



Depresión postpsicótica

Biotza Goienetxea

Izaskun Elortegi

Residentes de psiquiatría

Bizkaia

Varón de 28 años que atendemos en el CSM desde hace unos meses tras un episodio psicótico que se resolvió bien con un neuroléptico atípico (risperidona).

Tenía antecedentes de otros 2 episodios psicóticos previos, en el contexto de consumo de cannabis, que se habían resuelto con medicación neuroléptica que posteriormente había abandonado. Tras los episodios psicóticos había vuelto a una situación de normalidad con buena adaptación psicosocial.

La sintomatología psicótica positiva muy florida se resolvió totalmente pero dió paso a una situación de cierto empobrecimiento, abandono de pareja y de ocupación laboral. Su entorno familiar le veía inhibido, sedado con escaso discurso y cierta apatía. A pesar de disminuir el neuroléptico el cuadro evolucionó en los siguientes meses, mostrándose más embotado en su contacto, con menos viveza y reactividad en la entrevista, con sensación subjetiva de hipotimia, apatía, anhedonia con sentimientos de minusvalía e incapacidad, pensamientos pesimistas e ideación autolítica no estructurada.

1. ¿Qué se entiende por depresión postpsicótica?

A. Es una fase de síntomas depresivos y de retraimiento social que se da al remitir los

síntomas psicóticos floridos. Síntomas que forman parte del curso natural de la enfermedad esquizofrénica.

- B. Son síntomas consecuencia de los efectos secundarios de los fármacos neurolépticos.
- C. Son la expresión de la reacción vivencial al asumir la enfermedad.
- D. En realidad son síntomas negativos de la enfermedad esquizofrénica que nos llevan a confundirnos.
- E. El término depresión postpsicótica se ha utilizado de forma indiscriminada para designar cualquier sintomatología depresiva aparecida a lo largo de la vida del paciente psicótico con independencia de la etiología del proceso, creando importantes confusiones. Es un fenómeno clínico importante de frecuencia indiscutible y por complejo, muy polémico en su catalogación nosológica y etiopatogénica.

2. ¿Cuál es verdadera de las siguientes afirmaciones?

- A. Muy raramente, en general sólo en un 10 % que es la proporción que se suicida.
- B. Casi todos los pacientes esquizofrénicos presentan depresión en algún momento de su evolución.

- C. Los datos sobre su incidencia son contradictorios.
- D. Es menos frecuente que aparezca clínica depresiva al inicio de la enfermedad tras un primer brote psicótico que en etapas posteriores.
- E. Todos los autores coinciden en que la clínica depresiva postpsicótica es dato de buena evolución y una mejor recuperación psicosocial.

3. ¿Qué afirmación es verdadera en cuanto al diagnóstico diferencial de la depresión postpsicótica?

- A. Previamente al diagnóstico y tratamiento de esta entidad deben descartarse 2 patologías: el trastorno bipolar maniaco-depresivo y el trastorno esquizoafectivo. Debe establecerse si los síntomas depresivos ya están presentes desde el inicio de los síntomas psicóticos o su aparición es posterior a la mejoría de los síntomas psicóticos.
- B. Los fármacos neurolépticos no son responsables de sintomatología depresiva, debe tenerse en cuenta que varios autores describieron sintomatología depresiva en estos enfermos antes de la aparición de antipsicóticos como tratamiento de la esquizofrenia.
- C. La acinesia hace referencia a la disminución de movimientos accesorios voluntarios y a la disminución de la iniciativa para iniciar cualquier movimiento. Esta falta de espontaneidad nunca da lugar a un diagnóstico erróneo de depresión porque se resuelve con tratamiento específico: reducción de medicación neuroléptica junto con el uso de agentes antiparkinsonianos.

