



**Master Interuniversitario de Iniciación en Investigación en
Salud Mental.**

Impacto de clínica depresiva al inicio de un episodio de psicosis.

**Trabajo Fin de Master
Universidad de Cantabria.**

Autora: Paula Andrea Isaza León.

Director: Dr. Javier Vázquez Bourgon.

Septiembre 2022.



DECLARACION DE NO PLAGIO

D. /Dña. Paula Andrea Isaza León NIF 72209700G, estudiante del Master Interuniversitario de Iniciación a la Investigación en Salud Mental, curso 2021/2022 como autor/a de este documento académico titulado: **Impacto de clínica depresiva al inicio de un episodio de psicosis** y presentado como Trabajo Fin de Máster, para la obtención del título correspondiente, cuyo tutor es Javier Vázquez Bourgon.

DECLARO QUE:

El Trabajo de Fin de Máster que presento está elaborado por mí, es original, no copio, ni utilizo ideas, formulaciones, citas integrales e ilustraciones de cualquier obra, artículo, memoria o documento (en versión impresa o electrónica), sin mencionar de forma clara y estricta su origen, tanto en el cuerpo del texto como en la bibliografía. Asimismo, no he hecho uso de información no autorizada de cualquier fuente escrita, de otra persona, de trabajo escrito de otro o cualquier otra fuente.

En Santander, a 5 de Septiembre de 2022

Fdo.:

CERTIFICADO DE APROBACIÓN

El presente trabajo de Fin de Máster titulado “Impacto de clínica depresiva al inicio de un episodio de psicosis” realizado y presentado por Paula Andrea Isaza León como parte del cumplimiento de los requisitos para la finalización del Máster “Iniciación a la Investigación en Salud Mental” impartido por la Universidad de Cantabria, ha sido examinado y se recomienda su aceptación y aprobación para su presentación oral.

Dr. Javier Vázquez Bourgon

Santander, Septiembre 2022

AGRADECIMIENTOS

La autora desea agradecer a todo el equipo de investigación "Programa Asistencial de las Fases Iniciales de Psicosis" (PAFIP) y a todos los pacientes y familiares que participaron en el estudio.

Índice.

Impacto de Clínica Depresiva al Inicio de un Episodio Psicótico

Resumen.....	1
1. Introducción.	3
2. Hipótesis y objetivos.....	9
2.1 Hipótesis.....	9
2.2. Objetivos.	9
3. Metodología.	11
3.1. Sujetos y diseño del estudio.	11
3.2. Evaluación clínica de los pacientes.	12
3.2.1. Síntomas clínicos de psicosis.....	13
3.2.2. Psicopatología general.....	13
3.2.3. Gravedad de los síntomas depresivos.....	14
3.2.4 Intensidad de los síntomas de manía.	15
3.2.5. Funcionamiento, discapacidad y ajuste premórbido.	15
3.3. Análisis Estadístico.....	17
4. Resultados.	18
4.1. Descripción sociodemográfica de la muestra de estudio.	18
4.2. Diferencias clínicas entre pacientes con criterios de cuadro depresivo basal	19

4.3 Análisis de Correlación entre la sintomatología depresiva y otras variables clínicas basales.	21
4.4 Efecto de la clínica depresiva basal sobre la evolución clínica del episodio psicótico.	23
5. Discusión.....	26
Limitaciones y fortalezas del estudio.	30
6. Conclusiones.	31
7. Bibliografía.	32
8. Anexos.	42
Anexo 1.....	42
Anexo 2.....	44

Resumen

Introducción: La presencia de síntomas depresivos en primeros episodios de psicosis supone un factor de gravedad para el desarrollo y curso de un cuadro psicótico. La dificultad de discernir entre los síntomas psicóticos negativos y los síntomas depresivos suponen un obstáculo en la identificación, diagnóstico y tratamiento de estos últimos y por tanto, en el pronóstico de un PEP.

Objetivo: Estudiar los factores clínicos y sociodemográficos asociados a la presencia basal de un cuadro depresivo comórbido en una muestra de pacientes con un primer episodio de psicosis no afectiva, y su posible impacto sobre la gravedad clínica del cuadro psicótico.

