

Validez y reproductibilidad de una escala para evaluar la depresión en pacientes esquizofrénicos*

Héctor A. Ortega-Soto^{1,2}

Sergio Gracia Perales¹

Berta Imaz³

José Pacheco Patzín³

Elizabeth Brunner¹

Rogelio Apiquían¹

Ma. del Pilar de la Torre¹

Summary

The presence of depressive symptoms in patients with schizophrenia has been recognized and described reiteratively, even though its significance on the treatment and outcome of this disorder is still ignored. The symptoms which are present in a major depressive episode are not exclusive of depression and may be confused with the negative symptoms of schizophrenia, *vg.* apathy, anhedonia, and abulia, or with the parkinsonian effects of antipsychotics such as akinesia. During the last few years attention has been given to the study and treatment of depression in schizophrenia, thus an appropriate clinimetric instrument is needed. Addington et al designed a scale to assess depressive symptoms in schizophrenic patients. The behavior of such instrument in English is satisfactory; therefore, it is advisable to translate the instrument and assess the Spanish version.

We studied 103 patients with the diagnosis of schizophrenia (DSM-III-R), in two third level hospitals, who were under treatment with antipsychotics. The patients were assessed with the Calgary Scale for Depression in Schizophrenia, the Beck Depression Inventory (BDI), and the DiMascio Scale for Extrapyramidal Symptoms; besides, 50 % of the patients were also assessed with the Positive and Negative Symptom Scale for Schizophrenia (PANSS), and the remaining 50 % was evaluated with the Calgary Scale in two different days of the same week, by two independent investigators. A significant correlation was observed ($r = 0.72$, $p < 0.0001$) between the total scores of the Calgary Scale and the BDI. Neither the correlation between the Calgary scores and the DiMascio scale, nor the negative subscale of the PANSS were significant. The correlation between the scores of the Calgary Scale of the subgroup that was evaluated twice weekly was good ($r = 0.80$, $p < 0.0001$). Our findings indicate that the Calgary Scale to evaluate depression in schizophrenia has a satisfactory concurrent validity with the BDI, and its reproducibility is good. Being able to rely on this instrument will ease the study of the relationship between depressive symptoms and schizophrenia.

¹ División de Investigaciones Clínicas, Instituto Mexicano de Psiquiatría. Calz. México-Xochimilco 101. San Lorenzo Huipulco 14370, México, D.F.

² Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.

³ Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, Secretaría de Salud, México, D.F.

* Partes de este trabajo constituyeron las tesis que para obtener el diploma de especialista en psiquiatría presentaron los doctores Gracia Perales, Imaz y Pacheco.

Resumen

Los síntomas depresivos en los pacientes con esquizofrenia han sido reconocidos y descritos reiteradamente, aunque se ignora el significado que tienen en el tratamiento y el pronóstico de esta enfermedad. Los síntomas que se presentan en un episodio depresivo mayor no son exclusivos de la depresión y, además, pueden confundirse con los síntomas negativos de la esquizofrenia, *vg.* la apatía, la anhedonia y la abulia, o con los efectos parkinsonianos de los antipsicóticos, como la aquinesia. Durante los últimos años se le ha dado mucha importancia al estudio y al manejo de la depresión en la esquizofrenia; sin embargo se carece de un instrumento clinimétrico apropiado. Addington y cols. desarrollaron una escala para evaluar los síntomas depresivos en los pacientes esquizofrénicos. El comportamiento de dicho instrumento en su versión en inglés es satisfactorio, lo que hace recomendable traducir el instrumento y evaluarlo en su versión en español.

Estudiamos a 103 pacientes en dos centros hospitalarios de tercer nivel. Todos tenían el diagnóstico de esquizofrenia según los criterios del DSM-III-R y estaban bajo tratamiento con antipsicóticos. Los pacientes fueron evaluados con la Escala de Calgary para Depresión en la Esquizofrenia, el Inventario para Depresión de Beck (IDB) y la Escala de DiMascio para Efectos Extrapyramidales. El 50 % de los pacientes se evaluó, además, con la Escala para Síntomas Positivos y Negativos de la Esquizofrenia (PANSS) y al 50 % restante se les aplicó la Escala de Calgary en dos días diferentes de la misma semana por diferente entrevistador.

Se observó una correlación significativa ($r = 0.72$, $p < 0.0001$) entre las puntuaciones totales de la Escala de Calgary y las del IDB. No hubo correlación significativa entre las puntuaciones de la Calgary y las de la Escala de DiMascio, ni entre aquéllas y la Subescala de Síntomas Negativos del PANSS. La correlación entre las puntuaciones de la Escala de Calgary en el subgrupo al que se le aplicó en dos ocasiones fue bastante buena ($r = 0.80$, $p < 0.001$). Nuestros resultados indican que la Escala de Calgary para Evaluar la Depresión en la Esquizofrenia tiene una validez concurrente satisfactoria y su reproductibilidad es buena. El contar con este instrumento facilitará el estudio de la relación entre los síntomas depresivos y la esquizofrenia.

