



TRAS LA PSICOSIS

Carmen Maura Carrillo De Albornoz Calahorro, Margarita Guerrero Jiménez, Braulio Girela Serrano.

mamenmilan@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La depresión post psicótica (PPD) es un fenómeno clínico importante, frecuente y por su complejidad polémico en su catalogación nosológica y etiopatogénica. Sin embargo existen muchas dificultades a la hora de concretar y consensuar su frecuencia exacta, implicaciones pronósticas y etiología. Esto último es debido a que existen unos límites clínicos difíciles de definir dado que se trata de una entidad heterogénea con diferentes subtipos diagnósticos habiendo sido catalogada con términos como reacción vivencial, trastorno adaptativo con ánimo depresivo, secundaria a la yatrogenicidad de los antipsicóticos, como "depresión acinética", "afanisis", trastorno depresivo comórbido... En definitiva, se ha utilizado indistintamente para denominar a cualquier sintomatología de tipo depresivo que apareciese a lo largo de la vida del paciente con psicosis, sin tener en cuenta la etiología del proceso y creando enormes confusiones.

UNA BREVE RESEÑA HISTÓRICA

Fue Bleuer quien defendió por primera vez que los problemas afectivos formaban parte del núcleo de la esquizofrenia, mientras que los síntomas en los que siempre nos habíamos centrado como las alucinaciones y los delirios eran meramente accesorios y comunes a otros trastornos psicóticos (Bleuer, 1950). Aunque previamente otro autor, Mayer-Bross en 1920 ya había hecho referencia a los mismos al describir "el rechazo futuro y la desesperanza como una forma de reaccionar después de una experiencia psicótica" (1). Un año después Issler, (1951) presentó una descripción del síndrome como "una fase de mutismo clínico relativo" después de la fase aguda de la esquizofrenia.

Esta visión dio paso a la familiar distinción entre "psicosis afectivas" y "no afectivas" (Jaspers 1963) y al momento en que las psicosis y las emociones parecieron divorciarse dando paso a numerosos estudios acerca de síntomas productivos, negativos, habilidades sociales, estudios sobre el insight y ensayos clínicos muy rigurosos con la finalidad de conocer las formas de la enfermedad y los procesos de mejora mediante terapias combinadas.

Posteriormente, en 1966, Semrad propuso una explicación dinámica acerca de las implicaciones del periodo post-psicótico en el que sugerían que en esta etapa el paciente

TRAS LA PSICOSIS

progresó hacia fuera de su posición de regresión narcisista con un uso importante de la negación, la proyección y la distorsión funcionando más como un paciente deprimido.

Sin embargo es en las últimas dos décadas cuando los expertos en la materia han comenzado a reubicar la importancia del plano afectivo como parte de la enfermedad y de los procesos de recuperación de los pacientes con psicosis. Se ha comenzado a tratar el plano afectivo bajo la denominación de comorbilidad referida a la depresión, los sentimientos de desesperanza, la ideación suicida, la ansiedad social y los síntomas post-traumáticos. En estos últimos años algunos autores, dando continuidad a lo expuesto por Jaspers, han señalado que la disfunción emocional, en tanto que aspecto nuclear, evolucionaría con la misma sensibilidad y rapidez que el resto de los síntomas durante la fase prodromica e inicial de la esquizofrenia (Harrison et al., 2001).

Esta evolución pendular en su patogénesis, nos dice que el fenómeno en sí es complejo, así como lo son también las vías de explicación de la caracterización de los problemas emocionales que aparecen en la psicosis. Por ello, la dificultad para comprender como se genera da lugar a dudas a la hora de considerar a la depresión post-psicótica como una entidad propia, como parte de un proceso o un cuadro que se puede presentar como de manera comórbida a la psicosis (Jackson & Iqbal, 2000; Lewis et al., 2002).

OBJETIVO

El objetivo de esta ponencia es revisar la escasa bibliografía publicada acerca del tema y defender la importancia del mismo ya sea de forma comórbida o como una entidad propia dado que se ha estimado que la prevalencia general de depresión en pacientes con esquizofrenia varía desde el 22 al 75 % (1,2) dependiendo de los criterios utilizados y de la cronicidad de los pacientes utilizados en la muestra unido a que se ha visto que el trastorno emocional, además del malestar que produce en las personas que lo padecen, tiene un impacto clínico sobre la evolución de la enfermedad, ya que incrementa la probabilidad de recaídas (Linzen, Dingemans, & Lenior, 1994).

Para ello se han realizado dos búsquedas paralelas en Pubmed sobre el término llevadas a cabo por dos investigadores diferentes. Se revisaron todos los artículos que habían sido publicados desde el inicio de los registros en pubmed hasta julio de 2016.

Los MESH utilizados fueron los siguientes: "post" "psych*" "depr".

Se compararon los artículos obtenidos entre los dos investigadores obteniendo resultados similares y se completó con algunas referencias encontradas en los artículos más relevantes y que no habían sido incluidas con los términos utilizados.

La búsqueda en Pubmed dio como resultado 60 artículos, de los cuales solo 42 tenían que ver con el tema a tratar. De los 42 se eliminaron 8 por estar escritos en francés, ruso y rumano. Tan solo 17 de los 42 se habían publicado después del año 2000.

TRAS LA PSICOSIS

Según la bibliografía publicada sobre el tema, dividiremos los resultados encontrados en: investigación sobre la entidad diagnóstica (definición, connotaciones en PEP, esquizofrenia...), riesgo de suicidio, y tratamiento.

DEPRESIÓN POST-PSICÓTICA

En primer lugar, encontramos tres tipos de síntomas depresivos en las psicosis que se pueden entender hoy en día como no afectivas según la clasificación de Jaspers.

