemplan datos socio-demográfico (biológicos, psicológicos y sociales), una escala likert para determinar la presencia de síntomas depresivos en los pacientes diagnosticados esquizofrénicos que se encuentran ingresados en las salas de agudo y crónico de varones del Hospital Docente de Atención Psicosocial “Dr. José Dolores Fletes Valle” en el periodo establecido y con la realización de una entrevista con los pacientes.

La Escala de Depresión de Calgary (Calgary Depresión Scale for Schizophrenia, CDSS) es un instrumento desarrollado específicamente para valorar el nivel de depresión en la esquizofrenia, tanto en la fase aguda como en los estados deficitarios, al tiempo que trata de distinguirla de los síntomas positivos, negativos y extrapiramidales que pueden existir. Con el fin de superar las limitaciones de las escalas generales de depresión (Hamilton, Beck, y otras), diseñadas para población no psicótica, Addington D y cols (1990) realizan un análisis factorial de los ítems de la Escala de Depresión de Hamilton y del Present State Examination (PSE), seleccionando aquellos que mejor fiabilidad y validez se obtuvo en la valoración de la depresión en la muestra de pacientes esquizofrénicos estudiada.

Es una escala de 9 ítems, centrada fundamentalmente en los síntomas cognitivos de la depresión, con una graduación de intensidad sintomática de 4 puntos (ausente, leve, moderado, grave). Ha de ser administrada por un clínico, tras una entrevista estructurada y requiere una estandarización previa; el marco de referencia temporal son la dos

semanas previas. 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; todos los ítems incorporan criterios operativos para establecer la puntuación de gravedad. No ha sido validada en nuestro medio, si bien existen distintas traducciones al castellano.

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS

Fiabilidad

Su 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).

Validez:

La escala muestra una elevada correlación con otros instrumentos de evaluación de la depresión, como por ejemplo la Escala de Depresión de Hamilton o el Inventario de Depresión de Beck (coeficiente de correlación de 0,80). La validez predictiva es adecuada; para el punto de corte que los autores de la escala proponen (≥ 5), la sensibilidad está en torno al 75 %, con especificidad próxima al 100 %.

Especial interés tiene su validez divergente, por la ausencia de asociación con síntomas positivos, negativos y extrapiramidales. En comparación con la Escala de Depresión de Hamilton, la CDSS no se correlaciona con los síntomas positivos y negativos evaluados con la PANSS, en tanto que la HDRS si lo hace. Esto viene a apoyar la menor contaminación de la CDSS por este tipo de síntomas y, por tanto, su mayor especificidad para la valoración de la depresión en pacientes con esquizofrenia.

PLAN DE TABULACION Y ANALISIS

De los datos que generados por la Ficha de Recolección de datos, Escala likert y entrevista a los pacientes se realizó el análisis estadístico pertinente, según la naturaleza de cada una de las variables, mediante el análisis de contingencia, (crosstab análisis), para todas aquellas variables no paramétricas, a las que se les aplicó pruebas de asociación de Cramer, y a las variables ordinales se aplicarán pruebas de correlación del tipo Tau C de Kendall.

Se realizó análisis gráficos del tipo: pasteles, y barras de manera uní y multivariadas, que describan en forma clara la interrelación de las variables.

Se realizó análisis gráficos de tipo pasteles y barras de frecuencias de variables cuantitativas pertinentes.

MATRIZ DE OPERACIONALIZACION DE VARIABLES (MOVI)

EVALUAR LA COMORBILIDAD DEPRESIVA EN PACIENTES ESQUIZOFRENICOS DE LOS PABELLONES DE VARONES DEL HOSPITAL DOCENTE DE ATENCION PSICOSOCIAL "DR. JOSE DOLORES FLETES VALLE", EN EL PERIODO DE ENERO 2011-OCTUBRE 2012

| | | | | Técnicas de Recolección de la Información y Actores que Participan | | |
|--|---------------------------------------|--|--|--|--|-------------|
| Objetivo Específico | Variable Conceptual | Sub-Variable o Dimensión | Variables Operativas o <u>Indicadores</u> | Encuesta | Entrevista | Grupo Focal |
| 1. Describir las características bio-psico-sociales de los pacientes esquizofrénicos de los pabellones de varones del Hospital Docente de Atención Psicosocial "Dr. José Dolores Fletes Valle" | 1. Características bio-psico-sociales | 1.1 Biológicas 1.2 Psicológicas 1.3 Sociales | 1.2.1 Edad 1.2.2 Comorbilidades Médicas 1.2.3 Tipo de familia 1.2.5 Estado civil 1.2.6 Red de Apoyo 1.2.7 Escolaridad 1.2.8 Trabajo Activo 1.2.9 Número de Ingresos | Paciente Paciente Paciente Paciente Paciente Paciente Paciente Paciente | Paciente Paciente Paciente Paciente Paciente Paciente Paciente | |

| | | | | Técnicas de Recolección de la Información y Actores que Participan | | |
|--|----------------------------|--------------------------|--|--|--|-------------|
| Objetivo Específico | Variable Conceptual | Sub-Variable o Dimensión | Variables Operativas o Indicadores | Encuesta | Entrevista | Grupo Focal |
| 2. Analizar la comorbilidad depresiva en pacientes esquizofrénicos de los pabellones de varones del Hospital Docente de Atención Psicosocial “Dr. José Dolores Fletes Valle” | Depresión en Esquizofrenia | | 2.1 Depresión 2.2 Desesperanza 2.3 Autodesvalorización 2.4 Ideas de Referencia Culposa 2.5 Culpa Patológica 2.6 Depresión Matinal 2.7 Despertar Prematuro 2.8 Suicidio 2.9 Depresión Observada | Paciente Paciente Paciente Paciente Paciente Paciente Paciente Paciente | Paciente Paciente Paciente Paciente Paciente Paciente Paciente | |

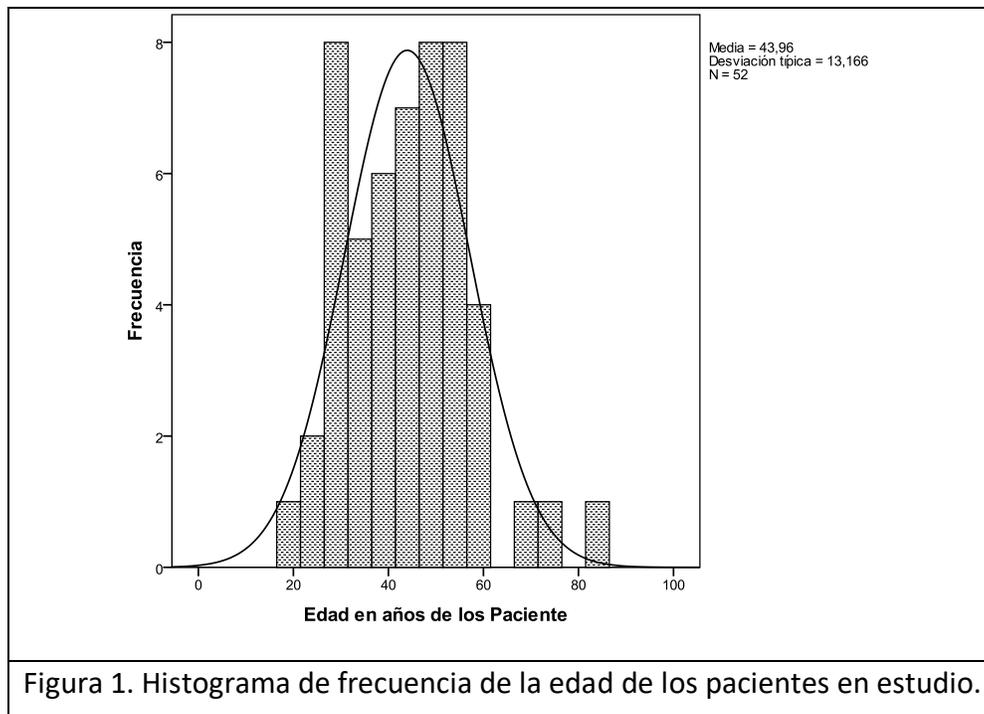
| | | | | Técnicas de Recolección de la Información y Actores que Participan | | |
|---|---|---------------------------------|--|--|--|--------------------|
| Objetivo Específico | Variable Conceptual | Sub-Variable o Dimensión | Variables Operativas o <u>Indicadores</u> | Encuesta | Entrevista | Grupo Focal |
| 4. Diseñar un plan de diagnóstico temprano y manejo de la comorbilidad depresiva en pacientes esquizofrénicos de los pabellones de varones del Hospital Docente de Atención Psicosocial “Dr. José Dolores Fletes Valle” | Plan de Diagnóstico Temprano de la Comorbilidad Depresiva en Pacientes Esquizofrénico/ Manejo de la Comorbilidad Depresiva en Pacientes Esquizofrénicos | | | Paciente Paciente Paciente Paciente Paciente Paciente Paciente Paciente Paciente | Paciente Paciente Paciente Paciente Paciente Paciente Paciente Paciente Paciente | |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|

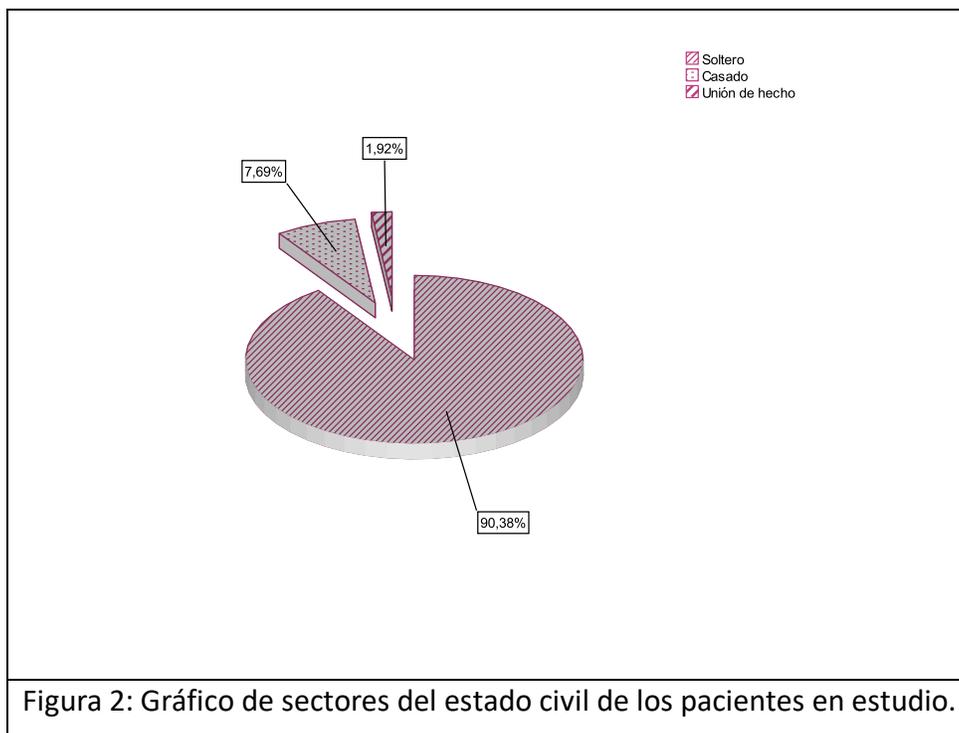
9. RESULTADOS

9.1 Características bio-psico-sociales de los pacientes esquizofrénicos del Hospital Docente de Atención Psicosocial “Dr. José Dolores Fletes Valle”.