Introducción

La esquizofrenia es uno de los principales problemas de salud pública en todo el orbe; tiene una alta

prevalencia a lo largo de la vida (0.5 a 1 %), la morbilidad es severa y la mortalidad es significativa. La enfermedad frecuentemente se inicia a edad temprana y deja secuelas en sus víctimas, lo que conduce al deterioro social y económico. El trastorno produce un gran sufrimiento en los pacientes y en sus familiares. Además, el costo para la sociedad es muy alto, llegando a rebasar el del cáncer (6).

La esquizofrenia puede reconocerse con relativa facilidad, pero su etiología y su fisiopatología continúan sin aclararse. Los subtipos de la esquizofrenia, así como los límites entre este síndrome y otros trastornos son inciertos.

Los signos y síntomas de esta enfermedad son diversos, abarcando casi todos los aspectos de la cognición y la conducta: la percepción, el pensamiento, el discurso y el lenguaje, así como la motricidad, la volición y las emociones (5).

La historia del estudio de la esquizofrenia está repleta de esfuerzos para identificar los subtipos homogéneos. Durante los últimos años se ha puesto especial atención en algunos grupos específicos de síntomas y se han establecido clasificaciones, como la de Crow (12), quien propone que hay el Tipo I y el Tipo II, según predominen los síntomas positivos (alucinaciones e ideas delirantes) o los negativos, la ausencia o la presencia de alteraciones cognoscitivas y la respuesta o resistencia al tratamiento con antipsicóticos.

La heterogeneidad de las presentaciones clínicas podría reflejar diferente etiología y fisiopatología; sin embargo, a pesar de los esfuerzos encaminados a identificar la asociación específica entre una presentación clínica y algunos indicadores biológicos –por ejemplo: las anomalías en la estructura cerebral con el síndrome negativo, o la hiperactividad dopaminérgica con los síntomas positivos (14)– los resultados han sido infructuosos.

Por otro lado, se informa que diversos síndromes psiquiátricos pueden coexistir con la esquizofrenia, entre ellos la depresión, el trastorno obsesivo compulsivo, el trastorno por angustia y el abuso de sustancias (7, 8). El que con mayor frecuencia acompaña a la esquizofrenia es la depresión (17, 22). La presencia de los síntomas depresivos en los pacientes esquizofrénicos fue reconocida ya por Kraepelin y Bleuler (9,10,13), pero su significado en la evolución y el pronóstico de esta enfermedad es aun controvertido (18).

Los síntomas de un episodio depresivo mayor, no son exclusivos de la depresión y se asemejan a los síntomas del síndrome negativo, a la aquinesia y a los síntomas prodrómicos de una recaída psicótica (7, 11, 20, 23, 28).

La depresión, o al menos un síndrome similar a ésta, ocurre aproximadamente en el 25 % (rango de 14 a 60 %) de los esquizofrénicos después de la desaparición de la sintomatología psicótica aguda (7, 8, 11, 15, 17, 18, 22) y se caracteriza por la presencia de un afecto deprimido, anhedonia, disminución de la energía y baja autoestima; también pueden estar presentes síntomas vegetativos y alteraciones en el apetito y en el sueño (15, 24).

La aquinesia es un síntoma de la triada parkinsoniana, junto con la rigidez y el temblor, que se caracteriza por una disminución de los movimientos espontáneos, como las gesticulaciones y el lenguaje; se acompaña de apatía y dificultad para iniciar las actividades cotidianas. Este síntoma está presente en el 30 % de los pacientes esquizofrénicos tratados con antipsicóticos aunque no haya ningún otro síntoma extrapiramidal (11). Dado que aproximadamente del 30 al 60 % de los pacientes con Parkinson tienen depresión y que entre el 11 y el 43 % de los pacientes con la Enfermedad de Parkinson presentan síntomas depresivos antes de presentar la sintomatología motora propia de la enfermedad, algunos autores sugieren que hay relación entre las alteraciones motoras y la depresión. La aquinesia se correlaciona directamente con el síndrome apático (subsíndrome depresivo) y se presenta un mayor grado de disforia en los pacientes con aquinesia que en aquéllos que tienen temblor (11). Por otra parte, se observa que los pacientes esquizofrénicos con antecedentes familiares de depresión muestran efectos colaterales más severos con los neurolépticos, que los esquizofrénicos sin estos antecedentes (11, 14, 16).

Numerosas investigaciones indican que hay alteraciones cognoscitivas en los pacientes con Parkinson; entre las más importantes se encuentra la bradipsiquia –o bradifrenia– que consiste en que los procesos del pensamiento se lentifican, pero el juicio y el manejo de los conceptos se conservan (14).