Por un lado estarían aquellos síntomas depresivos que se definieron como nucleares por Bleuler y que comenzarían mientras se va gestando el delirio. En segundo lugar, los síntomas depresivos y depresión mayor a lo largo de la enfermedad en pacientes con psicosis. Por último, el tema que nos trae a debate, los síntomas depresivos que aparecen tras la psicosis y que darían nombre a la entidad de "depresión post-psicótica" cuyas características diferenciales iremos dilucidando a lo largo de la siguiente revisión y resumiremos posteriormente en una tabla (tabla x).

Definición del término

Incluso entre los distintos sistemas de clasificación de nosología psiquiátrica existen discordancias y falta de consenso a la hora de definir los criterios de depresión post-psicótica por falta de acuerdo entre los autores que han investigado este síndrome y quedando por tanto aún en pañales la definición de la sintomatología depresiva que aparece tras un episodio agudo de psicosis en un trastorno psicótico de tipo esquizofrénico.

Estudios de Revisión

1. Según las primeras investigaciones de McGlashan sobre el término, publicadas en 1976 (1), el síndrome post psicótico comienza cuando el sujeto se está recuperando de la sintomatología psicótica manifestándose como un cuadro de indiferencia, perdida de interés, anergia importante, quejas de cansancio, hipersomnia, dificultades en la concentración, lentitud de movimientos, hipomimia facial, pobreza del lenguaje, aislamiento social y cuando la conciencia de enfermedad y sus connotaciones es elevada, en muchas ocasiones se une desesperanza y sentimientos de fracaso e inutilidad. En la primera revisión que se hace al respecto ya mencionan el concepto de conciencia de enfermedad y sus connotaciones como una característica de los individuos con DPP, concepto que se irá repitiendo y desarrollando a lo largo de este artículo. Según la clínica mencionada, McGlashan ya apuntaba la dificultad en discernir lo depresivo primario de lo yatrógeno farmacogenético, lo reactivo situacional y el deterioro y sintomatología negativa propia de la enfermedad, siempre teniendo en cuenta que previamente se haya descartado dos patologías: trastorno bipolar, trastorno esquizoafectivo y episodio depresivo con síntomas psicóticos.

En dicho estudio, destacan un mayor componente neurasténico y esquizoide como características diferenciales con respecto a otros tipos de depresión y destacan por primera vez

TRAS LA PSICOSIS

que se trata de un área relativamente descuidada a pesar del riesgo de suicidio y el sufrimiento prolongado que confiere.

2. En una segunda revisión sobre el término llevada a cabo por Becker en 1988, el autor destaca que la falta de unos criterios diagnósticos testados ha dado lugar a una mala interpretación de su relativamente alta frecuencia y su asociación con unos característicos pobres resultados como el deterioro del funcionamiento psicosocial, exacerbación de la sintomatología, y el suicidio. Incide en la importancia del diagnóstico diferencial, incluso descartando la depresión acinética, en parte debido a que el concepto de la depresión esquizofrénica como pospsicótica no es apoyada por la evidencia. Según el autor, el manejo clínico debe abordar ese aumento de los factores de riesgo como la recaída y el suicidio, pero la evidencia indicaba que la depresión secundaria en la esquizofrenia no respondía a la medicación antidepresiva (3).

3. La CIE-10 en 1992 la incluye como F20.4 DEPRESIONES POSTESQUIZOFRENICAS.

La definición exige que el paciente deba cumplir los criterios generales para esquizofrenia durante los 12 meses anteriores, y exhibir todavía persistencia de alucinaciones, trastornos del pensamiento o síntomas negativos que no sean debidos a la depresión o la medicación neuroléptica. Estos criterios incluyen muchos de los contenidos de los supuestos teóricos descritos en la introducción. A pesar de que se entiende que la PPD sucede tras la remisión de un episodio agudo de psicosis y en muchas ocasiones parecen ser pródromo de una recaída psicótica según algunos autores, sin embargo, en los sistemas actuales no se les dota de especificidad ni de un valor predictivo (4). Para distinguir PPD de síntomas negativos prominentes como la apatía, anhedonia, y asocialidad, se utilizan el criterio A1 de la depresión mayor (el humor deprimido) y simplemente el A2 (pérdida de interés). Debido a que la PPD no es parte de la nomenclatura habitual del DSM- IV, las personas que presentan este síndrome deben recibir el diagnóstico de esquizofrenia y el de trastorno depresivo no especificado.

4. Anteriormente tan solo se encontraba una referencia a dicho trastorno en los Criterios Diagnósticos de Investigación (RDC) de Spitzer, Endicott y Robins (1975). No es hasta 1994 cuando en la clasificación DSM-IV y DSM-IV-R se le asigna el diagnóstico de "Trastorno depresivo no especificado", sin embargo, a pesar de no aceptar como término el de "Depresión post-psicótica" como parte de su clasificación nosológica, sí que lo incluyen en su Apéndice B como propuesta de investigación. A pesar de ello, el término tampoco ha sido incluido en la recientemente publicada DSM-V y poco se ha publicado acerca de las mencionadas investigaciones propuestas en el DSM-IV (5).

5. Despues de que la CIE definiése el concepto de Depresiones Post-esquizofrénicas, se publican pocas revisiones más sobre el término. En 2002 Kohler et al, define la depresión post psicótica como un síndrome de estado de ánimo deprimido, que cumple con los criterios para la depresión mayor, en el marco de la esquizofrenia residual. Chintalapudi et al. [6] encontró que los pacientes PPD presentaban mayor gravedad de la enfermedad durante la fase

TRAS LA PSICOSIS

psicótica. Realiza una revisión sobre la literatura publicada con anterioridad concluyendo que cuando la PPD aparece en el período posterior a la psicosis aguda puede representar la continuación de la depresión de la fase aguda, mientras PPD después de un período de relativa estabilidad podría anunciar la reaparición de la psicosis (predictor de recaídas). Además sugiere la introducción de antipsicóticos atípicos para el tratamiento de primera línea de la psicosis pueden ser la causa de que hubiese menos estudios al respecto dado que hubiese disminuido la prevalencia de PPD debido a que los antipsicóticos atípicos serían más eficaces en el tratamiento de los síntomas depresivos. Señala también la importancia de la detección temprana y el manejo de la PPD dado que la depresión en la esquizofrenia está asociada con un gran aumento de la mortalidad por suicidio. Según la revisión realizada por el autor, el tratamiento de la depresión en la esquizofrenia incluye el tratamiento óptimo de la psicosis, de preferencia con un antipsicótico atípico, la evaluación continua con respecto a la depresión, acinesia o acatismo, psicoterapia cognitivo-conductual, y la evaluación de los problemas médicos detectados o abuso de sustancias (7).