Material y métodos: Estudio longitudinal de 3 años, con la participación de 659 pacientes del Programa PAFIP. Se compararon variables cualitativas y cuantitativas entre grupos, usando chi-cuadrado y ANOVA. Los síntomas clínicos de psicosis se evaluaron mediante las escalas SANS y SAPS y el nivel de depresión de los pacientes se midió mediante CDSS. Además se utilizaron escalas para determinar el nivel de funcionamiento de los pacientes (GAF).

Resultados: Los pacientes con depresión basal en PEP presentaron mayor gravedad del cuadro clínico, con mayor gravedad de los síntomas negativos y menor gravedad de los síntomas positivos psicóticos. La presencia de síntomas depresivos se asoció a mayor nivel de discapacidad y peor funcionamiento basal, ambos, factores considerados como predictores de una peor evolución del cuadro psicótico.

Conclusiones: Los Pacientes con PEP tienen una alta predisposición a presentar síntomas depresivos al inicio del cuadro psicótico y la presencia de estos síntomas parece determinar una peor evolución del cuadro psicótico a largo plazo.

Palabras Clave: Primeros episodios de psicosis, PEP, Depresión, Comorbilidad, Factor de riesgo.

Abstract

Introduction: The presence of depressive symptoms in first episodes of psychosis is a serious factor in the development and course of a psychotic condition. The difficulty of distinguishing between negative psychotic symptoms and depressive symptoms represents an obstacle in the identification, diagnosis and treatment of latter and therefore in the prognosis of a first episode of psychosis.

Objective: To study the clinical and socio-demographic factors associated with the baseline presence of comorbid depressive symptoms in a sample of patients with a first episode of non-affective psychosis, and its possible impact on the clinical severity of the psychotic condition.

Material and methods: Longitudinal study of 3 years, with the participation of 659 patients of the PAFIP Program. Qualitative and quantitative variables were compared between groups, using the Chi-Square Test and ANOVA. The clinical symptoms of psychosis were evaluated using the SANS and SAPS scales, and the level of depression of the patients was measured using the CDSS. Furthermore, scales were used to determine the level of functioning of the patients (GAF)

Results: Patients with baseline depression in FEP presented greater severity of the clinical condition, with greater severity of negative symptoms and less severity of positive psychotic symptoms. The presence of depressive symptoms was associated with a higher level of disability and worse baseline functioning, both of which are factors considered to be predictors of a worse evolution of the psychotic condition.

Discussion: Patients with FEP have a high tendency to present depressive symptoms at the beginning of the psychotic condition, and the presence of these symptoms seems to determine a worse long-term evolution of this psychotic condition.

Keywords: First psychosis episodes, FEP, Depression, Comorbidity, Risk factor.

1. Introducción.

La aparición por primera vez en la vida de un cuadro clínico consistente en sintomatología psicótica es lo que se conoce como “Primer episodio psicótico” (PEP) (Arango et al., 2017), circunstancia que además suelen conllevar el primer contacto de dichos individuos con el tratamiento antipsicótico, independientemente de la duración previa de los síntomas psicóticos (Crespo-Facorro et al., 2016). Los cuadros psicóticos se caracterizan por la aparición de síntomas que alejan al individuo de la realidad, y además tiene un gran impacto a nivel social y cotidiano, afectando a quien los padece pero también a su entorno familiar (Crespo-Facorro et al., 2020). La sintomatología psicótica se divide en síntomas positivos, negativos, de desorganización y deterioro del funcionamiento (Cano et al., 2007), además, a menudo es precedida por síntomas prodrómicos, los cuales, pueden presentarse de manera brusca o gradual, varios meses antes de la aparición completa del PEP. Estos síntomas prodrómicos suelen ser inespecíficos, estando entre los más habituales el afecto depresivo, el aislamiento social, la disminución de la concentración y motivación, alteraciones del sueño y la suspicacia. Pueden durar meses o incluso años y debido a su baja especificidad suelen diagnosticarse de manera retrospectiva una vez detectado el episodio psicótico (Ruiloba & Pascual, 2015).

La aparición de los primeros síntomas psicóticos suele ocurrir en edades tempranas de la adolescencia tardía y adultez temprana, entre los 18 y los 35 años. Las mujeres sin embargo, tienden a inicios de la psicosis algo más tardíos, entre los 25 y 30 años, e incluso después de los 40 años y con mayor predisposición de sintomatología depresiva (Saha et al., 2005). En comparación, los hombres debutan más temprano, alrededor de los 21 y 25 años (Saha et al., 2005), con una mayor predominancia de síntomas negativos, mayor déficit cognitivo y abuso comórbido de sustancias, elementos de

riesgo para presentar una peor evolución y un mayor deterioro a nivel social y funcional a largo plazo (Li et al., 2016; Mendrek & Mancini-Marie, 2016; Räsänen et al., 2000; Rietschel et al., 2017; Romm et al., 2010).