El retardo psicomotor es uno de los síntomas reportados en la depresión endógena. Dicho retardo puede preceder a los síntomas cognoscitivos de la depresión y persistir aun después de que estos se han resuelto. Algunos autores han reportado que el retardo motor es un predictor de respuesta a los antidepresivos tricíclicos (24, 25, 26). La depresión está relacionada con un deterioro cognoscitivo global muy similar al que se presenta en la demencia pero en este caso es totalmente reversible si se da un tratamiento antidepresivo adecuado (14).

La hipoquinesia es uno de los síntomas negativos más detectado. El retardo psicomotor en la esquizofrenia se considera como un componente del síndrome negativo y un indicador de mal pronóstico (19).

Dentro de la sintomatología negativa es frecuente encontrar anergia y abulia, así como disminución en el nivel de energía e incapacidad para experimentar placer. El afecto aplanado o embotado está presente en el 66 % de los esquizofrénicos (15). Entre los déficits cognoscitivos que se observan en la esquizofrenia está un aumento de las estereotipias del pensamiento, así como lentitud en la respuesta psicomotriz (14).

La conducta suicida se presenta entre el 18 y el 55 % de los enfermos esquizofrénicos. Entre los factores relacionados con esta conducta se encuentran: la depresión, la cronicidad, el mal funcionamiento social y laboral, y la severidad del padecimiento (1, 2). Según Addington y cols. (2), los esquizofrénicos crónicos que tienen una mala o incompleta respuesta al tratamiento farmacológico y que continúan presentando sintomatología positiva residual tienen un alto riesgo de suicidarse (2, 17).

Algunos autores han reportado de manera anecdótica, que la sintomatología depresiva precede a la aparición o exacerbación de los síntomas psicóticos (17, 19). Otros opinan que los síntomas depresivos son parte del curso natural de la esquizofrenia (1, 2).

Se propone que se utilice el término "depresión postpsicótica" cuando los síntomas depresivos aparezcan durante la remisión del episodio psicótico y constituyan una respuesta del paciente a su reciente experiencia. También cuando se asume que la depresión postpsicótica se debe al uso de los neurolepticos, especialmente los de depósito, por lo que se hace referencia al término de depresión farmacológica (7, 17, 26, 27, 28).

Los neurolepticos producen síntomas parkinsonianos, como la bradiquinesia y la disminución de la espontaneidad, que se parecen a la sintomatología depresiva (11). Además, la semejanza entre algunos síntomas depresivos y ciertos síntomas negativos como: la anergia, la anhedonia, la abulia, la sensación de vacío emocional y la retirada emocional, dificulta la distinción entre los síntomas afectivos y los síntomas negativos propios de la esquizofrenia.

Algunos hallazgos neuroquímicos sugieren que tanto en el parkinsonismo como en la depresión retardada y en la sintomatología negativa, se presentan cambios en el metabolismo de la dopamina a nivel del sistema nervioso central (21). El cambio patológico más importante en la Enfermedad de Parkinson es la degeneración de la *sustancia nigra*. Esta área contiene los cuerpos celulares de las neuronas dopaminérgicas, que terminan en el cuerpo estriado. La concentración de dopamina estriatal está disminuida en los cerebros de los pacientes con Parkinson, por lo que la teoría de la reducción de la actividad dopaminérgica está aceptada como sustrato fisiopatológico de la Enfermedad de Parkinson (14).

El estudio del recambio de neurotransmisores a nivel central, en particular de los metabolitos de la dopamina, en el líquido cefalorraquídeo indica una disminución de la cantidad de ácido homovanílico (metabolito de la dopamina) en los pacientes deprimidos que manifiestan un retardo motor marcado (14).

Al parecer, en la esquizofrenia se presenta un trastorno bimodal de la regulación de la dopamina, y los síntomas negativos pueden representar un estado hipodopaminérgico; también, se ha considerado que el aumento en el número de receptores para dopamina en los cerebros de esquizofrénicos con síntomas positivos, apoya la noción de que la hipodopaminergia está asociada con la sintomatología negativa. Durante los últimos años se han realizado estudios neuroquímicos rigurosos en pacientes esquizofrénicos con hipoquinesia que muestran evidencias compatibles de la relación que hay entre los síntomas negativos y la reducción de la neurotransmisión dopaminérgica (14).

Sin lugar a dudas los agonistas dopaminérgicos mejoran la sintomatología del Parkinson, y algunos autores reportan una respuesta terapéutica importante en ciertos pacientes que tienen depresión retardada y son tratados con L-Dopa. La L-Dopa puede ser efectiva en el tratamiento de los síntomas negativos de la esquizofrenia, especialmente cuando se administra

conjuntamente con el neuroleptico y cuando la enfermedad ha durado menos de 10 años (14).