6. Tras la mencionada revisión, no es hasta 2014 cuando Potik publica una nueva actualización sobre el término desde un punto de vista psicoanalítico. El objetivo de su artículo es presentar una comprensión psicoanalítica de la depresión pospsicótica y sugerir posibles implicaciones para los médicos y los profesionales que tratan a pacientes esquizofrénicos en diferentes etapas del proceso de recuperación. Señala que muchas personas con diagnóstico de esquizofrenia sienten que se les niega toda esperanza de recuperación (Deegan, 1997) y que son marcadas con el estigma de la enfermedad mental, se sienten alejados, y sufren depresión, vacío y falta de sentido de la vida. De nuevo aparece la conciencia de enfermedad, o como otros psicoanalista han llamado anteriormente "la herida narcisista" que causaría la psicosis (1966, Semrad). La persona con esquizofrenia puede encarnar la creencia de Kohut en el "hombre trágico" más que en otras condiciones (Josephs, 1994), pero establece que ciertos modelos de atención como la observación com-pasión y la comprensión empática, pueden ayudar en el tratamiento según apunta el autor (8).

Estudios con muestras clínicas:

Varios estudios han demostrados que los síntomas psicóticos que se presentan de forma aislada también se han asociado con un mayor riesgo de depresión. Los estudios de fenomenología de alucinaciones auditivas han revelado que entre dos tercios y tres cuartos de las personas con alucinaciones auditivas estarían por lo menos moderadamente deprimidos y angustiados por la experiencia psicótica (Chadwick and Birch-wood 1994; Birchwood and Chadwick 1997; Trower et al. 2004).

Iremos enumerando por orden de publicación, los estudios clínicos que encontramos en la revisión:

1. En 1980 un estudio llevado a cabo en India con una muestra de 74 pacientes, determinó que el tener un episodio agudo de psicosis, se asociaba con un mayor riesgo de presentar un

TRAS LA PSICOSIS

episodio depresivo post-psicótico, además observaron que en los pacientes con el subtipo hebefrénico era menos frecuente que se presentase PPD (9).

2. A principios de los 90, encontramos un estudio que trata de encontrar diferencias a la estimulación de TSH y TRH entre pacientes con PPD y pacientes con episodios depresivos primarios, sin embargo no encontraron diferencias con respecto a factores hormonales ni tampoco de respuesta a tratamiento antidepresivo (con imipramina) mejor en los que en la prueba de estimulación presentaban una menor respuesta (10).

3. En 1993, el ya mencionado autor Chintalapudi, en un estudio llevado a cabo en pacientes con esquizofrenia con y sin PPD reveló que en el grupo de PPD existían mayor carga familiar de enfermedad, mayor duración de la fase psicótica de la enfermedad, fueron hospitalizados con más frecuencia y tenían más tristeza, ansiedad y somatizaciones durante la fase de la enfermedad florida. Aunque los pacientes con PPD tenían un ajuste personal-social premórbido mejor en comparación con el grupo no PPD, se percibían como carentes de apoyo social y habían experimentado mayor número de acontecimientos vitales estresantes (6). Posteriormente otros estudios han reportado que al igual que en la depresión unipolar, en la PPD anomalías en el desarrollo psicosocial podrían conferir una mayor vulnerabilidad a sufrir PPD (11).

4. En una revisión posterior publicada en el año 2000 (en la que se incluyó el estudio de una muestra de pacientes con psicosis), los autores diferenciaron un tipo de depresión que puede seguir el mismo curso que los síntomas positivos (durante la psicosis aguda y la recaída) de otra que se presentaría de novo durante el seguimiento sin un cambio en los síntomas positivos (es decir PPD). No encontraron pruebas de que la depresión surgiese inmediatamente después de la remisión de los síntomas positivos. Del mismo modo, los síntomas negativos se mantuvieron estables independientemente de que existiese PPD o no (12). Otros estudios publicados en los años siguientes han encontrado un empeoramiento en el pronóstico y una peor calidad de vida además de un incremento del riesgo de suicidio en los pacientes con depresión post psicótica (13) y mayor número de ingresos hospitalarios (14) al igual que ya ocurría en la revisión de Chintalapudi.

5. El siguiente estudio se publica en 2002 por Carmie L Candido et al. El autor refiere que existe gran cantidad de evidencia de que los pacientes con esquizofrenia del subtipo paranoide pueden tener un mayor riesgo de desarrollar depresión (cf. Zigler y Glick, 1984, 1986, 1988) y pueden estar en mayor riesgo de suicidio (Fenton et al., 1997; Roy, 1982; Wester- Meyer y Harrow, 1989) y realiza un estudio con una muestra clínica para aportar evidencia a los estudios previos. En dicha muestra los pacientes con esquizofrenia paranoide estaban más deprimidos y más en riesgo de suicidio que los pacientes con esquizofrenia no paranoide, sin embargo, sus perfiles depresivos y niveles de anhedonia fueron similares. Con estos resultados, concluye que los pacientes con esquizofrenia, especialmente aquellas con los rasgos paranoides, se deben evaluar de manera rutinaria y monitorizando los síntomas de

TRAS LA PSICOSIS

depresión. Además establece que aparte del tratamiento con fármacos, la terapia cognitiva puede ser considerado una opción viable, en particular para pacientes con esquizofrenia paranoide (15).