- D. Síntomas negativos como la anhedonia, la anergia y la falta de motivación podrían remedar sintomatología depresiva, aunque la existencia del característico aplanamiento afectivo propio del síndrome depresivo, permitiría realizar el diagnóstico correcto.
- E. La diferencia entre afanisis y estado residual postpsicótico radica en la mayor gravedad e irreversibilidad del primero.

4. ¿En cuanto al tratamiento de la depresión postpsicótica cual es falsa?

- A. El tratamiento de la depresión postpsicótica parte de un correcto diagnóstico diferencial.
- B. Es importante descartar existencia de endocrinopatías, anemia, trastornos neurológicos, carcinomas, u otras enfermedades que podrían manifestarse como un síndrome depresivo.
- C. Descartadas las etiologías orgánicas, lo primero a plantear ante una reacción depresiva en la esquizofrenia es pensar que se trata indudablemente del pródromo de un nuevo episodio psicótico.
- D. Se puede plantear la duda de si la medicación neuroléptica es la responsable de los síntomas pseudodepresivos, sea como efecto secundario extrapiramidal (acinesia o acatisia), sea como un estado disfórico inducido directamente por los neurolépticos.
- E. Las estrategias psicosociales bien aplicadas, como las técnicas de reducción de estrés, psicoeducativas, desarrollo de habilidades y resolución de problemas, junto con intervenciones sobre la familia para minimizar la expresión emocional desmesurada, pueden ser de ayuda.



Respuesta 1

La respuesta correcta es: E.

La depresión postpsicótica es un fenómeno clínico importante de frecuencia indiscutible y por complejo, muy polémico en su catalogación nosológica y etiopatogénica. Seguramente la dificultad para concretar y consensuar frecuencia, implicaciones pronosticas, etiología... se debe a que los límites clínicos de este diagnóstico son difíciles de definir de forma operativa al ser una entidad heterogénea con diferentes subtipos diagnósticos: reacción vivencial, trastorno adaptativo con ánimo depresivo, yatrogénica por antipsicóticos, depresión acinética, afanisis, trastorno depresivo.

Así el término depresión postpsicótica se ha utilizado de forma indiscriminada para designar cualquier sintomatología depresiva aparecida a lo largo de la vida del paciente psicótico con independencia de la etiología del proceso, creando importantes confusiones.

Hay acuerdo en otorgar la paternidad del término depresión postpsicótica a Mayer-Bross (1920) al describir "el rechazo al futuro y la desesperanza como una forma de reaccionar después de una experiencia psicótica" y en citar la revisión de McGlashan 1976 como punto de partida de posteriores estudios (1).

Entre los diferentes sistemas de clasificación de nosologías psiquiátricas no hay unanimidad de criterios para el diagnóstico de depresión postpsicótica por falta de acuerdo entre los autores que han investigado este síndrome. Así no se llega a un consenso para la denominación de la sintomatología depresiva que aparece durante la evolución de un proceso esquizofrénico. La CIE-10 de la OMS en 1992 la incluye como F20.4 DEPRESIONES POSTESQUIZOFRENICA. Anteriormente sólo se encontraba una referencia a este trastorno en los Criterios Diagnósticos de Investigación (RDC), de Spitzer, Endicott y Robins (1975).

La clasificación DSM-IV de 1994, y DSM-IV-R le asigna el diagnóstico de trastorno depresivo no especificado, pero a pesar de que no acepta a la depresión postpsicótica como nosología en su clasificación de enfermedades psiquiátricas, la introduce en su Apéndice B como propuesta de investigación.

La existencia de clínica depresiva postpsicótica es importante porque se asocia a disforia, incapacidad y reduce la motivación para llevar a cabo tareas y actividades de la vida diaria. El síndrome depresivo postpsicótico según McGlashan aparecería cuando el individuo se está recuperando de los síntomas psicóticos agudos (1-7). Se manifiesta con anergia masiva, indiferencia, pérdida de interés, quejas neurasténiformes, hipersomnia, dificultades de concentración, lentitud motora, expresión facial reducida, lenguaje pobre, distanciamiento social y cuando la toma de la noticia de las connotaciones de la enfermedad es amplia, desesperanza y sentimientos de fracaso e inutilidad. En cada caso no es fácil discernir lo depresivo primario, lo yatrogénico farmacogenético, lo reactivo situacional y el deterioro ligero.