En años recientes ha llamado mucho la atención la depresión en la esquizofrenia; sin embargo, no había instrumentos específicos para evaluar la sintomatología depresiva en los pacientes esquizofrénicos, puesto que la mayor parte de las escalas e inventarios para valorar la depresión son inapropiadas para la población psicótica (3, 4).

En 1990 apareció la Escala de Calgary para la Depresión en la Esquizofrenia. Dicho instrumento se originó de la Escala para Depresión de Hamilton y del Examen del Estado Actual (*Present State Examination*). Originalmente la escala comprendía 11 reactivos (3), de los cuales posteriormente se eliminaron dos, por lo que la escala actual consta de 9 apartados. En los estudios de validación y concordancia llevados a cabo por sus creadores, se llegó a la conclusión de que todos los reactivos de la escala discriminan apropiadamente si hay o no un episodio depresivo mayor (3, 4). Además, los autores evaluaron la especificidad de la escala para usarla en la esquizofrenia. En este estudio se incluyó a 100 pacientes externos que cumplen con los criterios diagnósticos del DSM-III-R para esquizofrenia, a quienes se les aplicó la Escala de Calgary además de la Escala para Síntomas Positivos y Negativos en la Esquizofrenia (PANSS) y la Escala de Simpson Angus para Síntomas Extrapiramidales. Se concluyó que la Escala de Calgary es útil para diferenciar la depresión de los síntomas negativos y de los síntomas extrapiramidales (4). En 1993 los autores reportaron que aunque la Escala de Calgary y el Inventario para la Depresión de Beck (IDB) son instrumentos para medir la severidad de los síntomas depresivos en los pacientes psicóticos, hubo dificultades para utilizar el IDB en estos pacientes (3).

Así las cosas, en los pacientes esquizofrénicos el diagnóstico clínico del síndrome depresivo continúa presentando una especial dificultad, ya que es frecuente la sobreposición de los síntomas depresivos y la sintomatología negativa. También es posible encontrar "cuadros depresivos" secundarios a la reactivación de la psicosis y, además, la aquinesia por el uso de neurolepticos puede imitar clínicamente a la depresión.

Actualmente el único instrumento con que se cuenta para medir de la sintomatología depresiva en los pacientes esquizofrénicos es la Escala de Calgary, que fue publicada en 1990 por Addington (1). Desafortunadamente no hay una versión en español de esta escala.

La Escala de Calgary para la Depresión en la Esquizofrenia es un instrumento que ayudará al clínico a medir de manera objetiva la sintomatología depresiva en pacientes esquizofrénicos y, por lo menos teóricamente, le permitirá diferenciarla de la aquinesia, de la sintomatología negativa y de un posible cuadro afectivo secundario a una recaída psicótica.

En este tenor nos planteamos como objetivos de esta investigación: 1) desarrollar una versión en español de la Escala de Calgary para la Depresión en la Esquizofrenia; 2) evaluar la validez concurrente de la Escala de Calgary comparada con el IDB; 3) evaluar

la correlación que hay entre las puntuaciones de la Escala de Calgary con las observadas en la Escala de DiMascio para Síntomas Extrapiramidales, y aquellas observadas en las Subescalas del PANSS para Síntomas Positivos, Negativos y Psicopatología General; (4) Evaluar la reproductibilidad: prueba-contraprueba de la Escala de Calgary.

Material y métodos

Se estudiaron 103 pacientes: 45 del Instituto Mexicano de Psiquiatría y el resto del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez. Todos los pacientes acudían a la consulta externa de alguna de las dos instituciones. Se invitó a los pacientes que participaban en algún proyecto de investigación en el IMP o que acudían a su cita en el HPFBA. En ambos casos los pacientes fueron evaluados por dos de los investigadores, quienes debían concordar en que un paciente en particular reunía los criterios diagnósticos del DSM-III-R para el diagnóstico de esquizofrenia (28). El grupo estuvo constituido por 33 pacientes del sexo femenino con una edad promedio (+/- de) de 35.5 +/- 9.7 años, y 66 del sexo masculino con una edad de 34.1 +/- 8.1 años. Todos los pacientes estaban bajo tratamiento antipsicótico y se les propuso que participaran en esta investigación cuando el médico que los trataba considerara que podrían cooperar, es decir, que la severidad de la sintomatología psicótica positiva estaba controlada o era de baja intensidad (puntuación en la subescala de síntomas positivos del PANSS: 14.6 +/- 7.8).

Los candidatos debían poder leer y, a juicio del investigador, poder comprender las aseveraciones del IDB.

La versión en inglés de la Escala de Calgary para la Depresión en la Esquizofrenia se tradujo al español de manera independiente por dos investigadores. A partir de esas dos versiones se elaboró por consenso una versión preliminar de la escala. Esta versión preliminar fue traducida al inglés por un traductor profesional que desconocía la versión original en inglés. Posteriormente se analizaron las discrepancias surgidas en el proceso, y del análisis de las discrepancias se obtuvo la versión final de la Escala de Calgary.