6. Otro estudio de 2006 que diferencia la depresión a lo largo de la vida de los pacientes con esquizofrenia de la pos psicótica encuentra que los síntomas depresivos son más prominentes durante la fase psicótica agudo que en la fase de postpsicótica de la esquizofrenia. Se ha observado que la mayoría de los síntomas depresivos ocurren al mismo tiempo que los síntomas psicóticos agudos, y que se suelen resolver una vez el tratamiento antipsicótico se implementa (16). Parece que la presencia de síntomas depresivos en la fase aguda de la enfermedad se asocia con un resultado favorable (17-18). Sin embargo, cuando están presentes en el curso crónico de la esquizofrenia, los síntomas depresivos parecen ser indicadores de pronósticos negativos (1, 19, 20,21). Según los autores estos hallazgos sugieren que los síntomas depresivos en el episodio psicótico agudo difieren de las que en el período post - psicótico en términos de su fenomenología, la relación temporal con psicosis, y la respuesta al tratamiento (22).

7. Los estudios más recientes se centran en las primeras fases de las psicosis. En 2006 un estudio llevado a cabo en adolescentes con esquizofrenia comparó un grupo en el que presentaban PPD con otro en el que presentaban depresión mayor (TDM). En comparación con los adolescentes con TDM, los adolescentes con PPD mostraron menos síntomas somáticos y conductuales de depresión, pero fue igualmente grave la sintomatología depresiva cognitivo y afectivo. Sin embargo el riesgo suicida y el comportamiento suicida fue mucho mayor en el grupo con PPD que además se correlacionó positivamente con un mayor insight. Por tanto, según estos resultados, ya en los primeros estudios de la psicosis el insight va cobrando relevancia en la presentación de un episodio depresivo pos psicótico. Los síntomas negativos de la esquizofrenia podían distinguirse de los síntomas de PPD y había una correlación negativa entre el embotamiento afectivo y PPD. Los autores concluyen que el patrón de síntomas es diferente del trastorno depresivo mayor, por lo tanto, no puede ser motivo para modificar el DSM IV criterios provisionales para esta condición. Añadían finalmente como conclusión que los adolescentes con esquizofrenia que tienen mayor conciencia de enfermedad, estaban en mayor riesgo de comportamiento suicida y el desarrollo de PPD (22).

8. A partir de esta fecha, se produce como ya hemos dicho un nuevo incremento en el número de publicaciones relacionadas con primeros episodios de psicosis (FEP). El estudio de Oosthuizen proporciona evidencia adicional de que los síntomas depresivos en la fase aguda de la psicosis son indicadores pronósticos positivos (23, 24, 25,27). Sin embargo, aunque es menos clara, los síntomas depresivos en la fase post-psicóticos de la enfermedad parecen estar asociados con un peor resultado. Parecería que los síntomas depresivos experimentados durante un episodio psicótico agudo son fundamentalmente diferentes de aquellos experimentados en el período post-psicótico. El primero parece ser temporalmente

TRAS LA PSICOSIS

relacionados con la propia psicosis y mejorar cuando los síntomas psicóticos se resuelven en respuesta al tratamiento antipsicótico. Por el contrario, los síntomas depresivos persistentes no son sensibles a la terapia antipsicótica solo y que pueden requerir intervenciones de tratamiento adicionales. En este sentido, antipsicóticos de segunda generación parecen ser más eficaces que los antipsicóticos convencionales (26). Aunque no es eficaz en el tratamiento de síntomas depresivos en pacientes psicóticos activamente (27), la suplementación antidepresivo puede ser eficaz (28,29), así como un estabilizador del estado de ánimo (30). Se podría argumentar, además, que algunos de los síntomas negativos persistentes pueden de hecho ser enmascarados los síntomas depresivos. La asociación significativa entre el factor PANSS-D y el factor PANSS negativa encontrada en su estudio podría explicarse sobre esta base. Además, el reciente descubrimiento de que los síntomas negativos podrían responder favorablemente a la suplementación de un antidepresivo apoyaría esta hipótesis (31).

Dentro de los estudios centrados en PEP, resumimos los siguientes hallazgos: El presentar voces malévolas, el uso de medidas de seguridad y la "subordinación a los perseguidores" estaban asociados con la depresión y el comportamiento suicida en FEP agudos. Los sentimientos de pérdida, la vergüenza, el mantenimiento de síntomas positivos aunque a un bajo nivel y una mayor duración de la psicosis no tratada se asociaron con presentar depresión post-psicótica (32). La soledad y el aislamiento social, se han asociado también con depresión tras un FEP (33). Otro estudio publicado en el mismo año, determina que factores como la raza negra, a pesar de tener una mayor incidencia de FEP y peores resultados clínicos, presentan menor sentimiento de pérdida y vergüenza tras un FEP y por tanto menor riesgo de PPD apuntando una posible relación con los modelos alternativos de creencias en salud y las fuertes relaciones entre pacientes y cuidadores (34).

En otro estudio llevado a cabo en 2013 señalan la importancia de evaluar la "vergüenza" como constructo tras un episodio psicótico. Tras evaluar a 50 individuos con psicosis, vieron que la vergüenza se asociaba a mayores tasas de experiencia traumática de la psicosis y depresión en la muestra evaluada (35).

EL RIESGO DE SUICIDIO ASOCIADO

La mayor parte de los estudios revisados coinciden en reportar un incremento en el riesgo de suicidio en pacientes con DPP (7, 13, 15, 22,32).

Las investigaciones indican que al menos 5-13% de los pacientes esquizofrénicos mueren por suicidio, y es probable que el extremo superior del rango sea la estimación más precisa.

1. Un reciente artículo de 2014 revisa los factores de riesgo de suicidio en pacientes con esquizofrenia, los resultados de su estudio indican que el riesgo de suicidio en la esquizofrenia está relacionado principalmente con síntomas afectivos, historia de un intento de suicidio y el número de ingresos psiquiátricos. Otros factores de riesgo identificados son la edad más joven,

TRAS LA PSICOSIS

la cercanía al inicio de la enfermedad, la edad avanzada al inicio de la enfermedad, el sexo masculino, el abuso de sustancias y el período durante o después del alta psiquiátrica (36).