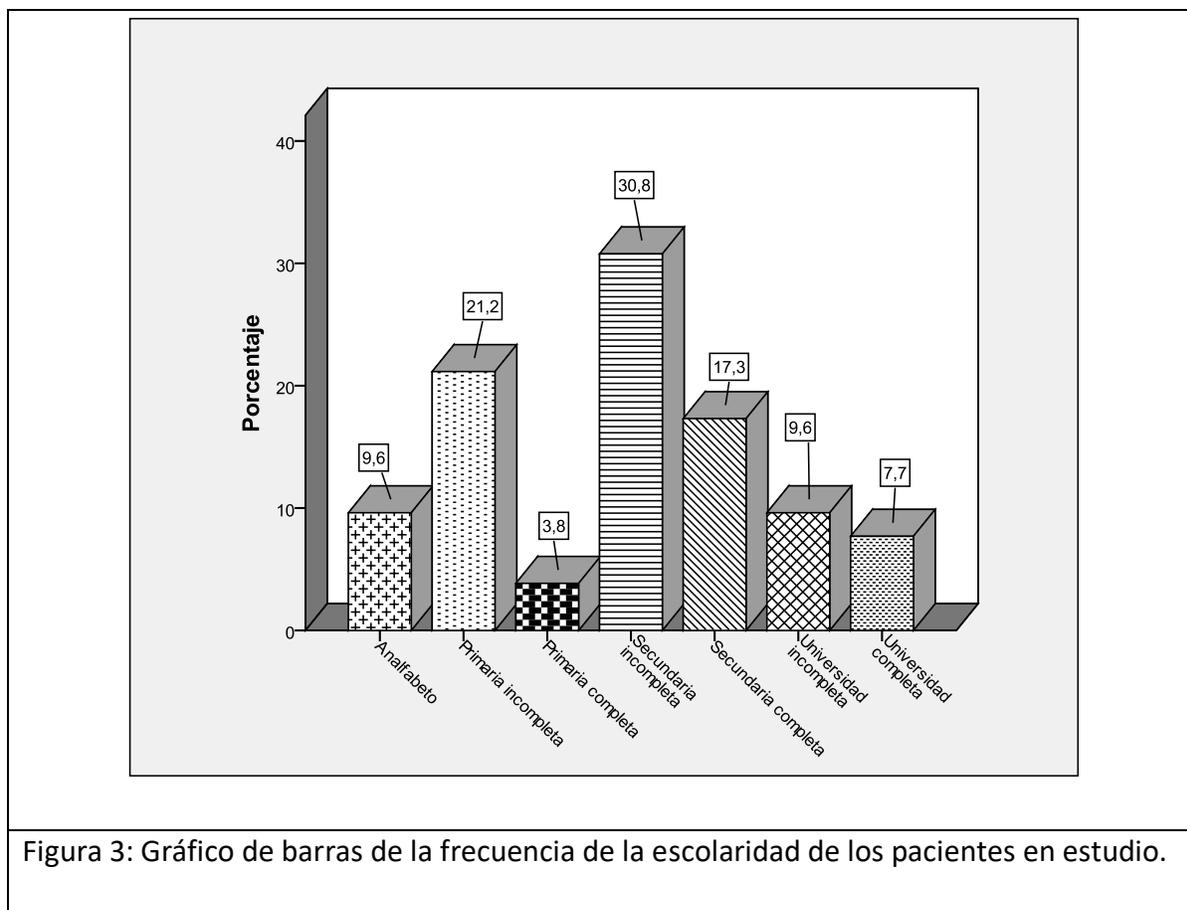
Tal como se muestra en la figura 1, durante la evaluación de la edad de los pacientes en estudio, se encontró que la mayor concentración de los pacientes está entre las edades de 30 a 50 años. Con una media de 43 años y una desviación estándar de 13 años.



En relación al estado civil de la población en estudio se encontró que predominaron los solteros con 90.38%, seguidos de los casados con el 7.69%, (Figura 2).



Tal como se muestra en la figura 3, durante la evaluación de los pacientes esquizofrénicos, se determinaron los siguientes niveles educativos en orden descendente: Secundaria incompleta (30.7%), Primaria incompleta (21.1%) y Secundaria completa (17.3%).



Con respecto a la clasificación de la población estudiada se concluyó que 78.8% fueron pacientes agudos y 21.1% pacientes crónicos, (Figura 4).

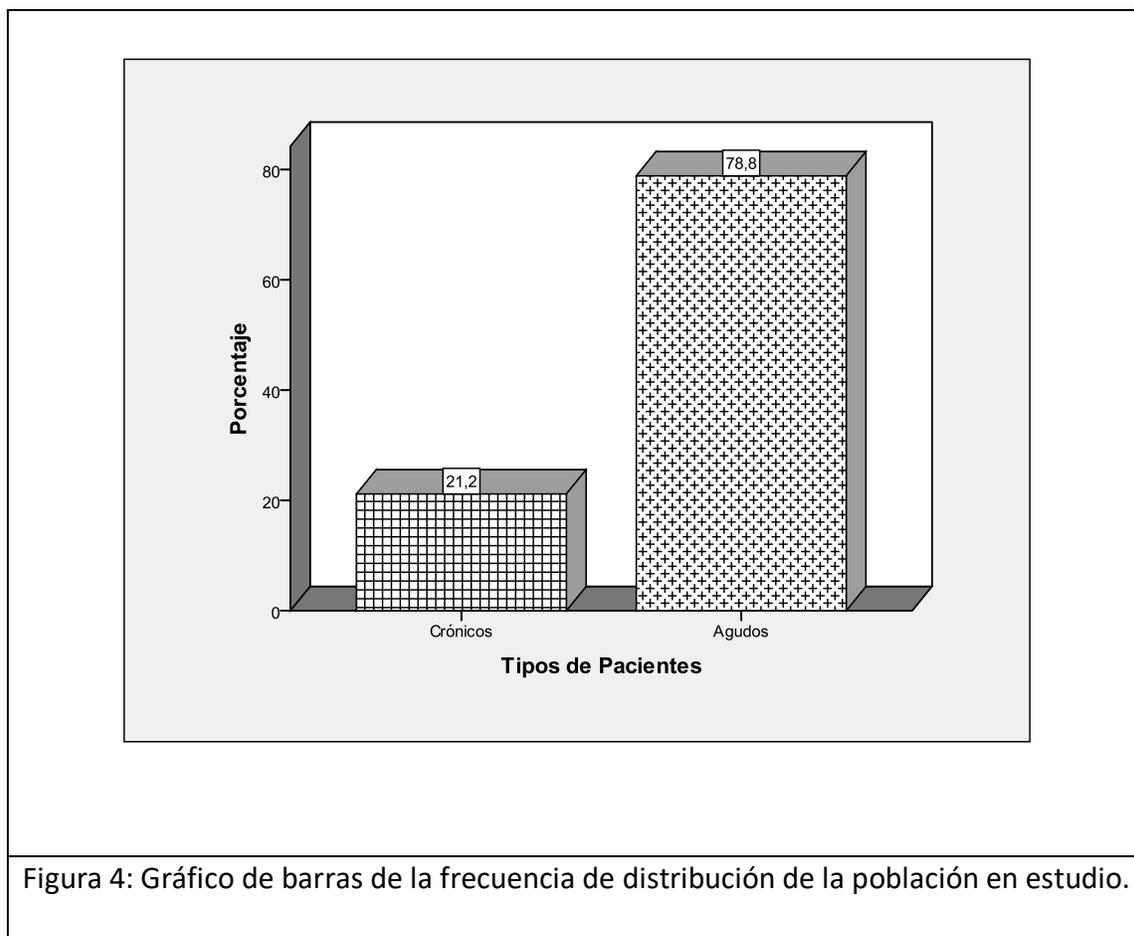


Figura 4: Gráfico de barras de la frecuencia de distribución de la población en estudio.

Como se muestra en la figura 5, al valorar las creencias religiosas de los pacientes en estudio se precisó que el 51.9% profesaban la religión católica, el 34.6% la evangélica y el 13.4% no profesaban una creencia religiosa.



Con respecto a la estructura familiar en la que se desenvuelven los pacientes en estudio se determinó el predominio de las familias desligadas (69.2%) en relación a las familias aglutinadas (30.7%), (Figura 6).

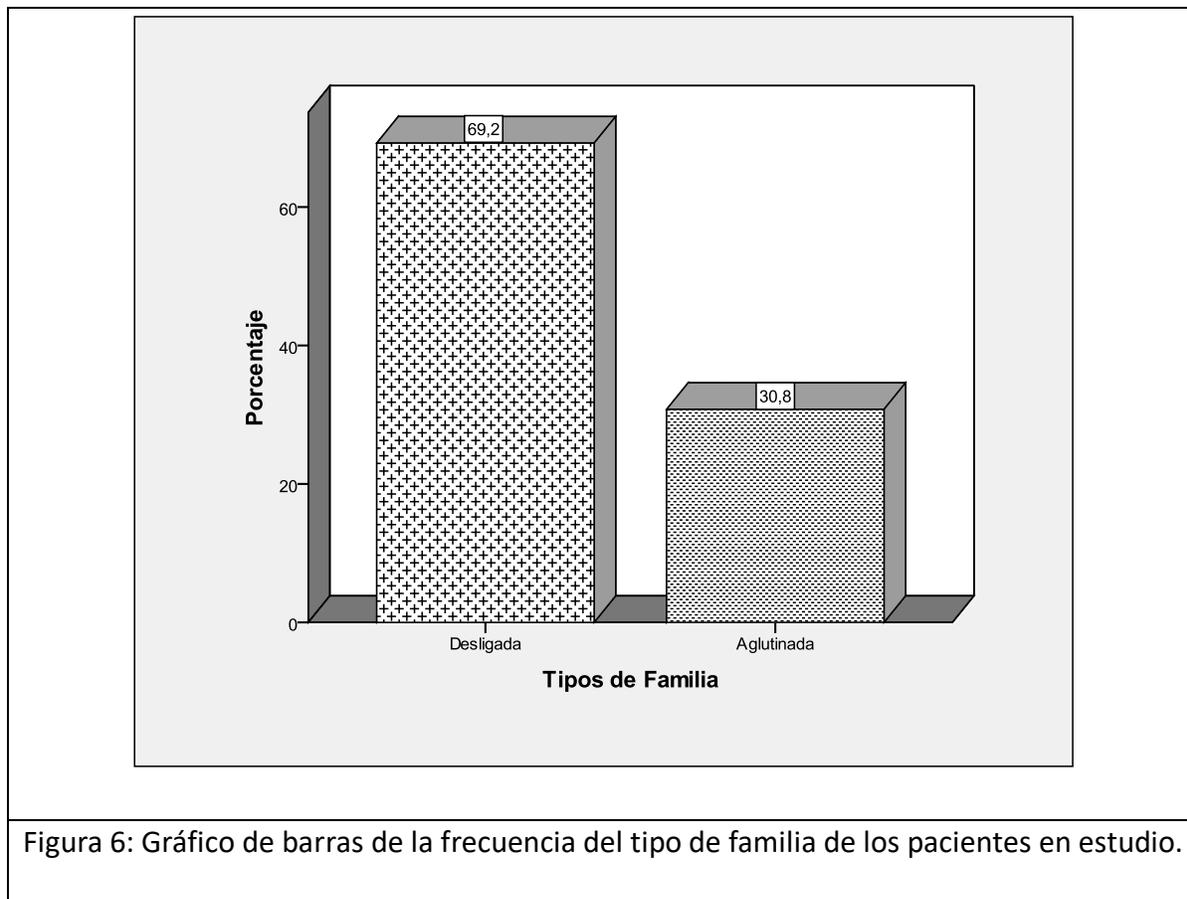


Figura 6: Gráfico de barras de la frecuencia del tipo de familia de los pacientes en estudio.

Tal como se muestra en la figura 7, cuando se evaluó la actividad laboral de la población en estudio se identificó que el 88.46% de no contaban con un trabajo activo.