Otros factores importantes en la determinación del pronóstico y la evolución de PEP, son el tiempo de psicosis no tratada (duration of untreated psychosis -DUP-), la duración de la enfermedad no tratada (duration of untreated illness -DUI-), la adaptación premórbida, y las condiciones psicosociales, especialmente la pobreza (Arango et al., 2017; Cano et al., 2007; Saha et al., 2005). Perkins y colaboradores (2005) determinan, a partir de un estudio de metaanálisis, que un período prolongado de DUP se asocia con: *a*) niveles más bajos de recuperación sintomática y funcional, siendo esta asociación independiente del efecto de otras variables asociadas con el pronóstico y persistiendo en la etapa crónica de la enfermedad; y *b*) la gravedad de los síntomas negativos y la respuesta al tratamiento, aunque no con la gravedad de los síntomas positivos o la psicopatología general. (Perkins et al., 2005). Por otro lado, se puede considerar que la aparición de un PEP en edades más tardías es un factor de mejor pronóstico, dado que, la repercusión de este cuadro clínico en los diferentes ámbitos vitales (social, laboral, familiar) generaría una menor disrupción biográfica al haber ya el individuo construido sus redes sociales de manera estable, terminado sus estudios y posiblemente haber incluso consolidado una carrera profesional, todo lo cual además permite al paciente tener mayor conocimiento y experiencia del mundo, un mayor desarrollo de habilidades de afrontamiento y sociales a la vez que mayor resiliencia. (Ayesa-Arriola et al., 2020; Grossman et al., 2008).

El diagnóstico más común tras un PEP es el de esquizofrenia, sin embargo, para otros pacientes (ej.: con diagnóstico de trastorno psicótico breve) puede ser el único episodio en su vida sin que vaya a presentar, de manera característica, una repercusión

en su funcionamiento, ni en la calidad de vida a largo plazo (Cano et al., 2007; Saha et al., 2005). La esquizofrenia es una enfermedad mental crónica, incapacitante y grave que afecta a las habilidades personales, educativas, sociales y funcionales, y se encuentra entre las principales causas mundiales de discapacidad. La prevalencia de la esquizofrenia, como trastorno psicótico por excelencia, es a nivel mundial del 1%, pudiendo variar ligeramente según factores sociodemográficos como la edad, sexo y raza, o por variables ambientales y socioculturales. (McGrath et al., 2004;; Saha et al., 2005). Sin embargo, si consideramos de manera más amplia todos los trastornos psicóticos, la prevalencia aumenta a cerca de un 3% de la población general (Movimiento Rethinking, 2018).

Hoy en día existe múltiple evidencia científica sobre la utilidad de los antipsicóticos de segunda generación (atípicos) en el tratamiento de pacientes con PEP, su uso aumenta las posibilidades de recuperación, reduce el riesgo de recaída y proporciona resultados más favorables a largo plazo mejorando la fisiopatología y la progresión de la enfermedad (Crespo-Facorro et al., 2020; Lieberman et al., 2001). Son considerados como tratamiento de primera línea en la esquizofrenia, dado que son muy efectivos para tratar los síntomas positivos, y en menor medida para el tratamiento de síntomas negativos o cognitivos (Buchanan et al., 2009; Buckley et al., 2009; Kirschner et al., 2017; Yassini et al., 2014). Si se hace un uso adecuado de estos fármacos en PEP, se puede establecer una remisión significativa de los síntomas psicóticos consiguiendo un alto nivel de recuperación después del primer episodio (Lieberman et al., 2001). A través de un ensayo clínico de seguimiento del programa PAFIP (Programa Asistencial de las Fases Iniciales de Psicosis) desarrollado en Cantabria, se determinó la efectividad del uso de antipsicóticos, risperidona, olanzapina y aripiprazol como tratamiento de primera línea en PEP (Gómez-Revuelta et al., 2020). Por otro lado, aunque se puede

decir que el papel de los antidepresivos en esquizofrenia no ha recibido mucha atención, (Flórez et al., 2014), sí se ha llegado a describir su uso en la práctica clínica en pacientes con PEP para tratar síntomas depresivos subsindrómicos e incluso síntomas negativos, sin haberse establecido un claro beneficio terapéutico (R. Upthegrove et al., 2010) a pesar de la eficacia en etapas posteriores de esquizofrenia (Goff et al., 2019).