2. Un estudio previo de 2008 con una muestra de pacientes con esquizofrenia determinó que entre otros factores el ser joven, varón, blanco, soltero y con depresión post-psicótica incrementaban el riesgo de suicidio además de tener una historia de abuso de sustancias e intentos de suicidio. Sentimientos de desesperanza, aislamiento social, la conciencia de la enfermedad y la hospitalización también se relacionaron con el riesgo de suicidio. De nuevo el concepto de conciencia de enfermedad vuelve a aparecer pero esta vez relacionado con el suicidio. El deterioro de la salud con un alto nivel de funcionamiento premórbido, la pérdida o el rechazo reciente, el apoyo externo limitado, el estrés familiar o la inestabilidad son otras características que han sido reportados en pacientes esquizofrénicos que se suicidan. Según los autores, los antipsicóticos atípicos, especialmente clozapina, han surgido como una herramienta importante en el arsenal terapéutico. Intervención psicosocial y la psicoterapia pueden desempeñar un papel importante en la gestión del riesgo de suicidio, sobre todo si estas intervenciones ayudan a la cara del paciente dificultades cotidianas, la soledad y los conflictos dentro de la familia (37).

3. El primer estudio encontrado en la bibliografía que se centra en el riesgo de suicidio de pacientes con depresión post-psicótica es el de Shuwal y Siris en 1994. Los resultados de su estudio en una muestra clínica de pacientes con esquizofrenia la presencia de psicosis y / o la ansiedad se asocia con niveles más altos de ideación suicida independientemente del nivel de la depresión. En los pacientes esquizofrénicos con depresión, la presencia de psicosis activa o fuerte ansiedad debe alertar al clínico sobre la posibilidad de ideación suicida e indicar una evaluación más a fondo del potencial riesgo suicida. Esto es importante a tener en cuenta debido a la naturaleza de la psicosis que a menudo puede acarrear sentimientos autodestructivos que pueden acompañar a tales síntomas (38).

El estudio más reciente, data de 2015 y relaciona riesgo de suicidio, insight en pacientes con esquizofrenia. En éste estudio relacionan la sintomatología depresiva en estos pacientes con un mayor insight y peor percepción de calidad de vida aunque mayor adherencia al tratamiento. Así los sujetos con pobre insight, tenían percepción subjetiva de mejor calidad de vida, menos síntomas depresivos, menor adherencia al tratamiento. Los pacientes con puntuaciones particularmente bajas de depresión tenían tendencia a sobreestimar sus habilidades cognitivas y su nivel de funcionamiento diario (Durand et al., 2015).

Esto está en contraste con el "realismo depresivo" que se encuentra en los pacientes leves a moderadamente deprimidos, (con una mayor insight o conciencia de enfermedad) lo que refleja una mayor comprensión hacia su enfermedad mental y una más precisa auto-evaluación del estado de funcionamiento actual (Aleación y Abramson, 1988; Mohamed et al, 2009;. Moore y Fresco, 2012; Smith et al, 2004) (39).

TRAS LA PSICOSIS

TRATAMIENTO

Tratamiento psicológico

La mayor parte de los estudios revisados coinciden en recomendar terapias de tipo cognitivo para el tratamiento de la DPP como coadyuvante al tratamiento farmacológico (7, 15,37).

En su revisión Carmie L establece que aparte del tratamiento con fármacos, la terapia cognitiva puede ser considerado una opción viable, en particular para pacientes con esquizofrenia paranoide (15).

Algunas modalidades de terapias cognitivas como la CBT en la modalidad CRI (Cognitive Recovery Intervention; CRI) han reducido la experiencia traumática pero no la prevalencia de depresión post-psicótica en muestras clínicas de PEP. Tampoco ayudaron a mejorar la autoestima (40, 48,49).

Tratamiento farmacológico

Según la bibliografía publicada, lo antipsicóticos de segunda generación parecen ser más eficaces que los antipsicóticos convencionales en el tratamiento de la depresión postpsicótica (26,41). Aunque no es eficaz en el tratamiento de síntomas depresivos en pacientes psicóticos activamente (27), la suplementación de un antidepresivo puede ser eficaz (28,29), así como un estabilizador del estado de ánimo (30). Antipsicóticos de segunda generación como clozapina y risperidona han demostrado según algunas investigaciones mayor eficacia que los de primera en el tratamiento a largo plazo de los trastornos del humor en esquizofrenia (42).

Varios ensayos clínicos abiertos han evaluado la eficacia de los agentes antidepresivos añadido a antipsicóticos en pacientes con esquizofrenia. Se han producido resultados inconsistentes, pero han sufrido de límites metodológicos (de corta duración de los estudios, los criterios de inclusión no homogéneos, métodos de evaluación heterogéneos...). Los resultados proporcionan evidencia débil para la eficacia de los antidepresivos en pacientes con esquizofrenia y la depresión. Hoy en día, el único ISRS probado en el tratamiento de la depresión en pacientes esquizofrénicos es sertralina (43).

Uno de los falsos mitos de la PPD ha sido desmontado por varios de los artículos publicados y es el de aquellos que estipulaban que la PPD no era otra cosa que sintomatología negativa o efectos secundarios al tratamiento antipsicótico (44). En uno de esos estudios, Los autores examinaron la dosis decanoato de flufenazina y los niveles plasmáticos de flufenazina en comparación con las medidas de la gravedad de la depresión en pacientes esquizofrénicos y esquizoafectivos. No se encontraron relaciones significativas. Las implicaciones de esta observación en relación con la noción de que la sintomatología depresiva en estos pacientes es inducida por neurolépticos es discutida.