La Escala de Calgary se aplicaba después de que los pacientes acudían a su consulta normal. A los pacientes evaluados en el IMP se les aplicó el PANSS y la Escala para Síntomas Extrapiramidales de DiMascio durante la consulta. A los pacientes evaluados en el HPFBA se les aplicó solamente la segunda. A dos terceras partes de los pacientes se les pidió que contestaran el IDB en su versión en español (26) después de la entrevista en que se calificó la Escala de Calgary. A la tercera parte restante se le pidió primero que contestara el IDB y después se le calificó por medio del Calgary con el fin de evaluar el efecto que tenía el orden en que se aplicaban los instrumentos.

Se utilizaron los datos estadísticos de resumen y dispersión pertinentes para cada variable. Para el contraste de medias se utilizó el ANOVA para medidas repetidas (prueba-contraprueba, interobservador);

para evaluar la asociación y la correlación de Pearson (Calgary vs IDB).

Resultados

Se evaluó un total de 103 pacientes: 81 % eran solteros y el resto tenían una pareja estable. Con respecto a la escolaridad, 53 (51.6 %) habían terminado la primaria; 16 (15.5 %) la secundaria; 17 (16 %) estudios medios superiores o más y 5 carecían de escolaridad. Únicamente 30 % de los pacientes incluidos en la investigación trabajaban cuando se les entrevistó.

Las puntuaciones totales de la Escala de Calgary y del IDB del grupo fueron 4.2 +/- 4.5 y de 15.6 +/- 11.2, respectivamente, y la correlación entre ambas fue alta ($r = 0.72$, $p < 0.0001$). En contraste, la correlación de la calificación de la Escala de Calgary con la de la Escala de DiMascio fue muy baja ($r = 0.17$, ns). Llama la atención que las mujeres hayan obtenido calificaciones más altas que los hombres en la Escala de Calgary y en el IDB pero no en la Escala de DiMascio.

En el subgrupo en el que se aplicó el PANSS se observaron las siguientes calificaciones: subescala de sintomatología positiva 14.6 +/- 5.4, subescala de sintomatología negativa 18.6 +/- 6.4, subescala de psicopatología general 34.8 +/- 9.9 y total 68.2 +/- 18.8. La calificación del Calgary mostró, solamente, una correlación moderada, aunque significativa, con la subescala de psicopatología general ($r = 0.51$, $p < 0.05$); la correlación con las subescalas de síntomas negativos ($r = 0.10$, $p = ns$) y síntomas positivos ($r = 0.02$, $p = ns$), así como la de aquella con la puntuación total fueron bajas.

Las calificaciones de cada uno de los 9 incisos de la Escala de Calgary fueron: depresión 0.8 +/- 0.9; desesperanza 0.9 +/- 0.8, autodevaluación 0.8 +/- 0.8, ideas de referencia culposa 0.3 +/- 0.5, culpa 0.3 +/- 0.5, depresión matutina 0.5 +/- 0.7, despertar temprano 0.5 +/- 0.8, suicidio 0.7 +/- 0.8 y depresión observada 0.8 +/- 0.9.

Por último, se realizó una regresión múltiple por pasos (*stepwise*) utilizando como variable dependiente la puntuación total en la Escala de Calgary, y como variables independientes cada uno de los puntos que conforman la escala. De acuerdo con este análisis, el apartado que se refiere a la depresión observada por el observador durante la entrevista explica el 81.5 % de la varianza total ($R = 0.903$, $R^2 = 0.815$); el apartado de depresión matutina explica el 7.9 % ($R = 0.945$, $R^2 = 0.894$) y la autodevaluación explica el 2.9 % ($R = 0.969$, $R^2 = 0.923$).

El resto de los apartados contribuyó con una proporción mínima a la varianza.

Discusión

En este estudio se incluyeron los pacientes esquizofrénicos que mostraban un amplio espectro clínico en la severidad de la psicopatología, lo cual es difícil de conseguir en un estudio metodológico de validez y confiabilidad de instrumentos. El hecho de que se

hayan incluido pacientes de dos de los principales centros de atención psiquiátrica del Distrito Federal y del país, permiten, hasta cierto punto, suponer que el comportamiento del instrumento en otras instituciones y regiones del país pudiera ser semejante. Otra ventaja del amplio espectro de severidad de la psicopatología que se estudió, es que puede analizarse el efecto de la sintomatología psicótica en la evaluación de los síntomas depresivos. Los resultados indican, claramente, que los síntomas depresivos constituyen un conglomerado sintomático diferente del que comprenden los síntomas negativos o los síntomas parkinsonianos. El hecho de que las Escalas de DiMascio, el PANSS y el Calgary hayan sido aplicadas por investigadores independientes y totalmente ciegos a los resultados de las otras escalas, proporciona cierta seguridad de que las evaluaciones no se contaminaron entre sí.