Respuesta 2

La respuesta verdadera es la: C.

Los datos sobre su incidencia son contradictorios. En los distintos estudios realizados se recogen tasas de prevalencia que oscilan entre un 7% y un 70% según el instrumento de medida utilizado para cuantificar síntomas depresivos y según el momento evolutivo de la enfermedad en que se hace el muestreo (2).

La APA, en sus comentarios previos al trastorno depresivo postpsicótico en su apéndice B del DSM-IV, como propuesta de investigación, indica que el 25 % de los pacientes esquizofrénicos tienen al menos un trastorno depresivo en el curso de su enfermedad.

En un metaanálisis de trabajos sobre el tema, Gascón (1984) concluye que aproximadamente el 35% de los pacientes esquizofrénicos presentan un síndrome depresivo después de la remisión del episodio agudo, con un rango de valores entre el 12% y el 54%.

Utilizando los criterios RDC en un estudio sobre depresión postpsicótica en pacientes esquizofrénicos hospitalizados, Siris encontró sólo un 6% de casos con trastorno depresivo mayor y un 22% con trastorno depresivo menor durante el periodo de remisión postpsicótica, si bien en el conjunto de los pacientes estudiados fue detectado un 40% de casos con sintomatología depresiva.

House et al realizaron un estudio comparando la existencia de sintomatología depresiva en un grupo de pacientes con un primer episodio psicótico esquizofrénico y un años después, observando una mayor prevalencia de depresión al inicio (22%) que durante el seguimiento (4%). Lo que sugiere que existe una correlación positiva entre sintomatología depresiva y primer brote esquizofrénico (5,6).

En esta línea, en un estudio de seguimiento durante 4,5 años de 54 pacientes esquizofrénicos previamente hospitalizados encuentran que en un 37% de los pacientes presentan un episodio depresivo mayor.

Otro factor que puede influir en la variabilidad de las tasas de depresión encontradas, es la posibilidad de confusión entre sintomatología negativa y depresiva (5), pudiendo solaparse síntomas depresivos como la inhibición psicomotora, enlentecimiento en el lenguaje, pérdida de interés, con sintomatología negativa propia de la esquizofrenia. Las escalas utilizadas, como la Hamilton para la depresión, pueden resultar poco discriminativas ya que están diseñadas para evaluar sintomatología depresiva en pacientes depresivos no esquizofrénicos. Para solventar estos problemas metodológicos, varios autores proponen la utilización de instrumentos específicos de medida como la escala

desarrollada y validada por Addington para medir sintomatología depresiva en la esquizofrenia.

Aunque la significación pronóstica de este diagnóstico es incierta por no haber sido realizados estudios con la categoría diagnóstica oficial, contrariamente a las hipótesis que dicen que los síntomas depresivos en la fase postpsicótica tienen implicaciones favorables en el pronóstico y en la recuperación psicosocial de adultos jóvenes con esquizofrenia, hay datos que sugieren que la existencia de síntomas depresivos postpsicóticos se asocian con un aumento en la duración de la enfermedad, un mayor número de recaídas (7), complicaciones en la adaptación psicosocial y mayor riesgo autolítico (5).

Respuesta 3

La respuesta correcta es la: A.

Previamente al diagnóstico y tratamiento de esta entidad deben descartarse 2 patologías: el Trastorno bipolar maniaco-depresivo y el trastorno esquizoaectivo. Debe establecerse si los síntomas depresivos ya están presentes desde el inicio de los síntomas psicóticos o su aparición es posterior a la mejoría de los síntomas psicóticos. Si los síntomas depresivos ya están presentes desde el inicio se plantea el diagnóstico diferencial entre depresión psicótica y el trastorno esquizoaectivo.

