

DEPRESION EN LA ESQUIZOFRENIA

Dr. Mario Orrego Bonavita *

Es bien conocida la predisposición a delirar y deprimirse que tienen los pacientes portadores de esquizofrenia.

En términos generales se tiende a establecer que a largo plazo existe una mayor morbilidad depresiva que delirante en esta enfermedad, dado que los episodios depresivos, si bien son de menor duración por el mayor orden de frecuencia en que aparecen, afectan un mayor tiempo al paciente que los episodios realmente delirantes, que tienen una duración media mayor por unidad de aparición, pero son menos frecuentes.

El índice de suicidios que les afecta es de un orden cinco a siete veces superior al de la población general, aunque no siempre este incidente responde a una depresión.

El diagnóstico diferencial de los distintos tipos de depresión en la esquizofrenia reviste gran importancia, puesto que el tratamiento es etiológico y diferente según los casos.

La depresión puede aparecer en cualquier etapa del proceso de la enfermedad, ya sea en agudo o en remisión, bajo tratamiento neuroléptico o sin él.

1) "EN AGUDO..."; depresión psicótica

Existen dos posibilidades:

a) La depresión "de fase específica" que identifica la enfermedad típica.

Aparece como síntoma contemporáneo o precediendo las manifestaciones psicóticas delirantes.

* Profesor Agregado (H) de Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina, Montevideo, Uruguay.

Este tipo de depresión, que corresponde a las manifestaciones esenciales de la enfermedad, se trata con neurolépticos; los antidepresivos están contraindicados por el riesgo de reactivación o acentuación del delirio.

b) La depresión "de fase esquizoafectiva" en pacientes con psicosis de tipo intermedio.

En este caso es aconsejable el tratamiento con antidepresivos; se usan sobre todo los de tipo sedativo (maprotilina, etc.). Para prevenir la reaparición de las crisis están indicados timo-reguladores diversos (litio, carbamazepina, dipropil-acetato).

Se admite actualmente que en la etiopatogenia de este tipo de depresión, en agudo, no tiene mayor importancia el efecto secundario de los neurolépticos ni la experiencia vital del sujeto; esta última consideración deja sin vigencia la vieja interpretación de las depresiones secundarias al delirio.

2) "EN REMISION..."; depresión post-psicótica

Existe la posibilidad de que en el período inmediato o en la convalecencia, durante los primeros seis meses, aparezca en el orden del 25 % de los casos una depresión que se denomina post-psicótica.

Se sostiene que este tipo de depresión está ligado a la pérdida de los mecanismos megalomaniacos y paranoides y la dificultad de tolerar la vuelta a la realidad.

El tratamiento consiste en disminuir los neurolépticos y brindar psicoterapia de reparación yoica y familiar de sostén, dirigida a mejorar el entorno del paciente.

3) "BAJO TRATAMIENTO NEUROLEPTICO..."; depresión tóxica

En esta etapa de la enfermedad en remisión, sí tienen importancia los efectos secundarios.

Los neurolépticos producen depresión de tipo bioquímico por el bloqueo de los receptores, pero también depresión de tipo reactivo a partir de otros efectos indeseables que provocan en el sujeto una sensación de minusvalía que es real. Se jerarquizan sobre todo los trastornos relativos a la aquinesia, el temblor, el aumento de peso y los cambios en el área genital: amenorrea, dificultades en la erección y satisfacción sexual.

El tratamiento indicado es reducir los neurolépticos y eventualmente cambiar de droga y/o administrar anticolinérgicos.

4) "O SIN EL..."; depresión reactiva

Es una depresión que empieza a aparecer cuando el paciente ya tiene experiencia en la enfermedad y ha perdido la esperanza de una cura con restitución *ad-integrum*. El sujeto toma conciencia del deterioro personal por la imposibilidad de disponer de sus capacidades anteriores y del deterioro social por la marginación de que es objeto por parte del grupo.

La perspectiva segura de una evolución por empujes les produce una concepción fatalista de la existencia, con dificultad para elaborar y desarrollar proyectos vitales por la creencia de no poder efectivizarlos.

Este tipo de depresión reactiva es descrita por los clásicos, pero no ha sido suficientemente jerarquizada en la literatura.

Se establece como medida terapéutica la adecuada dosificación y disminución de los neurolépticos para no acentuar el menoscabo propio de la enfermedad y, eventualmente, el cambio de los mismos a variedades desinhibidoras (tioproperazina, triperidol, sulpiride).

La administración de los antidepresivos sedativos está indicada aún en caso de depresión moderada, a pesar de los riesgos de reactivación delirante.

El E.C.T. está indicado en la depresión grave.

Debe recordarse que en esta etapa es que se concreta el mayor número de suicidios, sobre todo en individuos de buen nivel intelectual y que viven solos.

Se establece conjuntamente al tratamiento con psicofármacos, la administración de psicoterapia de reparación yoica y familiar de sostén.

Este tipo de depresión es particularmente negada, en función de dos paradojas ligadas a lo que concebimos como marco referencial rígido del profesional frente al paciente esquizofrénico:

a) Muy frecuentemente se desliza el error de interpretar la aparición del comentario lúcido del sujeto que identifica su penosa situación real, como elemento que integra el síndrome dissociativo; se concluye que está presente la enfermedad en el juicio de referencia por la evaluación adecuada que de la misma se efectúa. Lo peor ocurre cuando en razón de esta creencia se aumenta la dosis de neurolépticos; obviamente la depresión se agrava.

b) Otro problema que se plantea, es que tenemos dificultades para identificar este tipo de depresión; surge como malentendido habitual el

considerar que el paciente no tiene una depresión en función de que no se constituye en él un síndrome depresivo típico.