En su estudio Addington y cols. (3) encontraron una correlación significativa entre el Calgary y la Subescala Negativa del PANSS, hecho que fue interpretado de 2 maneras. La primera es que la correlación observada en un estado agudo representa un incremento en la psicopatología global que se asociaba a la recaída. La segunda posibilidad que consideraron dichos autores, fue que esta correlación podría obedecer a que la escala confundiera la depresión con la sintomatología negativa; esto último fue descartado por medio de un análisis factorial confirmatorio.

En este estudio se encontró una alta correlación entre la Escala de Calgary para la Depresión en la Esquizofrenia y el IDB ($r = 0.824$, $p < 0.001$). Este hallazgo concuerda con lo reportado por Addington (24), quien encontró que el IDB es un buen instrumento para evaluar la sintomatología depresiva en los pacientes esquizofrénicos, aunque es difícil aplicarlo en los pacientes hospitalizados. En nuestro trabajo no se incluyeron pacientes hospitalizados, además de que los pacientes incluidos en la muestra tenían una escolaridad mínima de primaria incompleta –todos sabían leer y escribir– ninguno de los pacientes mostraba un deterioro cognoscitivo importante, y ninguno presentaba una marcada alteración de la capacidad asociativa. Todo esto contrasta con la muestra de pacientes utilizados en el estudio de Addington y colaboradores (4), por lo que es posible que estas discrepancias en la muestra de pacientes hayan producido las diferencias que encontramos nosotros.

Es interesante que el apartado de la Escala de Calgary que más contribuye a la varianza total de los puntajes totales sea la depresión observada. Esto quiere decir que la percepción que el clínico tiene del paciente influye mucho en la puntuación total y, dada la alta correlación de esta última con la calificación en el IDB, uno puede suponer que el clínico y el paciente están percibiendo de manera muy semejante la sintomatología depresiva. Será necesario repetir el estudio y planear la evaluación de la correlación que

hay entre la depresión observada y otros parámetros de evaluación afectiva para corroborar esta inferencia.

El hallazgo de una moderada correlación de la Escala de Calgary con la Subescala de Psicopatología General del PANSS, puede interpretarse en este sentido. Esto era de esperarse pues esta subescala contiene los puntos referentes a los síntomas de preocupación somática, ansiedad, sentimiento de culpa, tensión, depresión, retraso motor, falta de cooperación, atención deficiente, alteración de la voluntad y preocupación, que son comunes en la depresión.

En este estudio, la Escala de Calgary mostró ser un instrumento útil para medir la depresión en los pacientes esquizofrénicos, separándola de la sintomatología negativa y extrapiramidal. Esto último se comprobó con la correlación de Pearson, que mostró una baja correlación con el puntaje de la Subescala de Sintomatología Negativa del PANSS y el puntaje total del DiMascio.

Además de la alta correlación con el IDB, la Escala de Calgary tiene una excelente reproductibilidad interobservador, lo que aumenta su valor como instrumento clinimétrico en la investigación de la esquizofrenia. Entre los puntos que falta resolver en relación con este instrumento está la evaluación de su utilidad como prueba para diagnosticar un síndrome depresivo en el paciente esquizofrénico. Este punto es difícil de solucionar pues se requiere de la utilización de un método diagnóstico que nos permita identificar con claridad un síndrome depresivo al fondo de la sintomatología esquizofrénica. Actualmente estamos trabajando en esto valiéndonos de las entrevistas diagnósticas estructuradas.

Un punto que llama la atención de manera especial es que en todos los índices de sintomatología depresiva las mujeres obtuvieron puntuaciones superiores a las de los hombres. No sabemos que haya un antecedente semejante en el estudio de la sintomatología afectiva en los pacientes esquizofrénicos. En otras áreas se ha visto que las mujeres tienden a manifestar con mayor frecuencia síntomas depresivos, pero nunca se había observado esto en la esquizofrenia. Es probable que los antipsicóticos contrarresten el efecto antidepressivo que parecen tener los estrógenos. Valdría la pena estudiar este punto en investigaciones posteriores.

En conclusión, podemos decir que: 1) la versión en español de la Escala de Calgary para la Depresión en la Esquizofrenia es un instrumento útil para medir la sintomatología depresiva en los pacientes esquizofrénicos; 2) la alta correlación que hay entre las puntuaciones de la Escala de Calgary y las del IDB sugiere que ambos instrumentos miden lo mismo (sintomatología depresiva) en los pacientes esquizofrénicos; 3) la Escala de Calgary parece medir una dimensión diferente de síntomas de la que miden las Subescalas para Sintomatología Positiva y Negativa del PANSS y la Escala de DiMascio para Síntomas Extrapiramidales.