La depresión puede aparecer en cualquier momento del curso de la esquizofrenia y puede deberse a múltiples causas. Todo indica que es más probable la posibilidad de que aparezca un episodio depresivo durante los primeros brotes y durante las semanas posteriores a la remisión de la fase aguda, especialmente en aquellos que remiten más rápidamente, en aquellos que han tenido más síntomas positivos y cuando el primer brote se ha presentado más tarde en la biografía del paciente.



Las múltiples variedades de formas depresivas en el curso de la esquizofrenia ponen de manifiesto lo heterogéneo de éste cuadro. Subtipos diagnósticos de depresión postpsicótica:

- Iatrogénica por antipsicóticos, depresión acinética.
- Sintomatología depresiva asociada a los síntomas negativos.
- Sintomatología depresiva de causa orgánica.
- Reacción vivencial.
- Afanisis.
- Trastorno adaptativo con ánimo depresivo.
- Trastorno depresivo.

1. IATROGENIA POR ANTIPSICÓTICOS

El uso de fármacos antipsicóticos para el tratamiento de la esquizofrenia ha permitido detectar una frecuente aparición de efectos depresógenos y extrapiramidales relacionados directamente con la potencia farmacológica, como la hipocinesia, rigidez muscular....

Aunque no hay acuerdo entre los diferentes estudios sobre los efectos iatrogénicos de los antipsicóticos (8), ante un síndrome depresivo postpsicótico, siempre habría que tenerlos en cuenta como posibles instigadores o agentes agravantes del cuadro.

Por otro lado debe tenerse en cuenta que varios autores describieron sintomatología depresiva en estos enfermos antes de la aparición de antipsicóticos como tratamiento de la esquizofrenia.

Depresión acinética: Un aspecto del posible efecto iatrogénico de los antipsicóticos es el síndrome de depresión acinética, cuadro clínico de efectos secundarios al tratamiento con dicho fármacos. La acinesia hace referencia a la disminución de movimientos accesorios voluntarios y a la disminución de la iniciativa para ini-

ciar cualquier movimiento. Esta falta de espontaneidad puede dar lugar a un diagnóstico erróneo de depresión, siendo en muchos casos la resolución de la sintomatología con tratamiento específico: reducción de medicación neuroléptica junto con el uso de agentes antiparkinsonianos, lo que proporciona el diagnóstico diferencial (3).

La acatisia es otro efecto extrapiramidal secundario a los neurolépticos que puede confundirse con la agitación psicomotriz propia de la depresión agitada. Además la acatisia se asocia a anhedonia, estados disfóricos e, incluso, ideación suicida (3).

Además de los síntomas parkinsonianos, algunos autores plantean la posibilidad de que los neurolépticos por sí mismos puedan inducir sintomatología depresiva de forma iatrogénica. Esta idea deriva de la observación de la aparición de síntomas depresivos en los pacientes hipertensivos tratados con reserpina, fármaco que posteriormente fue de los primeros utilizados como antipsicótico. Investigaciones han permitido conocer que los neurolépticos que producen un bloqueo dopaminérgico predominantemente límbico en relación con el bloqueo en el cuerpo estriado no darían lugar a síndromes depresivos característicamente neurolépticos. En esta línea los neurolépticos tipo benzodiazepínicos (clozapina, olanzapina) y de tipo benzamida (amisulpiride, raclopride) que tienen una mayor afinidad por los receptores límbicos dopaminérgicos frente a los estriales, que son los que dan lugar a sintomatología extrapiramidal.

2. SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA ASOCIADA A LOS SÍNTOMAS NEGATIVOS

Síntomas negativos como la anhedonia, la anergia y la falta de motivación podrían remedar sintomatología depresiva, aunque la existencia del característico aplanamiento afectivo propio del síndrome negativo, permitiría realizar el diagnóstico correcto (2-8). No obstante, no

es fácil delimitar ambas entidades sobre todo en pacientes que carecen de habilidades de comunicación interpersonales que permitan transmitir perfectamente sus estados internos subjetivos.

3. REACCIÓN VIVENCIAL

Un grupo de pacientes esquizofrénicos presentan una reacción vivencial. Este subgrupo con una personalidad aceptablemente conservada después del brote psicótico, presentan una sintomatología depresiva secundaria a su enfermedad, de forma similar a lo que se produce con otras patologías crónicas o situaciones sociales estresantes (3). La sintomatología depresiva de este subtipo ha sido atribuida a reacciones por dependencia asistencial u hospitalaria o en otros a la pérdida del delirio con su retorno a la realidad de su monótona existencia.

4. SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA DE CAUSA ORGÁNICA

Numerosas enfermedades médicas pueden dar lugar a síntomas depresivos en pacientes esquizofrénicos de la misma manera que lo hacen en individuos normales. Por ello es importante descartar la existencia de endocrinopatías, anemia, trastornos neurológicos, carcinomas, u otras enfermedades que podrían manifestarse como un síndrome depresivo.

También tener en cuenta que el uso de determinados fármacos: betabloqueantes, anti-histamínicos, antihipertensivos,...., y sustancias como el alcohol, pueden contribuir a la aparición de un síndrome depresivo. El uso crónico o excesivo de muchas sustancias de abuso y su síndrome de abstinencia pueden contribuir a estados depresivos como el estado anérgico del cannabis o la depresión secundaria a la interrupción del consumo de cocaína. Algunas sustancias como la cafeína y la nicotina pueden asociarse a estados disfóricos y contribuir a la presentación de sintomatología afectiva en pacientes esquizofrénicos.

5. AFANISIS (término que puede considerarse sinónimo de abolición) McGlashan describió en 1982 un síndrome de pseudodepresión en un periodo de silencio de la enfermedad en la esquizofrenia crónica que denominó AFANISIS, cuadro caracterizado por inactividad motora, estereotipias, pensamientos repetitivos, astenia generalizada, retraimiento social, despreocupación por el aspecto físico y el cuidado personal con mala respuesta a tratamiento antidepresivo. La diferencia entre afanisis y estado residual postpsicótico radica en la mayor gravedad e irreversibilidad del último (1).

6. TRASTORNO ADAPTATIVO CON ANIMO DEPRESIVO, pacientes esquizofrénicos con buen nivel social e intelectual previo a que ante la perspectiva de futuro condicionado por la enfermedad e incluso ante el temor de un nuevo brote psicótico presentan un cuadro que cumple criterios de trastorno adaptativo con animo depresivo, no cumpliendo criterios de depresión mayor. Responde bien a tratamiento antidepresivo.

7. TRASTORNO DEPRESIVO: paciente esquizofrénico que en un periodo de remisión presentan un trastorno depresivo que no puede incluirse en ninguno de los apartados anteriores. Responde bien a tratamiento antidepresivo.

La depresión durante y después de la psicosis requiere atención cuidadosa y persistencia terapéutica. Los pacientes que superan una desorganización mayor sólo para emerger a una depresión intolerable se sienten invariablemente desesperanzados, pero su miseria es común y limitada en el tiempo.

Respuesta 4

La respuesta falsa es la: C.

El tratamiento de la depresión postpsicótica parte de un correcto diagnóstico diferencial. Descartadas las etiologías orgánicas, lo prime-



ro a plantear ante una reacción depresiva en la esquizofrenia es dilucidar si se trata de una reacción momentánea a una situación estresante, o el pródromo de un nuevo episodio psicótico. Lo más prudente es estrechar la vigilancia e incrementar el apoyo al paciente. Una reacción transitoria a situación estresante se resolverá rápida y espontáneamente, y un episodio psicótico incipiente no tardará en manifestarse por sí mismo (2).