Tal postura es equivocada en la medida en que no se le puede pedir a un paciente que tiene dificultad para integrarse y expresar lo que siente, que se deprima de un modo integrado y demostrativo, o sea, diferente del que puede; y más aún cuando en la situación de entrevista no se adecuan los parámetros (rol, tiempo, etc.) para caldear y lograr la mejor posibilidad comunicativa.

Nuestra idea es que la aparición de este tipo de depresión está indicando remisión de la disociación y por lo tanto mayor salud, dado que el sujeto tiene la posibilidad de una conciencia más adecuada de sí mismo.

Este núcleo de cordura se vuelve fundamental porque es alrededor de él que se puede trabajar a la persona con mayores posibilidades de éxito.

Reviste enorme importancia dedicarle a estos pacientes la atención extraordinaria que requieren para poder lograr una situación de entrevista que les permita cohesionarse —dentro de sus posibilidades— y facilitar la expresión de lo que les está ocurriendo. Para tales efectos se encuentra indicada la introducción de variantes en el desempeño del rol profesional y la extensión del tiempo de las sesiones.

No podemos pasar por alto la importancia de identificar este tipo de depresión reactiva, porque ella es producto de lo sano remanente y una posibilidad de comienzo de integración y rehabilitación.

REFERENCIAS

- ALEXANDER BOERING, J. & CASTELLANI, S.: Reliability and Validity of Emotional Blunting as a Criterio for Diagnosis of Schizophrenia. En: Am. J. Psychiatry, 139 (9): 1131-1135, sep. 1982.
- BECKER, R. E.: Antipressants for Depressed Schizophrenic Patients. En: Am. J. Psychiatry, 140 (12): 1650, dec. 1983.
- BELLAK, L.: Esquizofrenia, Revisión del Síndrome. Barcelona, Herder, 1982.
- BLEULER, E.: Demencia Precoz (el Grupo de las Esquizofrenias). Buenos Aires, Paidós, 1960, p. 539.
- CUTTING, J.: Judgement of Emotional Expression in Schizophrenics. En: Ann. me. - psychol., París, 2, 133 anné N° 1, pp. 65-71.
- FOWLER, R. C. et alii: Disorder Discrimination. En: Arch. Gen. Psychiatry, (37): 811-814, july 1980.
- FOWLER, R. C. et alii: Schizophrenia - Primary Affective Disorder Discrimination. En: Arch. Gen. Psychiatry, (37): 815-817, jul. 1980.

- GALDI, J.: The Casuality of Depression in Schizophrenia. En: Brit. J. Psychiatry, 142: 621-624, 1983.
- HIRSCH, S. R.: Depression "revealed" in Schizophrenia. En: Brit. J. Psychiatry, 140: 421-423, 1982.
- HUBER, G.: Esquizofrenia y Ciclotimia; Madrid, Ed. Morata, 1972, pp. 226.
- JOHNSON, D. D. W.: Studies of Depressive Symptoms in Schizophrenia. En: Brit. J. Psychiat., 39: 89-101, 1981.
- KAYTON, L. & KOH, S.: Hypohedonia in Schizophrenia. En: The Journal of Nervous and Mental Disease, 161, (6): 412-420, 1975.
- LEMPERIERE, T.; FELINE, A.: Manual de Psiquiatría. Barcelona, Toray-Masson, p. 390.
- LEMPERIERE et alii: Prevalence des Symptomes Dépressifs dans une Population de Schizophrenes Ambulatoires. En: Ann. me. - psychol. 141, (2): 224-235, 1983.
- MACHINNON, B. L.: Postpsychotic Depression and the Need for Personal Significance. En: Am. J. Psychiat., 134, (4): 427-429.
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales; American Psychiat. Assoc., Barcelona, Masson, 1983, pp. 513.
- MAYER-GROSS: Psiquiatría Clínica, 2ª Edición, 1974.
- MINKOWSKI, E.: La Esquizofrenia; Buenos Aires, Paidós, 1980, p. 218.
- MILLER, H. et alii: Depressive States Occurring During the Neuroleptic Treatment of Schizophrenia. En: Schizophr. Bull., 8 (1): 109-117, 1982.
- NITDEI, D. M. et alii: Schizophrenia with Depression: Causal or Coexistent?. En: Brit. J. Psychiat., 141: 354-356, 1982.
- PLANANSKY, K. & JOHONSTON, R.: Depressive Syndrome in Schizophrenia. En: Acta Psychiat. Scand., 57: 207-218, 1978.
- ROY, A.: Depression in the Course of Chronic Undifferentiated Schizophrenia. En: Arch. Gen. Psychiat. 38: 296-297, march 1981.
- SCHENEIDER, K.: Psicopatología Clínica, 4ª Edición, Madrid, Paz Montalvo, 1975.
- SEEMAN, M. V. & MC GEE, H.: Treating Depression in Schizophrenic Patients. En: Am. J. Psychotherapy, 36 (1): 14-21, jan 1982.
- SHORE, D.: Self-Mutilation and Schizophrenia. En: Comprehensive Psychiatry, 20, (4): 384-387, jul/aug 1979.
- STRIAN, F. et alii: The Time Structure of Depressive Mood in Schizophrenic Patients. En: Acta Psychiat. Scand. 65: 66-73, 1982.
- TSUANG, M. T.; WOOLSON, R. & FLEMING, J.: Premature Deaths in Schizophrenia and Affective Disorders. En: Arch. Gen. Psychiat. vol. 37: 979-983, sept. 1980.

La clase alta y media superior, está representada por la consulta privada, estando conformada por: industriales, comerciantes, ganaderos, altos empleados y profesionales.

* Es Profesor Doctor de Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina, Montevideo, Uruguay.

** Coordinador del Departamento de Psiquiatría de Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina, Montevideo, Uruguay.