Los primero estudios sobre este tema fueron llevados a cabo por Siris quien con varios estudios clínicos con pacientes esquizofrénicos demostraron que el tratamiento con impramina en pacientes con atípico (decanoato de flufenacina) era efectivo para evitar la aparición de depresión postpisótica (45, 46, 47). En dichas investigaciones el autor sugería que las medidas

TRAS LA PSICOSIS

prácticas a considerar, una vez que se ha establecido la depresión en el período pospsicótica, incluyen disminución de la medicación antipsicótica para disminuir la probabilidad de síntomas depresivos inducidos por medicamentos anti-psicótico, la adición de medicación anticolinérgica para el tratamiento de una posible depresión acinética, la adición de un antidepresivo nueva generación medicamentos como la paroxetina o sertralina, y, por último, un cambio a un medicamento antipsicótico atípico. La psicoterapia, en particular, la terapia cognitivo-conductual, que recientemente se ha encontrado beneficioso en la mejora, no sólo residual [64], sino también los síntomas depresivos [65] en la esquizofrenia. Además, la posibilidad de la enfermedad y el abuso de sustancias médica diagnosticada necesita ser considerado.

Existe un estudio que publica resultados sobre tratamiento con litio en 11 pacientes diagnosticados con depresión postpsicótica en el que mostraron una disminución significativa en su sintomatología depresiva durante un ensayo de litio doble ciego sustitución placebo.(30,50)

INSIGHT

Se ha demostrado la existencia de una correlación importante entre la depresión y el nivel de insight en pacientes con psicosis (Amador et al.1994; Mintz et al.2003; Ghaemi y Rosenquist, 2004; Smith et al.2000), el insight también ha sido relacionado con el riesgo de suicidio en pacientes con esquizofrenia (36). Sin embargo, existen algunas contradicciones por investigar debido sobre todo al amplio concepto de insight y a todo lo que éste engloba.

Algunos autores afirman que lo que el Insight, que mide el conocimiento de las consecuencias sociales de la enfermedad, podría llevar al paciente a un estado más depresivo (Amador et al.1994) que a su vez haga al paciente propenso a pensar más acerca de los sentimientos de incapacidad, estar enfermo, la pérdida que conlleva la psicosis (de rol a nivel social, laboral, familiar...) de una manera más pesimista (Ghaemi y Rosenquist, 2004). En algunos estudios se ha relacionado con incremento en los pensamientos suicidas y el riesgo de suicidio (22).

Un punto clave en el tratamiento de estos pacientes es la adherencia a este y han sido también numerosos los estudios que han relacionado el Insight con la adherencia, por ejemplo, Horne y Weinman (2002) demostraron que las creencias específicas sobre el tratamiento (en lugar de la enfermedad) son las que producen mayores efectos sobre la adherencia al mismo, y que las percepciones de la enfermedad están relacionados con estas creencias de tratamiento de una manera lógica, sobre todo a las creencias de los pacientes sobre su necesidad de tratamiento (51).

La presencia de un grado adecuado de Insight se ha asociado con una mejor evolución clínica y funcional en pacientes con psicosis (Mintz et al.2003).

Aunque es posible mejorar el Insight reduciendo al mismo tiempo la depresión, como por ejemplo, ayudando a las personas a hacer frente a la conciencia de la enfermedad y el estigma a través de intervenciones de psicoeducación individual y familiar (Lysaker, et al, 2006; Brent

TRAS LA PSICOSIS

et al, 2011), los riesgos y los beneficios de aumentar el Insight siguen siendo complejos y ofrecer una estrategia terapéutica individualizada presenta retos particulares para el clínico. Puesto que la desesperanza y la percepción de las consecuencias de la enfermedad parecen ser los factores más relacionados con la depresión post-psicótica, algunos autores afirman que sería conveniente un abordaje terapéutico centrado en el modelo de Recuperación (Recovery) tomando como base sus principios, dando esperanza, facilitando el autocontrol y ayudando al paciente a tener una identidad positiva todo para que asuma su responsabilidad y el control de su enfermedad (Shepherd et al.2008).

Además, es importante reconocer la complejidad del concepto de Insight mismo. Puesto que el Insight no puede ser tratado como un síntoma aislado pero si como un proceso continuo (Markova y Berrios, 1995; Siris, 2001).

CONCLUSIONES

A pesar de su elevada prevalencia, existe poca investigación acerca del término depresión post-psicótica.

Según la literatura revisada, se trataría de una entidad que dadas sus características diferenciales e implicaciones en cuanto al seguimiento, tratamiento y pronóstico, debería en nuestra opinión ser considerada como un diagnóstico genuino con respecto al resto de trastornos afectivos. Sin embargo, existe un estancamiento en cuanto al estudio sobre la misma y el objetivo de incluirla en las nuevas clasificaciones no se ha cumplido con el nuevo DSM-V. Si bien, existe un repunte de estudios en los últimos diez años centrados en Primeros Episodios de Psicosis que vuelven a orientar el foco hacia la depresión post-psicótica y sus implicaciones, sobre todo en cuanto al riesgo de suicidio y el papel del insight, factores ambos determinantes en el pronóstico de la enfermedad y por tanto de suma importancia para los programas de intervención temprana (32, 33,34).

Las primeras investigaciones determinan una serie de características clínicas de las PPD que las diferenciarían del resto de depresiones: mayor componente neurasténico, indiferencia, perdida de interés, anergia importante, quejas de cansancio, hipersomnia, dificultades en la concentración, lentitud de movimientos, hipomimia facial, pobreza del lenguaje, aislamiento social y cuando la conciencia de enfermedad y sus connotaciones es elevada, en muchas ocasiones se une desesperanza y sentimientos de fracaso e inutilidad (1). Posteriormente, las revisiones y estudios clínicos realizados han ido añadiendo otras características: mayor riesgo de suicidio, mayor riesgo en subtipo paranoide y menor en hebefrénico (7,8) e interpretaciones como la psicoanalítica en la que la perdida y el duelo en la psicosis podrían estar en el origen de la depresión post psicótica o bien la herida narcisista que ésta produciría en el paciente.