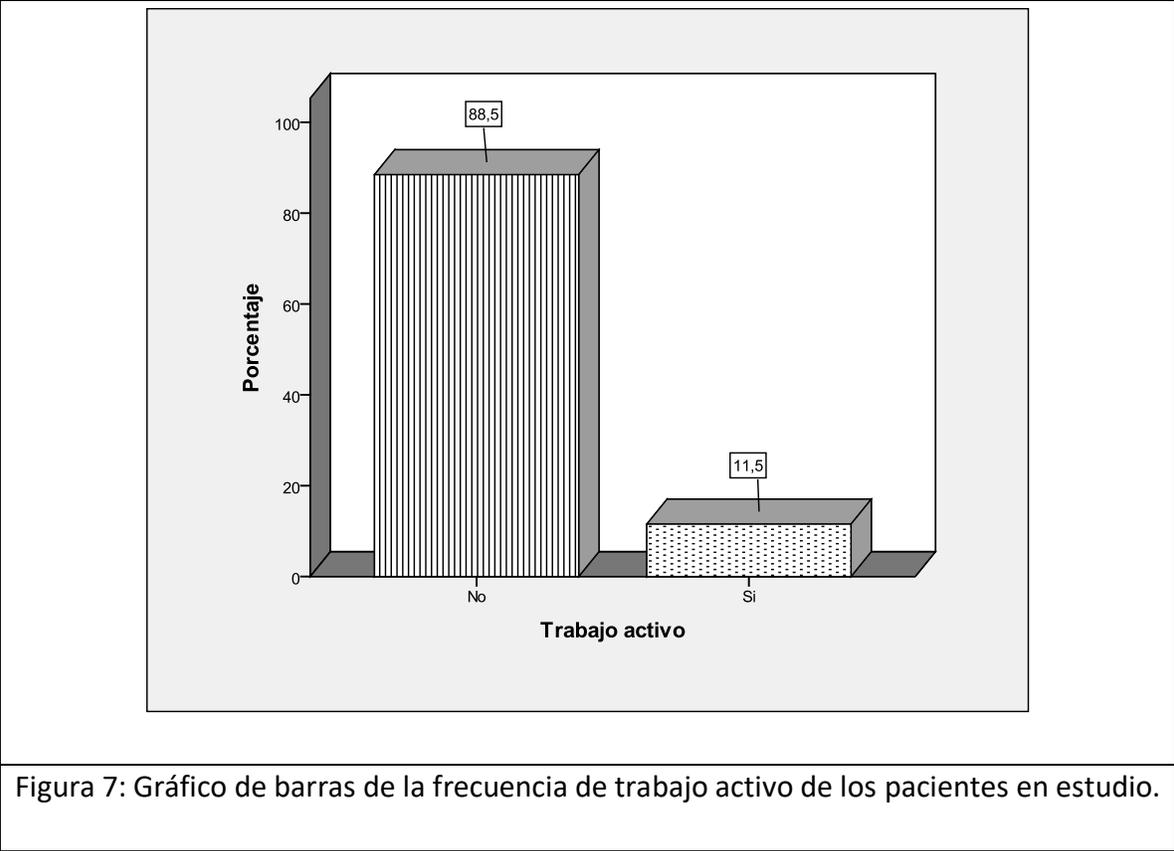


Figura 7: Gráfico de barras de la frecuencia de trabajo activo de los pacientes en estudio.

En una vista panorámica de las principales Comorbilidades en la población en estudio se halló en orden descendente: Uso de sustancias (Tabaco), Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus, (Figura 8).

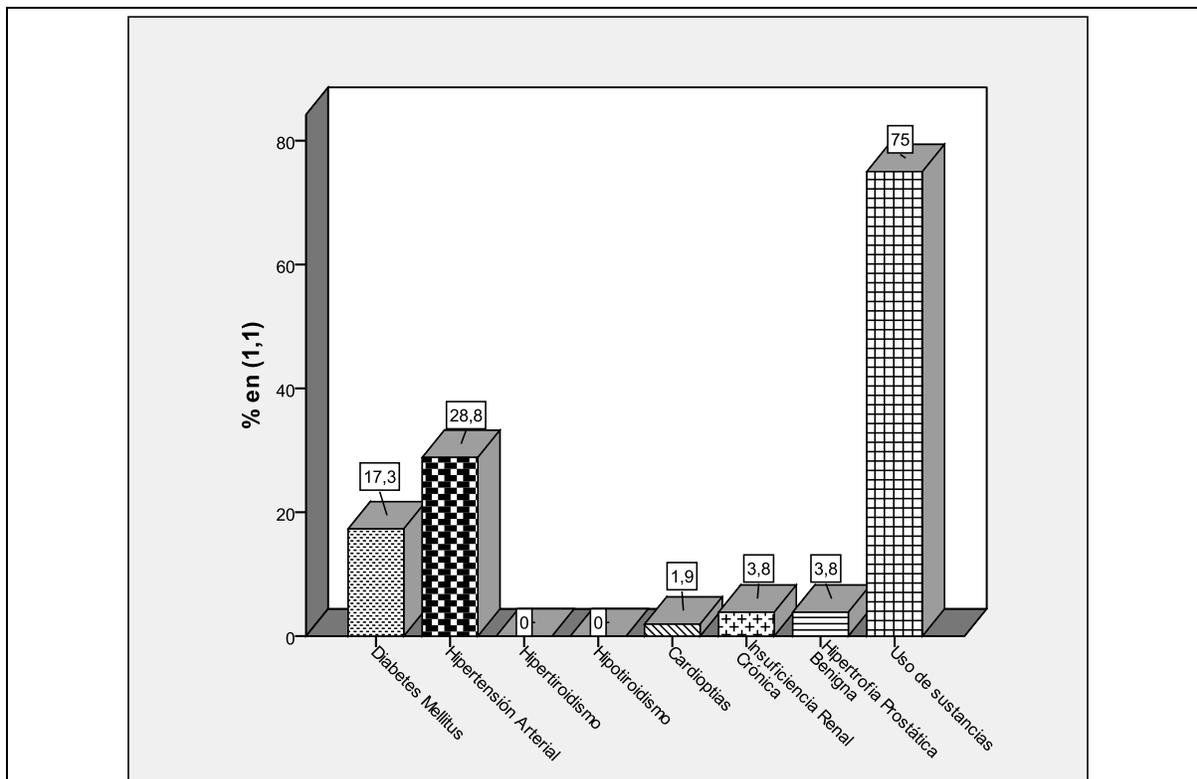


Figura 8: Gráfico de barras de múltiples variables dicotómicas de las comorbilidades de los pacientes en estudio.

9.2 Comorbilidad depresiva en pacientes esquizofrénicos del Hospital Docente de Atención Psicosocial “Dr. José Dolores Fletes Valle”.

El análisis de riesgo de la comorbilidad depresiva en esquizofrénicos determinó que los pacientes crónicos tienen un factor protector para la comorbilidad depresiva en relación con los pacientes agudos, lo que se verifica en la tabla 2.

Tabla de contingencia Alto Riesgo de Comorbilidad Depresiva * Área de ingreso del paciente

| | | Área de ingreso del paciente | | Total | |
|---------------------------------------|-------------|------------------------------|-------|--------|-------|
| | | Crónico | Agudo | | |
| Alto Riesgo de Comorbilidad Depresiva | Si | Recuento | 2 | 17 | 19 |
| | | % del total | 3,8% | 32,7% | 36,5% |
| No | Recuento | 9 | 24 | 33 | |
| | % del total | 17,3% | 46,2% | 63,5% | |
| Total | Recuento | 11 | 41 | 52 | |
| | % del total | 21,2% | 78,8% | 100,0% | |

Tabla 1

| Estimación de riesgo | | | |
|--|-------|-------------------------------|----------|
| | Valor | Intervalo de confianza al 95% | |
| | | Inferior | Superior |
| Razón de las ventajas para Alto Riesgo de Comorbilidad Depresiva (Si / No) | ,314 | ,060 | 1,639 |
| Para la cohorte Área de ingreso del paciente = Crónico | ,386 | ,093 | 1,604 |
| Para la cohorte Área de ingreso del paciente = Agudo | 1,230 | ,949 | 1,595 |
| N de casos válidos | 52 | | |

Tabla 2

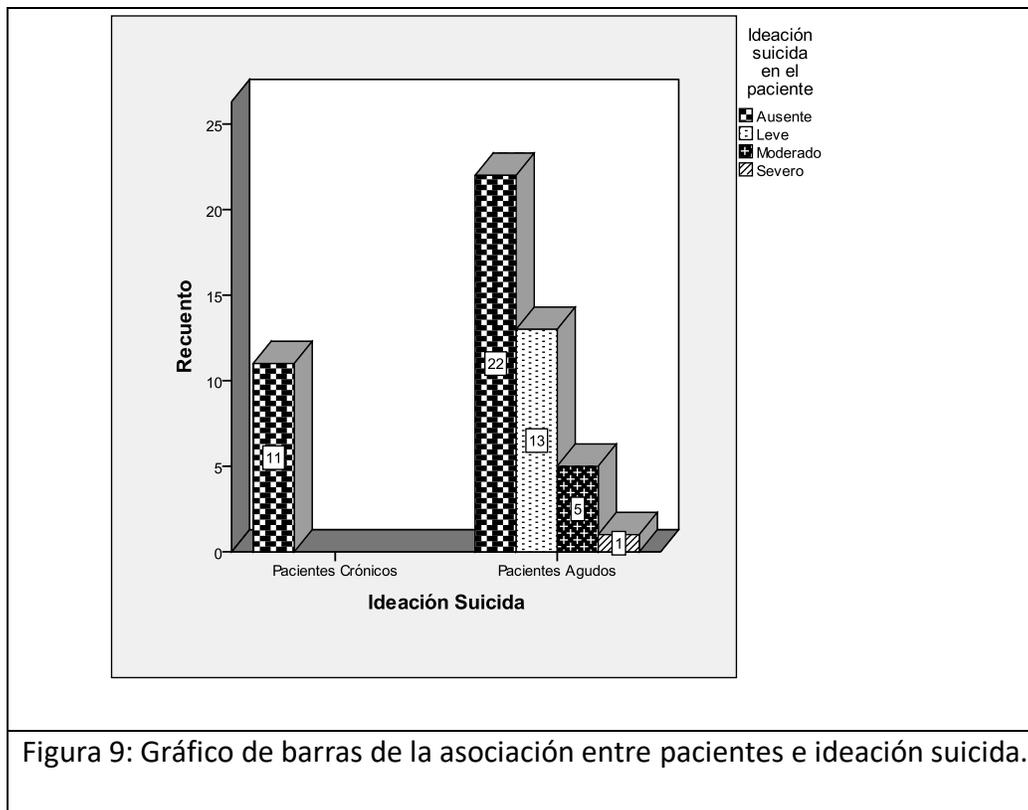
Para establecer la relación entre tipo de paciente e ideación suicida, se realizó el análisis de contingencia mediante la prueba V de Cramer, (Tabla 3). El resultado estadístico obtenido con un valor de $p = 0.045$, indica la existencia de una *asociación significativa* entre los pacientes agudos y la presencia de ideación suicida, lo cual se verifica en la tabla 4 y figura 9.

| Tabla de contingencia: Pacientes en Estudio e Ideación suicida en el paciente | | | | | | |
|---|-------------|---------------------------------|-------|----------|--------|--------|
| | | Ideación suicida en el paciente | | | | Total |
| | | Ausente | Leve | Moderado | Severo | |
| Pacientes Crónicos | Recuento | 11 | 0 | 0 | 0 | 11 |
| | % del total | 21,2% | ,0% | ,0% | ,0% | 21,2% |
| Agudos | Recuento | 22 | 13 | 5 | 1 | 41 |
| | % del total | 42,3% | 25,0% | 9,6% | 1,9% | 78,8% |
| Total | Recuento | 33 | 13 | 5 | 1 | 52 |
| | % del total | 63,5% | 25,0% | 9,6% | 1,9% | 100,0% |

Tabla 3

| Medidas simétricas | | |
|-------------------------|-------|-----------------|
| | Valor | Sig. aproximada |
| Nominal por nominal Phi | ,393 | 0,045 |
| V de Cramer | ,393 | 0,045 |
| N de casos válidos | 52 | |