REFERENCIAS

1. ADDINGTON D, ADDINGTON J: Depression dexamethasone nonsuppression and negative symptoms in schizophrenia. *Can J Psychiatry*, 35:430-433, 1990.
2. ADDINGTON D, ADDINGTON J: Attempted suicide and depression in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*, 85: 288-291, 1992.
3. ADDINGTON D, ADDINGTON J, SCHIESSEL B: A depression rating scale for schizophrenics. *Schizophren Res*, 3:247-251, 1990.
4. ADDINGTON D, ADDINGTON J y cols: Reliability and validity of a depression rating scale for schizophrenics. *Schizophren Res*, 6:201-208, 1992.
5. American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Third edition, Revisad 1987. pp 227-240.
6. ANDREASEN N C, CARPENTER W T: Diagnosis and classification of schizophrenia. *Schizophren Bull*, 19:199-214, 1993.
7. BARNES T R E, CURSON D A y cols: The nature and prevalence of depression in chronic schizophrenic patients with remitted postpsychotic depression. *Am J Psychiatry*, 146:1495-1497, 1989.
8. BARTELS S J, DRAKE R E, MCHUGO G J: Alcohol abuse, depression and behavior in schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 149:394-395, 1992.
9. BERENBAUM H: Posed facial expressions of emotion in schizophrenia and depression. *Psychol Med*, 22:929-937, 1992.
10. BERENBAUM H, OLTMANN S F: Emotional experience and expression in schizophrenia and depression. *J Abnorm Psychol*, 101:37-44, 1992.
11. BERMANZOHN P C, SIRIS S G: Akinesia: A syndrome common to parkinsonism, retarded depression and negative symptoms of schizophrenia. *Compr Psychiatry*, 33:221-232, 1992.
12. GOLDMAN R S, TANDON R y cols: Measurement of depression and negativa symptoms in schizophrenia. *Psychopatol*, 25:49-56, 1992.
13. KANE J M, MARDER S R: Psychopharmacologic treatment of schizophrenia. *Schizophren Bull*, 19:287-302, 1993.
14. LINDENMAYER J P, KAY S R, PLUTCHIK R: Multivantaged assessment of depression in schizophrenia. *Psychiatry Res*, 42:199-207, 1992.
15. MAJ M, STARACE F, PIROZZI R: A family study of DSM-III-R schizoaffective disorder, depressive type, compared with schizophrenia an psychotic and nonpsychotic major depression. *Am Psychiatry*, 148:612-616, 1991.
16. MANDEL M R, SEVERE J B, SCHOOLER N R, y cols: Development and prediction of postpsychotic depression in neuroleptic treated schizophrenics. *Arch Gen Psychiatry*, 39:197-203, 1982.
17. McGLASHAN T H, WALTRIP R W, SUMMERFELT A, CARPENTER W T y cols: Postpsychotic depression. *Am J Psychiatry*, 148:545-547, 1991.
18. NEWCOMER J W, FAUSTMAN W O y cols: Distinguishing depression and negative symptoms in unmedicated patients with schizophrenia. *Psychiatry Res*, 31:243-250, 1990.
19. RAGIN A B, POGUE-GEILE M, OLTMANN S F: Poverty of speech in schizophrenia and depression during in-patient and post-hospital periods. *Brit J Psychiatry*, 154:52-57, 1989.
20. RYBAKOWSKI J K, LEHMANN W: Abnormalities of lithium transport across the eritrocyte membrane in depression and schizophrenia. *Biol Psychiatry*, 29:340-346, 1991.
21. SEVERE J S, MANDEL M R, SCHOOLER M R: Development and prediction of postpsychotic depression in neuroleptic-treated schizophrenic patients. *Psychopharmacol Bull*, 18:95-99, 1982.
22. SIRIS S G: Akinesia and postpsychotic depression: A difficult differential diagnosis. *J Clin Psychiatry*, 48:240-243, 1987.
23. SIRIS S G, RIFKIN A, REANDON G T y cols: Stability of the postpsychotic depression syndrome. *J Clin Psychiatry*, 47:86-88, 1988.
24. SIRIS S G, CUTLER J, OWEN K y cols: Maintenance imipramine treatment following postpsychotic depression. *Psychopharmacol Bull*, 25:85-88, 1989.
25. SIRIS S G, CUTLER J, OWEN K y cols: Adjuntive imipramine maintenance treatment in schizophrenic patients with remitted postpsychotic depression. *Am J Psychiatry*, 148:1495-1497, 1989.
26. Syndromal overlap. *Am J Psychiatry*, 145:1532-1537, 1988.
28. TORRES-CASTILLO M, HERNANDEZ MALPICA E, ORTEGA-SOTO H A: Validez y reproducibilidad del inventario para depresión de Beck en un hospital de cardiología. *Salud Mental*, 14(2):1-6, 1991.