Además otros estudios han relacionado una menor función cognitiva con un bajo insight y menos síntomas depresivos (refs).

TRAS LA PSICOSIS

Existe consenso en afirmar que la DPP incrementa el riesgo de suicidio y también en la necesidad de monitorizar y tratar la sintomatología depresiva que pueda aparecer tres un episodio psicótico.

En cuanto al tratamiento, el mecanismo de acción de los antipsicóticos atípicos parece prevenir la aparición de DPP según los estudios publicados. Además el uso de algunos antidepresivos ha demostrado eficacia en el tratamiento además de algunos eutimizantes como el litio. La terapia cognitivo conductual parece ser la que tiene mayor evidencia, al menos en la literatura publicada en mejorar los síntomas de la PPD aunque los resultados son contradictorios.

El papel del insight, es controvertido. Muchos estudios lo sitúan como determinante en la aparición de DPP (51). Parece que el mayor insight sobre la enfermedad en sí y sus consecuencias podría conllevar un mayor riesgo de depresión postpsicótica y riesgo de suicidio, sin embargo, un mayor insight referido a la conciencia de necesidad de tomar un tratamiento y la eficacia de éste con la consiguiente sensación de control sobre la enfermedad, y prevención de recaídas actuarían como factor protector a la hora de presentar recaídas y DPP. Parece que trabajar con el prisma del modelo de recuperación enfatizando en las creencias sobre necesidad de tratamiento y control de la enfermedad sería lo recomendable. Ciertos modelos alternativos de creencias en salud y las fuertes relaciones entre pacientes y cuidadores actuarían también como factores de protección frente a DPP (34).

IMPLICACIONES CLÍNICAS

Los pacientes, especialmente aquellos que experimentan psicosis de primer episodio, deben ser monitorizados para la depresión post-psicótico (PPD) / desesperanza / riesgo de suicidio algunas semanas después del episodio agudo.

Las aspiraciones y las pérdidas percibidas de los pacientes deben ser evaluadas y sometidas a terapia.

El desarrollo de un sentido de control sobre la psicosis y una atención centrada en el modelo de recuperación puede evitar la sensación de atrapamiento y posteriores PPD y por tanto disminuirían el riesgo de suicidio.

BIBLIOGRAFÍA

1. McGlashan TH, Carpenter WT. Postpsychotic depression in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 1976; 33(2):231-239.
2. Post-psychotic depression in schizophrenia. Jeczmien P, Levkovitz Y, Weizman A, Carmel Z. *Isr Med Assoc J*. 2001 Aug; 3(8):589-92.
3. Becker RE. Depression in schizophrenia. *Hosp Community Psychiatry*. 1988; 39(12):1269-1275.
4. Malla AK, Norman RM: Prodromal symptoms in schizo- phrenia. *Br J Psychiatry* 1994, 164:487-493.

TRAS LA PSICOSIS

5. American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th edition). American Psychiatric Association, Washington DC
6. Chintalapudi M, Kulhara P, Avasthi A. Post-psychotic depression in schizophrenia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 1993; 243(2):103-108.
7. Kohler, C. G., & Lallart, E. A. (2002). Postpsychotic depression in schizophrenia patients. *Current psychiatry reports,* 4(4), 273-278.
8. Potik, D. (2014). Self psychology conceptualization of postpsychotic depression and recovery among paranoid schizophrenic patients. *Bulletin of the Menninger Clinic,* 78(1), 70.
9. Das P, Kapur RL. Post-psychotic depression in schizophrenics: (A prospective study). *Indian J Psychiatry.* 1980;22(3):277-282.
10. Siris SG, Frechen K, Strahan A, et al. Thyroid releasing hormone test in schizophrenic patients with post-psychotic depression. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 1991;15(3):369-378.
11. Kay SR, Lindenmeyer J. Outcome predictors in acute schizophrenia: prospective significance of background and clinical dimensions. *J Nerv Ment Dis* 1987;175:152-60
12. Birchwood M, Iqbal Z, Chadwick P, Trower P. Cognitive approach to depression and suicidal thinking in psychosis. I. Ontogeny of post-psychotic depression. *The British Journal of Psychiatry Dec 2000,* 177 (6) 516-528;
13. Iqbal Z, Birchwood M, Hemsley D, Jackson C, Morris E. Autobiographical memory and post-psychotic depression in first episode psychosis. *Br J Clin Psychol.* 2004; 43(Pt 1):97-104.
14. Addington J, Leriger E, Addington D. Symptom outcome 1 year after admission to an early
15. Candido CL, Romney DM. Depression in paranoid and nonparanoid schizophrenic patients compared with major depressive disorder. *J Affect Disord.* 2002; 70(3):261-271.
16. Emsley RA, Oosthuizen PP, Joubert AF et al. Depressive and anxiety symptoms in patients with schizophrenia and schizopreniform disorder. *J Clin Psychiatry* 1999; 60: 747-51.
17. Oosthuizen P, Emsley RA, Roberts MC et al. Depressive symptoms at baseline predict fewer negative symptoms at follow-up in patients with first-episode schizophrenia. *Schizophr Res* 2002;58:247-52.
18. Falloon I, Watt DC, Shepherd M. The social outcome of patients in a trial of long-term continuation therapy in schizophrenia: pimozide vs. fluphenazine. *Psychol Med* 1978;8:265-74.
19. 19.Siris SG. Diagnosis of secondary depression in schizophrenia: Implications for DSM-IV. *Schizophr Bull.*1991;17(1), 75.
20. Addington J, Leriger E, Addington D. Symptom outcome 1 year after admission to an early psychosis program. *Can J Psychiatry* 2003;48:204-7.
21. Oosthuizen P, Emsley R, Niehaus D, Koen L, Chiliza B. The relationships between depression and remission in first-episode psychosis. *World Psychiatry.* 2006;5(3)