Tabla 4



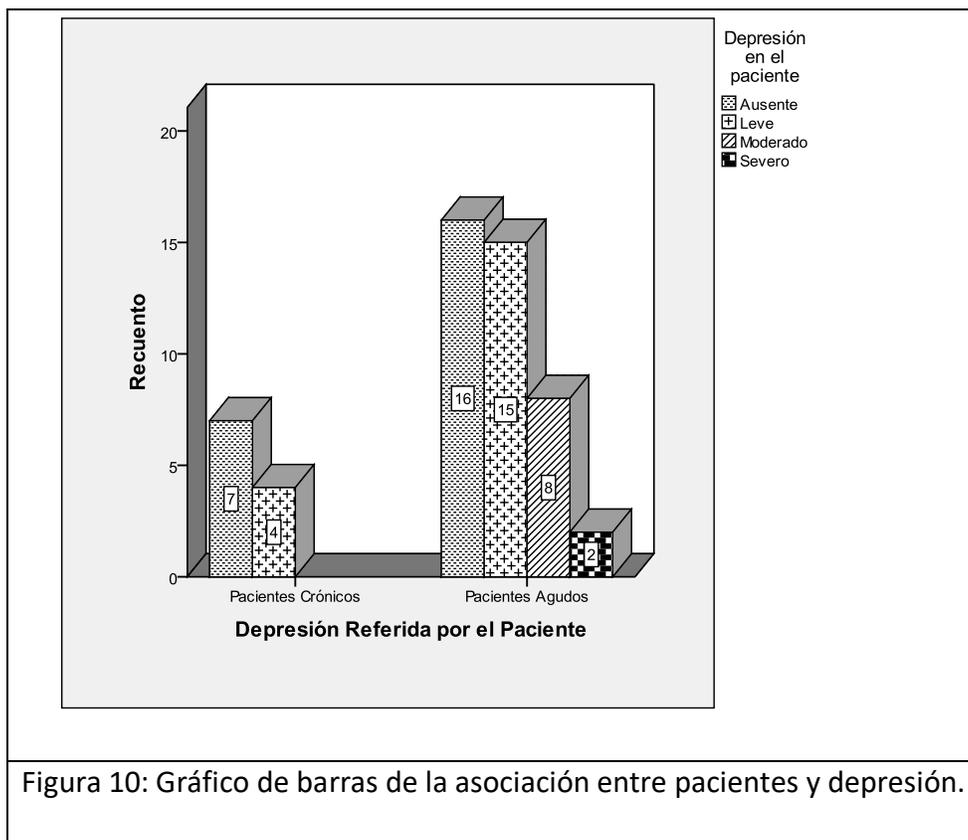
Para establecer la relación entre tipo de paciente y depresión, se realizó el análisis de contingencia mediante la prueba V de Cramer, (Tabla 5). El resultado estadístico obtenido con un valor de $p = 0,276$, indica la existencia de una **asociación no significativa** entre los pacientes crónicos-agudos y la depresión, lo cual se verifica en la tabla 6 y figura 10.

| Tabla de contingencia: Pacientes - Depresión en el paciente | | | | | | |
|--|-------------|--------------------------|-------|----------|--------|--------|
| | | Depresión en el paciente | | | | Total |
| | | Ausente | Leve | Moderado | Severo | |
| Pacientes Crónicos | Recuento | 7 | 4 | 0 | 0 | 11 |
| | % del total | 13,5% | 7,7% | ,0% | ,0% | 21,2% |
| Agudos | Recuento | 16 | 15 | 8 | 2 | 41 |
| | % del total | 30,8% | 28,8% | 15,4% | 3,8% | 78,8% |
| Total | Recuento | 23 | 19 | 8 | 2 | 52 |
| | % del total | 44,2% | 36,5% | 15,4% | 3,8% | 100,0% |

Tabla 5

| Medidas simétricas | | |
|---------------------------|-------|-----------------|
| | Valor | Sig. aproximada |
| Nominal por nominal Phi | ,273 | 0,276 |
| V de Cramer | ,273 | 0,276 |
| N de casos válidos | 52 | |

Tabla 6



Para establecer la relación entre tipo de paciente y desesperanza, se realizó el análisis de contingencia mediante la prueba V de Cramer, (Tabla 7). El resultado estadístico obtenido con un valor de $p = 0,473$, indica la existencia de una **asociación no significativa** entre los pacientes crónicos-agudos y la desesperanza, lo cual se verifica en la tabla 8 y figura 11.

| Tabla de contingencia: Pacientes - Desesperanza en el paciente | | | | | | |
|---|-------------|-----------------------------|-------|----------|--------|--------|
| | | Desesperanza en el paciente | | | | Total |
| | | Ausente | Leve | Moderado | Severo | |
| Pacientes Crónicos | Recuento | 9 | 2 | 0 | 0 | 11 |
| | % del total | 17,3% | 3,8% | ,0% | ,0% | 21,2% |
| Agudos | Recuento | 25 | 9 | 6 | 1 | 41 |
| | % del total | 48,1% | 17,3% | 11,5% | 1,9% | 78,8% |
| Total | Recuento | 34 | 11 | 6 | 1 | 52 |
| | % del total | 65,4% | 21,2% | 11,5% | 1,9% | 100,0% |

Tabla 7

| Medidas simétricas | | |
|-------------------------|-------|-----------------|
| | Valor | Sig. aproximada |
| Nominal por nominal Phi | ,220 | 0,473 |
| V de Cramer | ,220 | 0,473 |
| N de casos válidos | 52 | |

Tabla 8

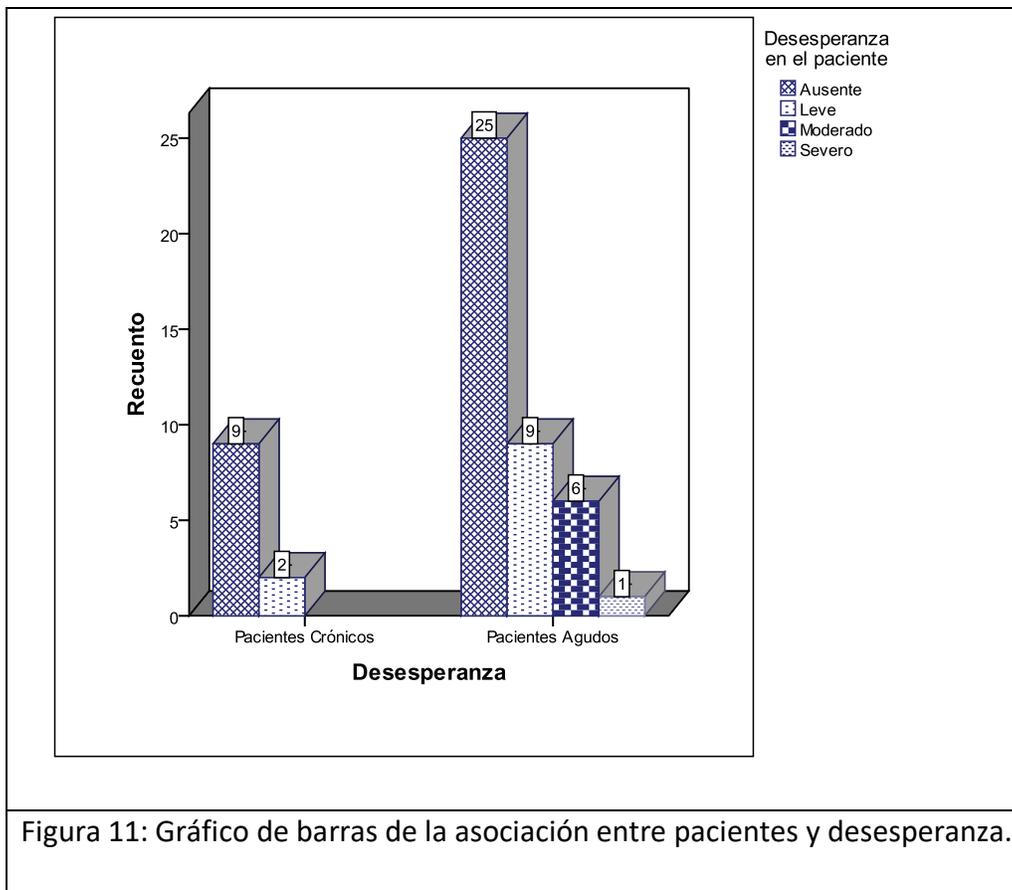


Figura 11: Gráfico de barras de la asociación entre pacientes y desesperanza.

9.3 Determinar la relación entre los factores bio-psico-sociales y la comorbilidad depresiva en pacientes esquizofrénicos del Hospital Docente de Atención Psicosocial “Dr. José Dolores Fletes Valle”.

Para establecer la relación entre las variables escolaridad de los pacientes y depresión, se realizó el análisis de contingencia mediante la prueba Tau c de Kendall, (Tabla 10). El resultado estadístico obtenido con un valor de $p = 0,020$, indica la existencia de una **asociación significativa** entre la escolaridad de los pacientes y depresión, lo cual se verifica en la tabla 9 y figura 12.

| Medidas simétricas | | | | |
|--------------------------------------|-------|--------------------------------|---------------------------|-----------------|
| | Valor | Error típ. asint. ^a | T aproximada ^b | Sig. aproximada |
| Ordinal por ordinal Tau-c de Kendall | ,225 | ,097 | 2,318 | 0,020 |
| N de casos válidos | 52 | | | |

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
 b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 9

Tabla de contingencia Escolaridad del paciente * Depresión en el paciente

| | | | Depresión en el paciente | | | | Total |
|--------------------------|------------------------|-------------|--------------------------|-------|----------|--------|--------|
| | | | Ausente | Leve | Moderado | Severo | |
| Escolaridad del paciente | Analfabeto | Recuento | 2 | 2 | 0 | 1 | 5 |
| | | % del total | 3,8% | 3,8% | ,0% | 1,9% | 9,6% |
| | Primaria incompleta | Recuento | 8 | 2 | 1 | 0 | 11 |
| | | % del total | 15,4% | 3,8% | 1,9% | ,0% | 21,2% |
| | Primaria completa | Recuento | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 |
| | | % del total | 1,9% | 1,9% | ,0% | ,0% | 3,8% |
| | Secundaria incompleta | Recuento | 9 | 3 | 3 | 1 | 16 |
| | | % del total | 17,3% | 5,8% | 5,8% | 1,9% | 30,8% |
| | Secundaria completa | Recuento | 2 | 5 | 2 | 0 | 9 |
| | | % del total | 3,8% | 9,6% | 3,8% | ,0% | 17,3% |
| | Universidad incompleta | Recuento | 1 | 2 | 2 | 0 | 5 |
| | | % del total | 1,9% | 3,8% | 3,8% | ,0% | 9,6% |
| | Universidad completa | Recuento | 0 | 4 | 0 | 0 | 4 |
| | | % del total | ,0% | 7,7% | ,0% | ,0% | 7,7% |
| Total | | Recuento | 23 | 19 | 8 | 2 | 52 |
| | | % del total | 44,2% | 36,5% | 15,4% | 3,8% | 100,0% |

Tabla 10

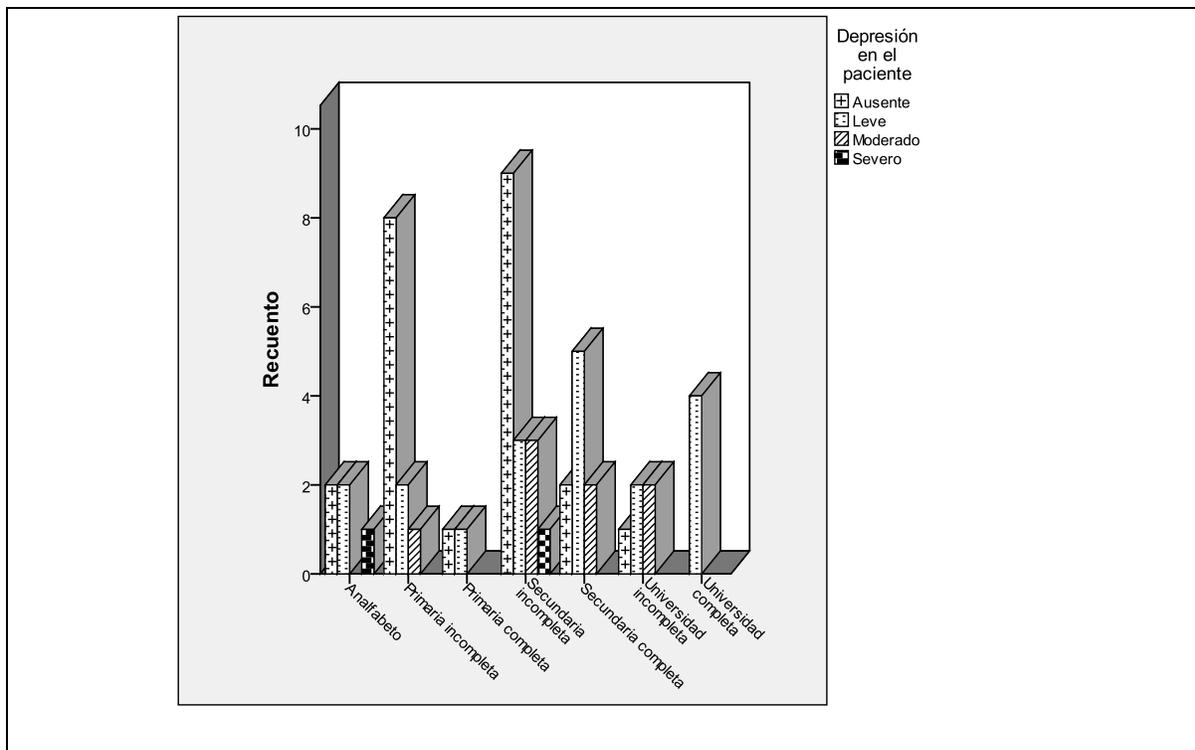


Figura 12: Gráfico de barras de la asociación entre escolaridad de los pacientes y depresión.