Si en un paciente tratado con neurolépticos convencionales persiste el episodio depresivo, se plantea la duda de si la medicación es la responsable de los síntomas seudodepresivos, sea como efecto secundario extrapiramidal (acinesia o acatisia), sea como un estado disfórico inducido directamente por los neurolépticos. Esta situación puede abordarse de 3 formas distintas: 1) reduciendo la dosis neuroléptica si existe un margen que ofrezca garantías, 2) introduciendo o incrementando la medicación antiparkinsoniana (más útil para la acinesia que para la acatisia), una benzodiacepina o un beta-bloqueante (éste último muy útil para la acatisia) ,o 3) sustituyendo el neuroléptico convencional por un atípico.

Si el episodio depresivo persiste en un paciente ya tratado con un neuroléptico atípico, la bibliografía actual ofrece pocos consejos.

Reducir la dosis es una opción si se dispone de margen terapéutico, sobre todo si el atípico es la risperidona que a dosis elevadas tiene un grado moderado de efectos parkinsonianos. La medicación antiparkinsoniana es otra opción y la sustitución de un atípico por otro es una posibilidad adicional.

Pacientes esquizofrénicos no exageradamente productivos y con clínica depresiva podrían ser sensibles al tratamiento con un fármaco antidepressivo. La revisión sobre el tema de la Cochrane en el 2003 concluye que la literatura sobre el tratamiento con antidepressivos en pacientes con ambos diagnósticos, esquizofrenia y depresión, es de poca calidad. Aunque algunos estudios evidencian que el tratamiento con antidepressivos en estos casos puede ser beneficioso, probablemente se sobreestima el efecto del tratamiento. En la actualidad, no hay evidencias para apoyar o rechazar el tratamiento con antidepressivos en estos pacientes con esquizofrenia y depresión (4).

Las estrategias psicosociales bien aplicadas, como las técnicas de reducción de estrés, psicoeducativas, desarrollo de habilidades y resolución de problemas, junto con intervenciones sobre la familia para minimizar la expresión emocional desmesurada, pueden ser de ayuda.



BIBLIOGRAFÍA

- (1) McGlashan TH, Carpenter WJ. Postpsychotic depresión in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1976; 33: 231-239.
- (2) Siris SG. Depresión en la esquizofrenia: perspectiva actual en la era de los antipsicóticos atípicos. *Am J Psychiatry* 157:9,2000;305-313
- (3) Siris SG. Aspectos actuales en el tratamiento de la esquizofrenia. En: Shriqui CL, Nasrallah HA editors. *Depresión en la esquizofrenia*. 1ªEd. Washington DC y Londres;1995. p. 169-179.

- (4) Whitehead C, Moss S, Cardno A, Lewis G. Antidepressants for people with both schizophrenia and depression . Cochrane Review for The Cochrane Library, Issue2, 2003. Oxford:update Software Ltd.
- (5) Koren AR, Siris SG, Chakos M, Alvir J, Mayerhoff D, Lieberman J. Depression in first episode Schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1993; 150(11): 1643-1648.
- (6) Aguilar EJ, Hass G, Manzanera FJ, Hernández J, Gracia R, Rodado MJ, Keshavan MS. Hopeless and first-episode psychosis: a longitudinal study. *Acta Psychiatry Scand* 1997;96: 25-30.
- (7) Mandel MR, Severe JB, Schooler NR, Gelenberg AJ, Mieske RN. Development and prediction of Postpsychotic Depression in Neuroleptic-Treated Schizophrenics. *Arch Gen Psychiatry* Feb 1982 ; 39:: 197-203.
- (8) Birchwod M, Iqbal Z, Chadwick P, Trower P. Cognitive approach to depression and suicidal thinking in psychosis. *British Journal of Psychiatry*.2000, 177:516-521.