TRAS LA PSICOSIS

22. Schwartz-Stav O, Apter A, Zalsman G. Depression, suicidal behavior and insight in adolescents with schizophrenia. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2006;15(6):352-359.
23. Siris SG. Diagnosis of secondary depression in schizophrenia: Implications for DSM-IV. *Schizophr Bull.* 1991;17(1), 75.
24. Addington J, Leriger E, Addington D. Symptom outcome 1 year after admission to an early psychosis program. *Can J Psychiatry* 2003; 48: 204-7.
25. Oosthuizen P, Emsley R, Niehaus D, Koen L, Chiliza B. The relationships between depression and remission in first-episode psychosis. *World Psychiatry.* 2006;5(3)
26. Emsley RA, Buckley P, Jones AM et al. Differential effect of quetiapine on depressive symptoms in patients with partially responsive schizophrenia. *J Psychopharmacol* 2003;17:210-5.
27. Kramer MS, Vogel WH, DiJohnson C et al. Antidepressants in 'depressed' schizophrenic inpatients. A controlled trial. *Arch Gen Psychiatry* 1989;46:922-8.
28. Siris SG, Adan F, Cohen M et al. Targeted treatment of depression-like symptoms in schizophrenia. *Psychopharmacol Bull* 1987;23: 85-9.
29. Mazeh D, Shahal B, Saraf R et al. Venlafaxine for the treatment of depressive episode during the course of schizophrenia. *J Clin Psychopharmacol* 2004;24:653-5.
30. Hogarty GE, McEvoy JP, Ulrich RF et al. Pharmacotherapy of impaired affect in recovering schizophrenic patients. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:29.
31. Jockers-Scherubl MC, Bauer A, Godemann F et al. Negative symptoms of schizophrenia are improved by the addition of paroxetine to neuroleptics: a double-blind placebo-controlled study. *Int Clin Psychopharmacol* 2005;20:27-31.
32. Sandhu A, Ives J, Birchwood M, Upthegrove R. The subjective experience and phenomenology of depression following first episode psychosis: A qualitative study using photo-elicitation. *J Affect Disord.* 2013;149(1-3):166-174.
33. Upthegrove R, Atulomah O, Brunet K, Chawla R. Cultural and social influences of negative illness appraisals in first-episode psychosis. *Early Interv Psychiatry.* 2013;7(4):399-406.
34. Turner MH, Bernard M, Birchwood M, Jackson C, Jones C. The contribution of shame to post-psychotic trauma. *Br J Clin Psychol.* 2013;52(2):162-182.
35. Eiber R, Even C. Actual approaches to post-psychotic depression. *Encephale.* 2001;27(4):301-307.
36. Popovic D, Benabarre A, Crespo JM, et al. Risk factors for suicide in schizophrenia: Systematic review and clinical recommendations. *Acta Psychiatr Scand.* 2014;130(6):418-426.
37. Pompili M, Lester D, Innamorati M, Tatarelli R, Girardi P. Assessment and treatment of suicide risk in schizophrenia. *Expert Rev Neurother.* 2008;8(1):51-74.
38. Shuwail M, Siris SG. Suicidal ideation in postpsychotic depression. *Compr Psychiatry.* 1994;35(2):132-134.

TRAS LA PSICOSIS

39. Siu CO, Harvey PD, Agid O, et al. Insight and subjective measures of quality of life in chronic schizophrenia. *Schizophr Res Cogn.* 2015;2(3):127-132.
40. Jackson C, Trower P, Reid I, et al. Improving psychological adjustment following a first episode of psychosis: A randomised controlled trial of cognitive therapy to reduce post psychotic trauma symptoms. *Behav Res Ther.* 2009;47(6):454-462.
41. Dollfus S, Olivier V, Chabot B, Déal C, Perrin E. Olanzapine versus risperidone in the treatment of post-psychotic depression in schizophrenic patients. *Schizophr Res.* 2005;78(2-3):157-159.
42. Azorin JM. Long-term treatment of mood disorders in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 1995;388:20-23.
43. Micallef J, Fakra E, Blin O. [Use of antidepressant drugs in schizophrenic patients with depression]. *Encephale.* 2006;32(2 Pt 1):263-269.
44. Siris SG, Strahan A, Mandeli J, Cooper TB, Casey E. Fluphenazine decanoate dose and severity of depression in patients with post-psychotic depression. *Schizophr Res.* 1988;1(1):31-35.
45. Siris SG, Mason SE, Bermanzohn PC, Alvir JM, McCorry TA. Adjunctive imipramine maintenance in post-psychotic depression/negative symptoms. *Psychopharmacol Bull.* 1990;26(1):91-94.
46. Siris SG, Morgan V, Fagerstrom R, et al.: Adjunctive imipramine in the treatment of post-psychotic depression: a controlled trial. *Arch Gen Psychiatry* 1987, 44:533-539.
47. Siris S, Pollack S, Bermanzohn P, et al.: Adjunctive imipramine for a broader group of post-psychotic depressions in schizo- phrenia. *Schizophr Res* 2000, 44:187-192.
48. Double blind placebo-controlled treatment trial of 72 patients with schizophrenia or schizoaffective disorder and postpsychotic depressive symptoms, who were all on the same antipsychotic medication (fluphenazine). Imipramine proved superior to placebo in improving depressive symptoms without worsening psychosis.
49. Rector NA, Beck AT: Cognitive-behavioral therapy for schizophrenia: an empirical review. *J Nerv Ment Dis* 2001, 189:278-287.
50. Sensky T, Turkington D, Kingdon D, et al.: A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy for persistent symptoms in schizophrenia resistant to medication. *Arch Gen Psychiatry* 2000, 57:165-172.
51. Van Kammen DP, Alexander PE, Bunney WE. Lithium treatment in post-psychotic depression. *Br J Psychiatry.* 1980;136:479-485.
52. Birchwood M, Iqbal Z, Upthegrove R. Psychological pathways to depression in schizophrenia: Studies in acute psychosis, post psychotic depression and auditory hallucinations. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience.* 2005;255(3):202-12.

TRAS LA PSICOSIS