Para establecer la relación entre las variables escolaridad de los pacientes y desesperanza, se realizó el análisis de contingencia mediante la prueba Tau c de Kendall, (Tabla 12). El resultado estadístico obtenido con un valor de $p = 0,033$, indica la existencia de una **asociación significativa** entre la escolaridad de los pacientes y desesperanza, lo cual se verifica en la tabla 11 y figura 13.

| Medidas simétricas | | | | |
|--------------------------------------|-------|--------------------------------|---------------------------|-----------------|
| | Valor | Error típ. asint. ^a | T aproximada ^b | Sig. aproximada |
| Ordinal por ordinal Tau-c de Kendall | ,221 | ,103 | 2,137 | 0,033 |
| N de casos válidos | 52 | | | |

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 11

| Tabla de contingencia Escolaridad del paciente * Desesperanza en el paciente | | | | | | | |
|--|------------------------|-------------|-----------------------------|------|----------|--------|-------|
| | | | Desesperanza en el paciente | | | | Total |
| | | | Ausente | Leve | Moderado | Severo | |
| Escolaridad del paciente | Analfabeto | Recuento | 3 | 1 | 1 | 0 | 5 |
| | | % del total | 5,8% | 1,9% | 1,9% | ,0% | 9,6% |
| | Primaria incompleta | Recuento | 10 | 1 | 0 | 0 | 11 |
| | | % del total | 19,2% | 1,9% | ,0% | ,0% | 21,2% |
| | Primaria completa | Recuento | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 |
| | | % del total | 1,9% | 1,9% | ,0% | ,0% | 3,8% |
| | Secundaria incompleta | Recuento | 13 | 2 | 1 | 0 | 16 |
| | | % del total | 25,0% | 3,8% | 1,9% | ,0% | 30,8% |
| | Secundaria completa | Recuento | 3 | 3 | 3 | 0 | 9 |
| | | % del total | 5,8% | 5,8% | 5,8% | ,0% | 17,3% |
| | Universidad incompleta | Recuento | 2 | 3 | 0 | 0 | 5 |
| | | % del total | 3,8% | 5,8% | ,0% | ,0% | 9,6% |
| | Universidad completa | Recuento | 2 | 1 | 0 | 1 | 4 |
| | | % del total | 3,8% | 1,9% | ,0% | 1,9% | 7,7% |
| Total | Recuento | 34 | 12 | 5 | 1 | 52 | |
| | % del total | 65,4% | 23,1% | 9,6% | 1,9% | 100,0% | |

Tabla 12

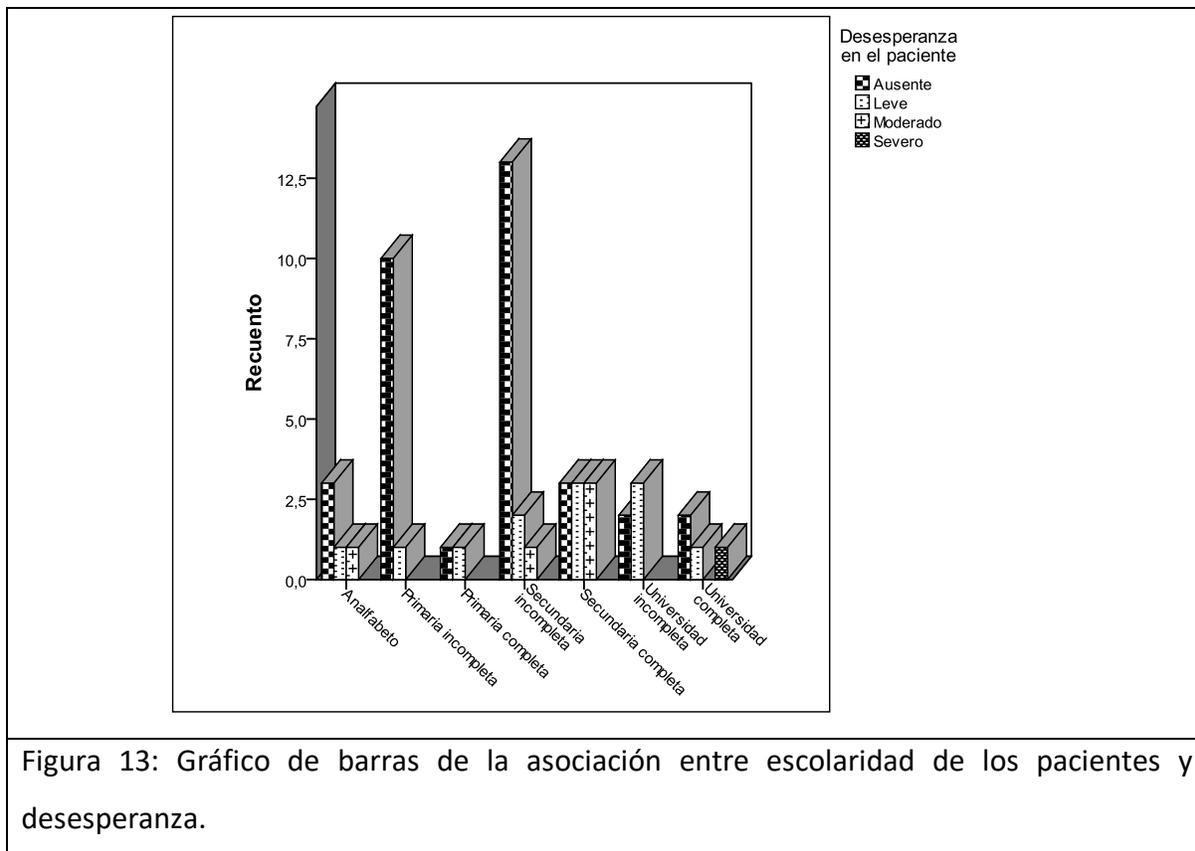


Figura 13: Gráfico de barras de la asociación entre escolaridad de los pacientes y desesperanza.

Para establecer la relación entre las variables escolaridad de los pacientes y depresión matinal, se realizó el análisis de contingencia mediante la prueba Tau c de Kendall, (Tabla 14). El resultado estadístico obtenido con un valor de $p = 0,004$, indica la existencia de una **asociación significativa** entre la escolaridad de los pacientes y depresión matinal, lo cual se verifica en la tabla 13 y figura 14.

| Medidas simétricas | | | | |
|--------------------------------------|-------|--------------------------------|---------------------------|-----------------|
| | Valor | Error típ. asint. ^a | T aproximada ^b | Sig. aproximada |
| Ordinal por ordinal Tau-c de Kendall | ,249 | ,087 | 2,872 | 0,004 |
| N de casos válidos | 52 | | | |

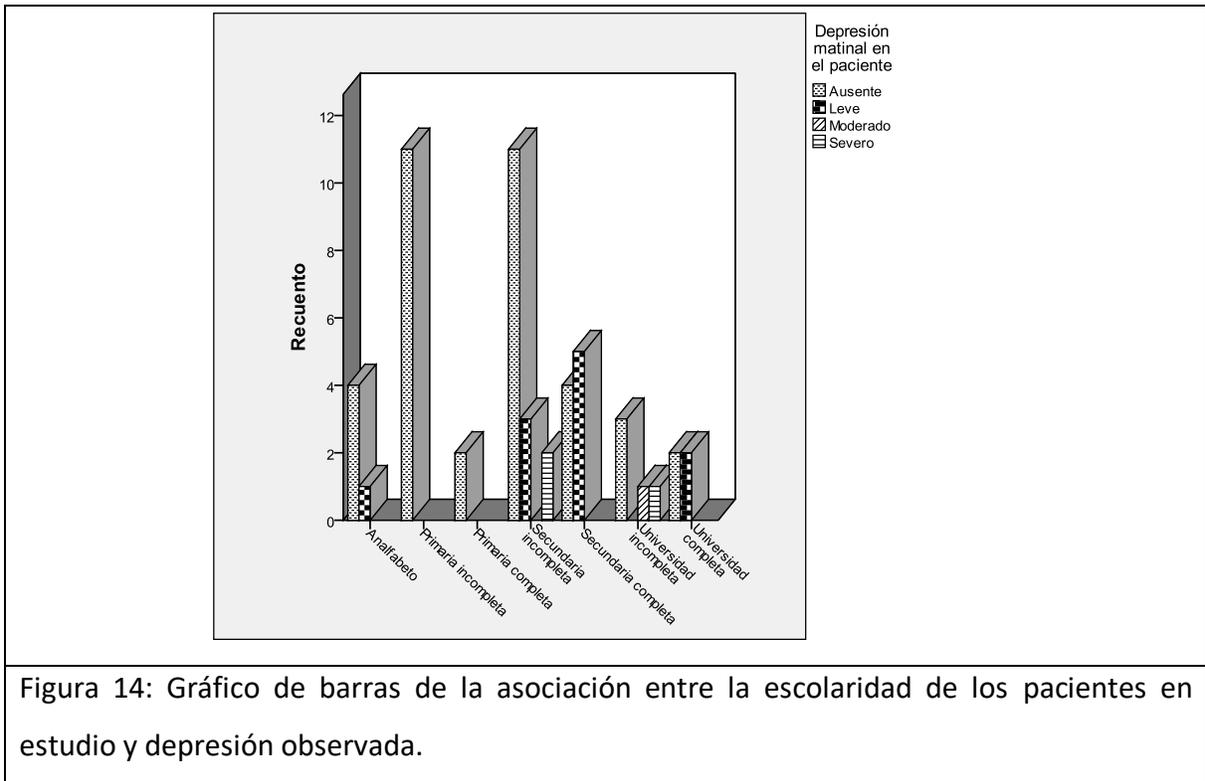
a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 13

Tabla de contingencia Escolaridad del paciente * Depresión matinal en el paciente

| | | | Depresión matinal en el paciente | | | | Total |
|--------------------------|------------------------|-------------|----------------------------------|-------|----------|--------|--------|
| | | | Ausente | Leve | Moderado | Severo | |
| Escolaridad del paciente | Analfabeto | Recuento | 4 | 1 | 0 | 0 | 5 |
| | | % del total | 7,7% | 1,9% | ,0% | ,0% | 9,6% |
| | Primaria incompleta | Recuento | 11 | 0 | 0 | 0 | 11 |
| | | % del total | 21,2% | ,0% | ,0% | ,0% | 21,2% |
| | Primaria completa | Recuento | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| | | % del total | 3,8% | ,0% | ,0% | ,0% | 3,8% |
| | Secundaria incompleta | Recuento | 11 | 3 | 0 | 2 | 16 |
| | | % del total | 21,2% | 5,8% | ,0% | 3,8% | 30,8% |
| | Secundaria completa | Recuento | 4 | 5 | 0 | 0 | 9 |
| | | % del total | 7,7% | 9,6% | ,0% | ,0% | 17,3% |
| | Universidad incompleta | Recuento | 3 | 0 | 1 | 1 | 5 |
| | | % del total | 5,8% | ,0% | 1,9% | 1,9% | 9,6% |
| | Universidad completa | Recuento | 2 | 2 | 0 | 0 | 4 |
| | | % del total | 3,8% | 3,8% | ,0% | ,0% | 7,7% |
| Total | | Recuento | 37 | 11 | 1 | 3 | 52 |
| | | % del total | 71,2% | 21,2% | 1,9% | 5,8% | 100,0% |
| | | | | | | | |