ANEXO 1

Guía de entrevista para la Escala de Calgary para Depresión en Esquizofrenia

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

1. Depresión

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

0 Ausente.

1 Leve: Expresa cierta tristeza o desaliento cuando se le pregunta.

2 Moderado: En las 2 últimas semanas ha existido humor depresivo todos los días o durante la mitad del día.

3 Severo: Animo marcadamente deprimido diariamente por más de la mitad del tiempo en las últimas 2 semanas, que ha interferido con el funcionamiento motor y social normal.

2. Desesperanza

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

0 Ausente

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

3. Autodevaluación

- ¿Cuál es su opinión sobre sí mismo comparado con las demás personas?
– ¿Se siente mejor o no tan bueno como la mayoría de las personas?
– ¿Se siente inferior o incluso devaluado?

0 Ausente

1 Leve: Siente un poco de inferioridad sin llegar a sentirse devaluado.

2 Moderado: El sujeto se siente devaluado pero menos del 50 % del tiempo.

3 Severo: El sujeto se siente devaluado más del 50 % del tiempo. Puede ser confrontado para que perciba las cosas de otra manera.

4. Ideas de referencia culposas

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

0 Ausente

1 Leve: El sujeto se siente culpado pero no acusado menos del 50 % del tiempo.

2 Moderado: Sensación persistente de ser culpado, y/o sensación ocasional de ser acusado.

3 Severo: Sensación persistente de ser acusado. Cuando se le confronta admite que esto no es real.

5. Culpa patológica

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

0 Ausente

1 Leve: El sujeto algunas veces siente culpa por alguna falta pequeña pero menos del 50 % del tiempo.

2 Moderado: Durante más del 50 % del tiempo el sujeto siente culpa por acciones pasadas cuyo significado exagera.

3 Severo: Por lo general, el sujeto se siente culpable de todo lo que ha salido mal, aunque no haya tenido la culpa.

6. Depresión matutina

- Si se ha sentido deprimido durante las 2 últimas semanas, ¿ha notado si la depresión empeora a una hora especial del día?

0 Ausente

1 Leve: La depresión está presente pero no hay variación diurna.

2 Moderado: Espontáneamente menciona que la depresión empeora por la mañana.

3 Severo: Hay un marcado empeoramiento de la depresión en la mañana con deterioro funcional que mejora en la tarde.

7. Despertar temprano

- ¿Despierta más temprano de lo que es normal para usted?
– ¿Cuántas veces a la semana pasa esto?

0 Ausente: No hay despertar prematuro.

1 Leve: Ocasionalmente despierta (hasta 2 veces a la semana) una hora o más antes de su hora normal de despertar o de que suene el despertador.

2 Moderado: A menudo despierta (hasta 5 veces a la semana) una hora o más antes de su hora normal de despertar o de que suene el despertador.

3 Severo: Diariamente se despierta una hora o más antes de su hora normal de despertar.

8. Suicidio

- ¿Ha sentido que la vida ya no tiene sentido vivirla?
– ¿Alguna vez sintió deseo de terminar con su vida?
– ¿De qué manera pensó hacerlo?
– ¿Lo ha intentado realmente?

0 Ausente

1 Leve: Pensamientos frecuentes de que sería mejor estar muerto o pensamientos ocasionales de suicidio.

2 Moderado: Considerar deliberadamente un plan de suicidio pero sin haber llevado a cabo un intento.

3 Severo: Intento suicida ideado aparentemente con la idea de morir (vg; descubrimiento accidental, recursos ineficaces).

9. Depresión observada

- Basado 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.

0 Ausente

1 Leve: El sujeto impresiona triste y apesadumbrado durante partes de la entrevista, matiza afectivamente un discurso neutral.

2 Moderado: El sujeto impresiona triste y lúgubre a lo largo de la entrevista, su voz es monótona y melancólica, y está lloroso o llora por momentos.

3 Severo: El sujeto se estanca en temas angustiantes, con frecuencia suspira profundamente y llora en forma abierta, o persiste en un estado de sufrimiento permanente.

ANEXO II
 Guía de Entrevista para la Escala de Calgary para Depresión en Esquizofrenia

<i>Nombre del paciente:</i>				
<i>Entrevistador:</i>			<i>Fecha:</i>	
	<i>Ausente</i>	<i>Leve</i>	<i>Moderado</i>	<i>Severo</i>
1. Depresión	0	1	2	3
2. Desesperanza	0	1	2	3
3. Autodevaluación	0	1	2	3
4. Ideas de referencia culposas	0	1	2	3
5. Culpa patológica	0	1	2	3
6. Depresión matutina	0	1	2	3
7. Despertar temprano	0	1	2	3
8. Suicidio	0	1	2	3
9. Depresión observada	0	1	2	3
	<i>Total</i>			

Calgary Depression Scale, D. Addington & J. Addington.