Tabla 14



Para establecer la relación entre las variables escolaridad de los pacientes y depresión observada, se realizó el análisis de contingencia mediante la prueba Tau c de Kendall, (Tabla 16). El resultado estadístico obtenido con un valor de $p = 0,004$, indica la existencia de una **asociación significativa** entre la escolaridad de los pacientes y depresión observada, lo cual se verifica en la tabla 15 y figura 15.

| Medidas simétricas | | | | |
|--------------------------------------|-------|--------------------------------|---------------------------|-----------------|
| | Valor | Error típ. asint. ^a | T aproximada ^b | Sig. aproximada |
| Ordinal por ordinal Tau-c de Kendall | ,263 | ,091 | 2,890 | 0,004 |
| N de casos válidos | 52 | | | |

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 15

| | | | Depresión observada | | | | |
|--------------------------|------------------------|-------------|---------------------|-------|----------|--------|-------|
| | | | Ausente | Leve | Moderado | Severo | Total |
| Escolaridad del paciente | Analfabeto | Recuento | 4 | 0 | 1 | 0 | 5 |
| | | % del total | 7,7% | ,0% | 1,9% | ,0% | 9,6% |
| | Primaria incompleta | Recuento | 11 | 0 | 0 | 0 | 11 |
| | | % del total | 21,2% | ,0% | ,0% | ,0% | 21,2% |
| | Primaria completa | Recuento | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 |
| | | % del total | 1,9% | 1,9% | ,0% | ,0% | 3,8% |
| | Secundaria incompleta | Recuento | 11 | 3 | 2 | 0 | 16 |
| | | % del total | 21,2% | 5,8% | 3,8% | ,0% | 30,8% |
| | Secundaria completa | Recuento | 3 | 2 | 2 | 2 | 9 |
| | | % del total | 5,8% | 3,8% | 3,8% | 3,8% | 17,3% |
| | Universidad incompleta | Recuento | 3 | 1 | 1 | 0 | 5 |
| | | % del total | 5,8% | 1,9% | 1,9% | ,0% | 9,6% |
| | Universidad completa | Recuento | 2 | 1 | 1 | 0 | 4 |
| | | % del total | 3,8% | 1,9% | 1,9% | ,0% | 7,7% |
| Total | Recuento | 35 | 8 | 7 | 2 | 52 | |
| | % del total | 67,3% | 15,4% | 13,5% | 3,8% | 100,0% | |
| | | | | | | | |

Tabla 16

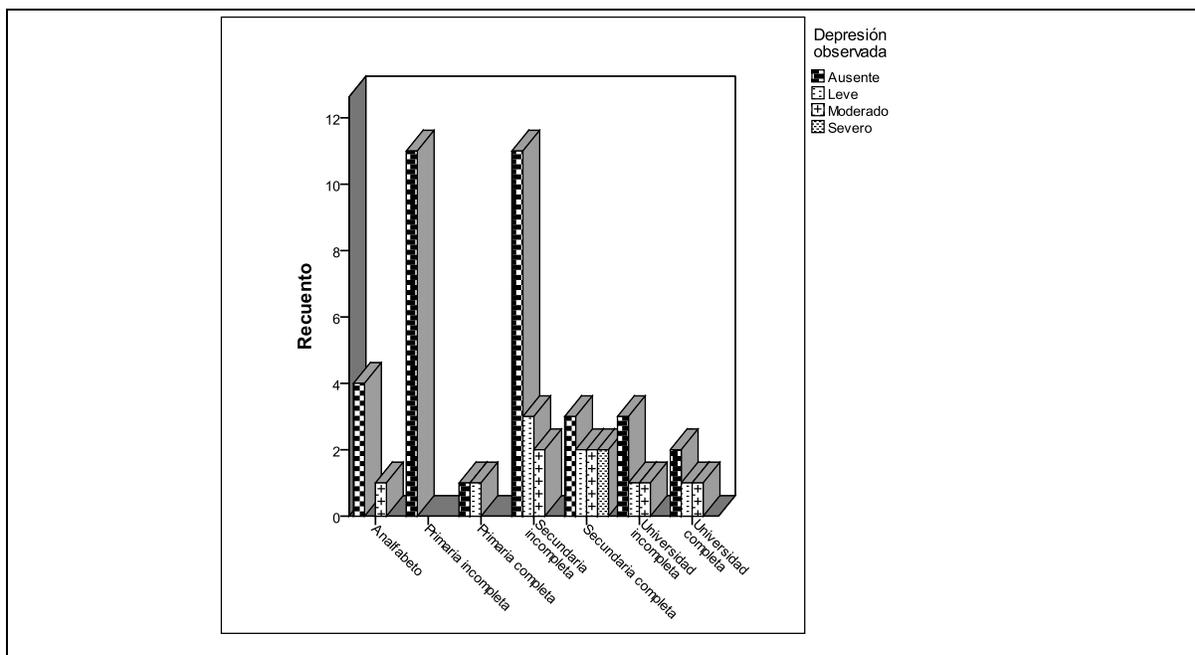


Figura 15: Gráfico de barras de la asociación entre escolaridad de los pacientes en estudio y depresión observada.

Para establecer la relación entre las variables tipo de familia y culpa patológica, se realizó el análisis de contingencia mediante la prueba Tau c de Kendall, (Tabla 18). El resultado estadístico obtenido con un valor de $p = 0,020$, indica la existencia de una **asociación significativa** entre el tipo de familia y la culpa patológica, lo cual se verifica en la tabla 17 y figura 16.

| Medidas simétricas | | | | | |
|---------------------|------------------|-------|--------------------------------|---------------------------|-----------------|
| | | Valor | Error típ. asint. ^a | T aproximada ^b | Sig. aproximada |
| Ordinal por ordinal | Tau-c de Kendall | -,118 | ,051 | -2,321 | 0,020 |
| N de casos válidos | | 52 | | | |

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 17

Tabla de contingencia Tipo de Familia - Culpa patológica en el paciente

| | | | Culpa patológica en el paciente | | | Total |
|-----------------|------------|-------------|---------------------------------|----------|--------|--------|
| | | | Ausente | Moderado | Severo | |
| Tipo de Familia | Desligada | Recuento | 31 | 3 | 2 | 36 |
| | | % del total | 59,6% | 5,8% | 3,8% | 69,2% |
| | Aglutinada | Recuento | 16 | 0 | 0 | 16 |
| | | % del total | 30,8% | ,0% | ,0% | 30,8% |
| Total | | Recuento | 47 | 3 | 2 | 52 |
| | | % del total | 90,4% | 5,8% | 3,8% | 100,0% |

Tabla: 18

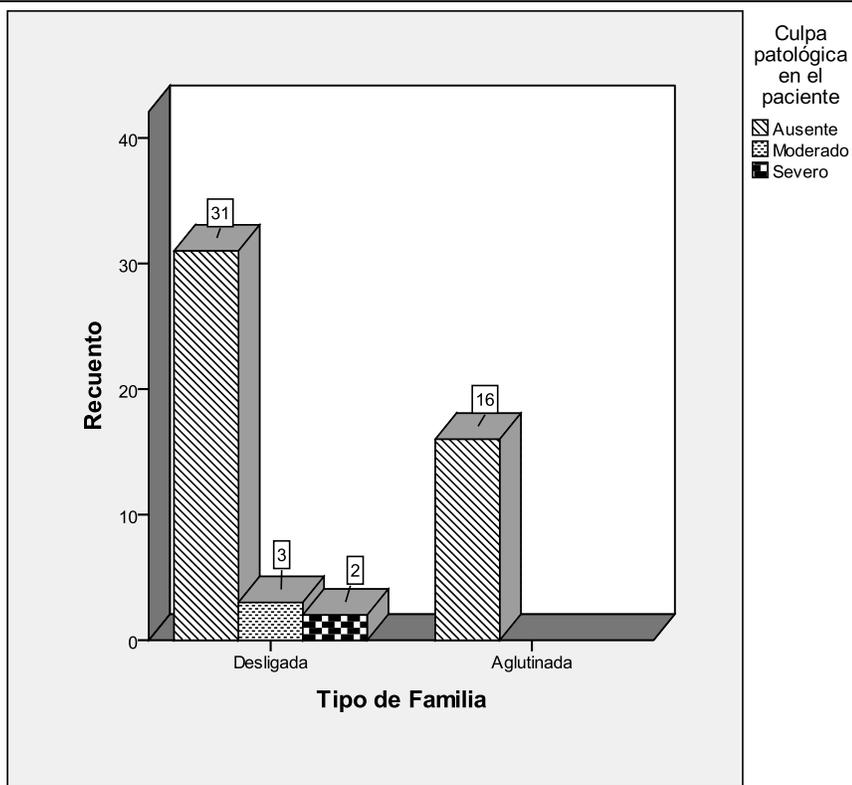


Figura 16: Gráfico de barras de la asociación entre el tipo de familia y la culpa patológica.

Para establecer la relación entre las variables tipo de familia e ideación suicida, se realizó el análisis de contingencia mediante la prueba Tau c de Kendall, (Tabla 20). El resultado estadístico obtenido con un valor de $p = 0,054$, indica la existencia de una **asociación significativa** entre el tipo de familia e ideación suicida, lo cual se verifica en la tabla 19 y figura 17.

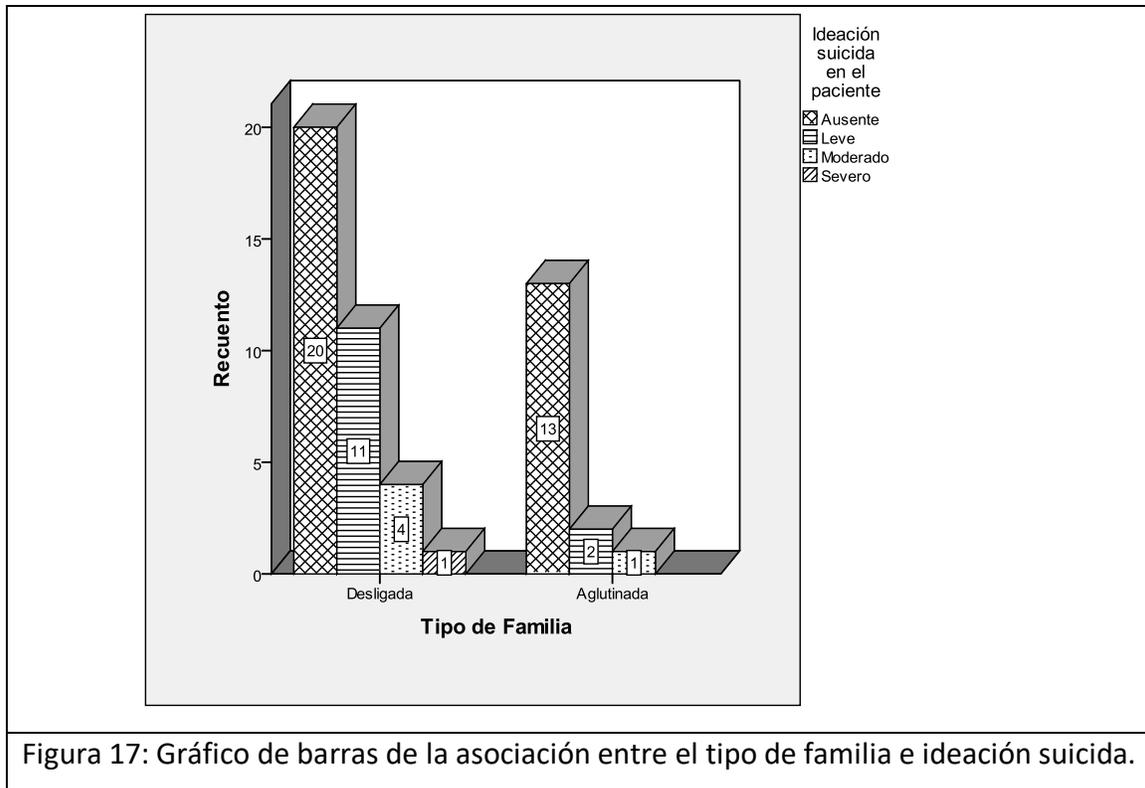
| Medidas simétricas | | | | | |
|---------------------|------------------|-------|--------------------------------|---------------------------|-----------------|
| | | Valor | Error típ. asint. ^a | T aproximada ^b | Sig. aproximada |
| Ordinal por ordinal | Tau-c de Kendall | -,219 | ,114 | -1,925 | 0,054 |
| N de casos válidos | | 52 | | | |

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 19

| Tabla de contingencia Tipo de Familia - Ideación suicida en el paciente | | | | | | | |
|---|------------|-------------|---------------------------------|-------|----------|--------|--------|
| | | | Ideación suicida en el paciente | | | | Total |
| | | | Ausente | Leve | Moderado | Severo | |
| Tipo de Familia | Desligada | Recuento | 20 | 11 | 4 | 1 | 36 |
| | | % del total | 38,5% | 21,2% | 7,7% | 1,9% | 69,2% |
| | Aglutinada | Recuento | 13 | 2 | 1 | 0 | 16 |
| | | % del total | 25,0% | 3,8% | 1,9% | ,0% | 30,8% |
| Total | | Recuento | 33 | 13 | 5 | 1 | 52 |
| | | % del total | 63,5% | 25,0% | 9,6% | 1,9% | 100,0% |

Tabla 20



Para establecer la relación entre las variables tipo de familia y depresión observada, se realizó el análisis de contingencia mediante la prueba Tau c de Kendall, (Tabla 22). El resultado estadístico obtenido con un valor de $p = 0,049$, indica la existencia de una **asociación significativa** entre el tipo de familia y depresión observada, lo cual se verifica en la tabla 21 y figura 18.

| Medidas simétricas | | | | | |
|---------------------|------------------|-------|--------------------------------|---------------------------|-----------------|
| | | Valor | Error típ. asint. ^a | T aproximada ^b | Sig. aproximada |
| Ordinal por ordinal | Tau-c de Kendall | ,214 | ,109 | 1,972 | 0,049 |
| N de casos válidos | | 52 | | | |

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 21

| Tabla de contingencia Tipo de Familia - Depresión observada | | | | | | | |
|---|------------|-------------|---------------------|-------|----------|--------|--------|
| | | | Depresión observada | | | | Total |
| | | | Ausente | Leve | Moderado | Severo | |
| Tipo de Familia | Aglutinada | Recuento | 14 | 2 | 1 | 0 | 17 |
| | | % del total | 26,9% | 3,8% | 1,9% | ,0% | 32,7% |
| | Desligada | Recuento | 21 | 6 | 6 | 2 | 35 |
| | | % del total | 40,4% | 11,5% | 11,5% | 3,8% | 67,3% |
| Total | | Recuento | 35 | 8 | 7 | 2 | 52 |
| | | % del total | 67,3% | 15,4% | 13,5% | 3,8% | 100,0% |

Tabla 22

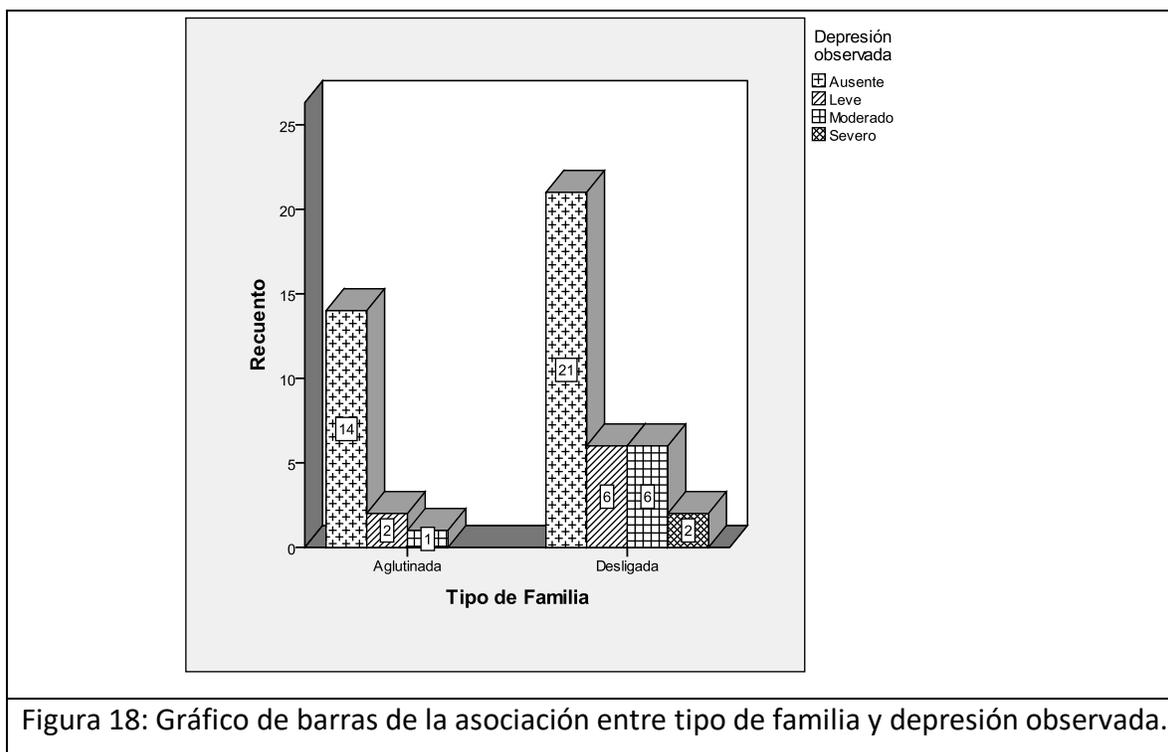


Figura 18: Gráfico de barras de la asociación entre tipo de familia y depresión observada.

10. DISCUSION DE RESULTADOS

Un incremento en la incidencia de intentos suicidas y suicidios en pacientes esquizofrénicos de las salas de agudo y crónico de varones en 2010 motivaron el estudio de la asociación entre Esquizofrenia y Depresión. Los síntomas depresivos y síntomas positivos se pueden presentar de forma paralela en los pacientes esquizofrénicos.

Se realizó el estudio de la comorbilidad depresiva en 52 pacientes esquizofrénicos agudos y crónicos del Hospital Docente de Atención Psicosocial “Dr. José Dolores Fletes Valle” determinándose un factor protector para la comorbilidad depresiva en pacientes esquizofrénicos crónicos en relación a los esquizofrénicos en fase aguda coincidiendo esto con los resultados obtenidos de estudios realizados por el Consenso Español sobre Evaluación y Tratamiento de la Esquizofrenia en la cual se reportó una mayor prevalencia de síntomas depresivos en los primeros episodios de la esquizofrenia.

Este hallazgo se debe muy probablemente a que los pacientes en fase aguda de la esquizofrenia al presentar mejoría de los síntomas psicóticos tienen mayor conciencia del deterioro social, familiar y laboral que sufren.

Más allá se estudió la influencia de los factores bio-psico-sociales en el desarrollo de los síntomas depresivos en estos pacientes.

Se observaron algunas asociaciones positivas, estadísticamente significativas entre los factores bio-psico-sociales y los síntomas depresivos en los pacientes en estudio. Entre las de mayor relevancia mencionamos a la escolaridad y el tipo de familia.

Al evaluar la presencia de depresión en los pacientes se encontró que el 10% presentaban síntomas moderados a severos no coincidiendo esto con los datos obtenidos

por Bitchwood (1998), en donde se determinó que el 60% en ese estudio presentaban depresión moderada.

En relación al estado civil de los pacientes y los síntomas depresivos se observó que el 28.8% de los pacientes con depresión leve eran solteros coincidiendo con los resultados de estudios realizados por la Revista de Salud Mental de México (2001) y de la Dra. Zenelia Morales (2006).

El 1.9% de los pacientes presentaban depresión severa a diferencia de los datos encontrados por Zenelia Morales (2006) que reportó 12.8% de pacientes esquizofrénicos con depresión severa y tenían una escolaridad de analfabeto y secundaria incompleta.

La depresión matinal severa se presentó en el 3.8% de los paciente no coincidiendo con los datos de Bitchwood (1998) donde esta se presentó en el 30% de los pacientes de ese estudio.

El 11.5% de los pacientes presentaron ideas de desesperanza moderadas a severas y tenían una escolaridad que oscilaba entre analfabeto y secundaria completa concordando con los resultados de Zenelia Morales (2006) pero no con los de Bitchwood (1998) quienes reportaban este tipo de ideas en un 10.3% y 20% respectivamente.

En el 67.6% de la población en estudio no se observó depresión dato que coincide con los resultados del Bitchwood quien encontró que en el 49% de su población no se observó depresión.

Como hallazgo propio del estudio se observó que el 9.6% de los pacientes en estudio los cuales pertenecía a familias desligadas tenían ideas de culpa patológicas. Así mismo se determinó que el 28.9% de los esquizofrénicos en estudio pertenecientes a familias

desligadas presentaron ideas suicidas en una intensidad de leve a moderada y solo en el 1.9% de los mismo las intensidad de estas ideas fue severa.

También se observó depresión leve a moderada en el 23% de los pacientes esquizofrénicos pertenecientes a familias desligadas y severas en el 3,8% de los mismos.

Hay varias limitaciones en el presente estudio. Importantes entre estas está la posibilidad de sesgo debido al deterioro cognitivo que presentan los pacientes esquizofrénicos crónicos y el insuficiente seguimiento a los pacientes en estudio. Sin embargo, es alentadora la posibilidad de realizar diagnósticos tempranos de comorbilidad depresiva en los pacientes esquizofrénicos en fase aguda y crónica ingresados en el Hospital Docente de Atención Psicosocial “Dr. José Dolores Fletes Valle”.

Por consiguiente y dada la consistencia de las conclusiones de la presencia de síntomas depresivos en pacientes esquizofrénicos con determinadas características bio-psico-sociales puede interpretarse esto como una afirmación de asociaciones significativas.

11 CONCLUSION

El presente estudio que surgió del interés por determinar la asociación entre esquizofrenia y depresión.

- * Se determinó un factor protector para síntomas depresivos en pacientes esquizofrénicos crónicos.
- * Se observó que los factores bio-psico-sociales se encontraban correlacionados con la presencia de síntomas depresivos, determinándose entre los de mayor significancia estadística la escolaridad que osciló entre analfabeto y secundaria incompleta,

Así mismo se observó que la pertenencia a familias desligadas los cuales tenían una mayor presencia de síntomas como depresión referida por el paciente, desesperanza, depresión matinal, culpa patológica, ideas suicidas y depresión observada.

12. RECOMENDACIONES

Al llevar a cabo el estudio y determinar asociaciones entre factores bio-psico-sociales y síntomas depresivos en pacientes esquizofrénicos ingresados del Hospital Docente de Atención Psicosocial “Dr. José Dolores Fletes Valle” surgen las siguientes recomendaciones a partir de los resultados obtenidos.

1. Detección temprana de síntomas depresivos en pacientes esquizofrénicos ingresados en el Hospital Docente de Atención Psicosocial “Dr. José Dolores Fletes Valle” mediante la utilización de la escala Calgary para depresión en paciente psicóticos tanto al ingreso como previo egreso de dichos pacientes. En el caso de los pacientes crónicos realizar evaluación trimestral de síntomas depresivos asociados.
2. Elaborar un protocolo de manejo de depresión en pacientes esquizofrénicos.
3. Organizar grupos psicoterapéuticos para pacientes con enfermedad dual Esquizofrenia y Depresión a su egreso de la sala de agudos y a los pacientes crónicos que residen en la institución.
4. Elaborar estrategias de abordaje familiar con los equipos multidisciplinarios del Hospital Docente de Atención Psicosocial “Dr. José Dolores Fletes Valle” tanto para las familias de los pacientes agudos como los crónicos.

13. RESUMEN

El presente estudio que surgió del interés por determinar la asociación entre esquizofrenia y depresión. Se observó que los factores bio-psico-sociales se encontraban correlacionados con la presencia de síntomas depresivos, determinándose entre los de mayor significancia estadística la escolaridad que osciló entre analfabeto y secundaria incompleta, así como la pertenencia a familias desligadas los cuales tenían una mayor presencia de síntomas como depresión referida por el paciente, desesperanza, depresión matinal, culpa patológica, ideas suicidas y depresión observada. En los retos futuros se hace hincapié en las necesidades de profundizar en la caracterización nosológica de la coexistencia de síntomas psicopatológicos y la importancia de disponer de instrumentos clínicos para detectar patología dual y la necesidad de desarrollar estrategias terapéuticas farmacológicas y psicológicas efectivas, así como la importancia de la atención integrada de estos pacientes por un equipo multidisciplinarios.

14. ANEXOS

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Nombre: _____

Edad (en años): _____

Estado Civil: 1) Soltero____, 2) Casado____, 3) Viudo____, 4) Unión de hecho____

Escolaridad: 1) Iltrado____, 2) Primaria incompleta____, 3) Primaria completa____, 4) Secundaria incompleta____, 5) Secundaria completa____, 6) Técnico superior____, 7) Universidad incompleta____, 8) Universidad completa____

Trabajo activo: 1)Si____, 2) No____

Número de ingresos hospitalarios: _____

Comorbilidades médicas:

| Comorbilidad | Si | No |
|---------------------|----|----|
| Diabetes Mellitus | | |
| HTA | | |
| Enfermedad Tiroidea | | |
| Cardiopatías | | |
| Uso de sustancias | | |
| Otras | | |

Religión:

| Católica | Si | No |
|--------------------|-----------|-----------|
| Evangélica | | |
| Morava | | |
| Mormona | | |
| Pentecostal | | |
| Judia | | |
| Otras | | |

Tipos de familia (Entrevista)

Iniciales
del entrevistador

| | | |
|--------|--------------------|----------|
| | | |
| NOMBRE | SEGUNDA INICIAL | APELLIDO |

Fecha de la evaluación

| | | | | | |
|----|--|-----|--|----|--|
| | | | | | |
| DD | | MMM | | AA | |

ESCALA DE CALGARY PARA DEPRESIÓN EN ESQUIZOFRENIA (CDSS)

ENTREVISTADOR: Primero haga la pregunta tal como está escrita. Utilice las siguientes preguntas a su criterio. El tiempo comprende la última semana a menos que se mencione otra cosa. El último ítem, N° 9, debe basarse en las observaciones efectuadas a lo largo de la entrevista.

| | |
|--|---|
| <p>1. Depresión</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Cómo describiría su estado de ánimo durante las dos últimas semanas? - Recientemente, ¿se ha sentido razonablemente alegre o ha estado muy deprimido(a) o desanimado(a)? - Con sus propias palabras diga cómo se ha sentido durante las dos últimas semanas, ¿qué tan seguido se ha sentido... (sus palabras)? ¿todos los días? o ¿todo el día? | <p>2. Desesperanza</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Cómo ve el futuro para usted? - ¿Tiene planes para su futuro o su vida parece sin mucha esperanza? - ¿Se ha dado por vencido(a) o todavía parece haber alguna razón para intentar hacer algo en la vida? |
| <p><input type="checkbox"/> 0 Ausente</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Leve, expresa cierta tristeza o desaliento cuando se le pregunta.</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Moderado, en las dos últimas semanas, todos los días ha presentado un claro humor depresivo durante la mitad del tiempo o menos.</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Severo, en las dos últimas semanas, todos los días ha presentado un humor marcadamente depresivo durante más de la mitad del tiempo el cual interfiere con el funcionamiento motor y social normal.</p> | <p><input type="checkbox"/> 0 Ausente</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Leve, en las últimas dos semanas por momentos ha sentido desesperanza, pero todavía conserva cierto grado de esperanza en el futuro.</p> <p><input type="checkbox"/> 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 sean mejores de como las percibe.</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Severo, sensación persistente y angustiante de desesperanza.</p> |
| <p>3. Autodesvalorización</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Cuál es su opinión sobre usted mismo(a) en comparación con las demás personas? - ¿Se siente mejor, no tan bueno(a), o más o menos igual que la mayoría de las personas? - ¿Se siente inferior o incluso siente que no sirve para nada? | <p>4. Ideas de referencia culposas</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Tiene la sensación de que lo(a) están culpando por algo o incluso que lo(a) están acusando injustamente? - ¿De qué lo(a) culpan? (No incluir culpa o acusación justificada. Se excluyen ideas delirantes de culpa). |
| <p><input type="checkbox"/> 0 Ausente</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Leve, siente un poco de inferioridad sin llegar a sentir que no sirve para nada.</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Moderado, el sujeto siente que no sirve para nada, pero menos del 50% del tiempo.</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Severo, el sujeto siente que no sirve para nada más del 50% del tiempo. Puede ser confrontado para admitir que no es así.</p> | <p><input type="checkbox"/> 0 Ausente</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Leve, el sujeto se siente culpable pero no acusado menos del 50% del tiempo.</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Moderado, sensación persistente de ser culpado(a) y/o sensación ocasional de ser acusado(a).</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Severo, sensación persistente de ser acusado(a). Cuando se le confronta admite que no es así.</p> |

ESCALA DE CALGARY PARA DEPRESIÓN EN ESQUIZOFRENIA (CDSS)
(Continuación)

| | |
|--|--|
| <p>5. Culpa patológica - ¿Tiende a culparse a usted mismo(a) de pequeñas cosas que pudo haber hecho en el pasado? - ¿Piensa que debe preocuparse tanto por eso?</p> | <p>6. Depresión matinal - Si se ha sentido deprimido(a) durante las dos últimas semanas, ¿ha notado si la depresión empeora a una hora especial del día?</p> |
| <p><input type="checkbox"/> 0 Ausente <input type="checkbox"/> 1 Leve, el sujeto algunas veces siente culpa por demás por alguna falta pequeña, pero menos del 50% del tiempo. <input type="checkbox"/> 2 Moderado, el sujeto generalmente (más del 50% del tiempo) siente culpa por acciones pasadas cuya significancia exagera. <input type="checkbox"/> 3 Severo, por lo general, el sujeto se siente culpable de todo lo que ha salido mal, aunque no haya sido su culpa.</p> | <p><input type="checkbox"/> 0 Ausente, sin depresión. <input type="checkbox"/> 1 Leve, la depresión está presente pero no hay variación diurna. <input type="checkbox"/> 2 Moderado, menciona espontáneamente que la depresión empeora por la mañana. <input type="checkbox"/> 3 Severo, hay un marcado empeoramiento de la depresión en la mañana con deterioro funcional que mejora en la tarde.</p> |
| <p>7. Despertar prematuro - ¿Se despierta más temprano de lo que es normal para usted? - ¿Cuántas veces a la semana le pasa esto?</p> | <p>8. Suicidio - ¿Ha sentido que la vida no vale la pena? - ¿Alguna vez sintió el deseo de terminar con su vida? - ¿De qué manera pensó hacerlo? - ¿Lo ha intentado realmente?</p> |
| <p><input type="checkbox"/> 0 Ausente, no hay despertar prematuro. <input type="checkbox"/> 1 Leve, ocasionalmente (hasta dos veces a la semana) despierta una hora o más antes de su hora normal de despertarse o de que suene el despertador. <input type="checkbox"/> 2 Moderado, a menudo (hasta 5 veces a la semana) despierta una hora o más antes de su hora normal de despertarse o de que suene el despertador. <input type="checkbox"/> 3 Severo, diariamente se despierta una hora o más antes de su hora normal de despertarse.</p> | <p><input type="checkbox"/> 0 Ausente <input type="checkbox"/> 1 Leve, pensamientos frecuentes de que sería mejor estar muerto(a) o pensamientos ocasionales de suicidio. <input type="checkbox"/> 2 Moderado, consideró deliberadamente un plan de suicidio pero sin haber llevado a cabo un intento. <input type="checkbox"/> 3 Severo, intento suicida aparentemente ideado para terminar en muerte (por ejemplo, descubrimiento accidental, medios ineficaces).</p> |
| <p>9. Depresión observada - Basada en las observaciones del entrevistador a lo largo de la entrevista. - La pregunta "¿Siente deseos de llorar?", utilizada en momentos apropiados de la entrevista, puede proporcionar información útil para esta observación.</p> | |
| <p><input type="checkbox"/> 0 Ausente <input type="checkbox"/> 1 Leve, el sujeto parece triste y apesadumbrado, incluso durante partes de la entrevista en las que se tratan temas afectivamente neutros. <input type="checkbox"/> 2 Moderado, el sujeto parece triste y apesadumbrado a lo largo de la entrevista, con una voz monótona y desesperanzada y a veces llora o está a punto de llorar. <input type="checkbox"/> 3 Severo, el sujeto se ahoga cuando se tratan temas angustiantes, con frecuencia suspira profundamente y llora abiertamente, o está persistentemente en un estado de estupor depresivo, si el evaluador está seguro de que éste está presente.</p> | |

15. BIBLIOGRAFIA

1. Conrad K. 1958/ 1997 La esquizofrenia incipiente. 1.a ed Madrid: Fundación archivos de Neurobiología.
2. Drake RE, Cotton PG.1986 Depression, hopelessness and suicide in chronic schizophrenia. Br J Psychiatry; 148:554-9.
3. Harold I. Kaplan, M.D 2008 Sinopsis de psiquiatría. Trastornos del estado de ánimo-Esquizofrenia. 8va edición. Editorial Médica Panamericana.
4. Hugo Soto Chavez, 1998 Suplemento serie farmacológica, #2. Noviembre, Depresión y Esquizofrenia.
5. J. Vallejos Ruiloba. 1991 Introducción a la sicopatología y la psiquiatría 3ra edición. Promotora editorial S.A de C.V.
6. Johnson DA. 1988 The significance of depression in the prediction of relapse in chronic schizophrenia. Br J Psychiatry;152:320-3.
7. Koreen AR, Siris SG, Chakos M, Alvir J, Mayerhoff D, Lieberman J. 1993 Depression in first-episode schizophrenia. Am J Psychiatry;150(11): 1643-8.
8. Michael G. Gelder. Juan J. López-Ibor Jr. Nancy Andreasen 2003 Tratado de psiquiatría. Primera edición. Tomo I. Editorial Ars. Médica.
9. OMS: 1992 Décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades: Trastornos Mentales y del comportamiento (CIE 10).

10. R. Apiquian A. Fresan H. Nicolini. , 2000 Evaluación de la Psicopatología. Escalas en español. 1ra edición. Editorial Ciencia y Cultura latinoamericana, S.A DE C.V.
11. Roy A. 1986 Depression, attempted suicide, and suicide in patients.
12. Sidney Zisook. 2006 Depressive symptom patterns in patients with chronic schizophrenia and subsyndromal depression.
13. Francis Mark Mondimore, M.D. Depression, the Mood Disease Third Edition THE JOHNS. Depression, the Mood Disease. Third Edition. 2006 The Johns Hopkins University Press.
14. James M. Ellison. Depression in Later Life (A Multidisciplinary Psychiatric Approach). 2003 by Marcel Dekker, Inc. All Rights Reserved.
15. John R. Z. Abela. Handbook of Depression in Children and Adolescents. 2008 The Guilford Press
16. John M. Oldham, M.D., M.S; Dennis S. Charney, M.D.. *Molecular Neurobiology for the Clinician*. 2003 American Psychiatric Publishing, Inc.