Es común que los síntomas psicóticos en un PEP coexistan con otra sintomatología psiquiátrica, como es el caso de la clínica depresiva, la cual puede aparecer hasta en un 50-80% de los pacientes con PEP (Cotton et al., 2012; Romm et al., 2010). De manera similar, Häfner y colaboradores encontraron en un estudio retrospectivo que el síntoma inicial más frecuente de la esquizofrenia fue el estado de ánimo depresivo, con una aparición de hasta 4 años antes del primer ingreso hospitalario por el cuadro psicótico y con una prevalencia de síntomas depresivos global de hasta el 71% (Häfner et al., 2005). Además, la presencia puntual y aislada de síntomas depresivos de manera concurrente con la clínica psicótica durante el primer año del PEP se correlaciona con un alto riesgo de desarrollar un trastorno depresivo mayor completo posteriormente, además de aumentar de manera notable el riesgo de presentar conductas suicidas (D Addington et al., 1998; Mané & Donchin, 1989; Upthegrove, Birchwood, Ross, Brunett, McCollum, et al., 2010); es por esto, que se considera la clínica depresiva como uno de los predictores de peor curso y pronóstico de la enfermedad tanto a corto, como a largo plazo en la psicosis. (Craig et al., 2000). Los trastornos depresivos, al igual que otros trastornos psiquiátricos como es el trastorno por uso de sustancias, presentan alta comorbilidad con los trastornos psicóticos, complicando el diagnóstico diferencial así como el pronóstico del propio cuadro psicótico (Buckley et al., 2009). La superposición y similitud entre los síntomas depresivos y la sintomatología negativa de la psicosis, es uno de los elementos principales que dificultan la identificación correcta de la presencia

de un cuadro depresivo comórbido en la psicosis, y poder así discernir entre una clínica depresiva y una patología psicótica negativa. (Donald Addington et al., 1992; Samuel G. Siris, 2004). Los síntomas psicóticos negativos descritos son la alogia, apatía, abulia, pérdida de sociabilidad, embotamiento emocional y la anhedonia (Kirschner et al., 2017); síntomas que de manera general son también manifestaciones comunes a la sintomatología depresiva presente en los trastornos depresivos. Sin embargo, la sintomatología nuclear de los trastornos depresivos es el estado de ánimo bajo y la apatía/anhedonia, lo cual debería en parte ayudarnos a diferenciar estos cuadros de la sintomatología negativa (R Upthegrove et al., 2010).

Según Häfner, la depresión y la esquizofrenia comparten factores de riesgo y precursores. Así, la depresión muestra superposición genética en la descendencia de padres que padecen esquizofrenia. En el Estudio de Alto Riesgo de Nueva York, Erlenmeyer-Kimling et al., (1991) encontraron que el 18% de los hijos (N = 73) de madres con esquizofrenia desarrollaron esquizofrenia. Las complicaciones del desarrollo cerebral prenatales, perinatales y posnatales son también factores de riesgo para ambos trastornos, aunque se han identificado de manera más clara y con una mayor prevalencia en la esquizofrenia que en la depresión. Las anomalías estructurales cerebrales como son la pérdida de volumen cerebral, la disminución del grosor de la corteza prefrontal, temporal y del hipocampo, constituyen también elementos que se han identificado en los pacientes con trastornos psicóticos o depresión, al compararlos con la población general sin patología mental. Por otro lado, existen elementos comunes que podrían considerarse como elementos de riesgo para ambos trastornos, así el estrés psicosocial es un precipitante de la depresión y de las recaídas psicóticas en la esquizofrenia. Y se han descrito algunos rasgos de personalidad, como el neuroticismo, además del deterioro de habilidades sociales, interpersonales y cognitivas en la infancia

y la adolescencia como precursores de esquizofrenia y depresión (Häfner et al., 2005). Finalmente son varias las explicaciones que se han dado para la aparición de síntomas depresivos en la esquizofrenia, ejemplo de los cuales son la reacción subjetiva a la enfermedad y los eventos adversos que la acompañan descritos por Birchwood (M Birchwood et al., 1993). En el contexto de diátesis-estrés, los síntomas depresivos pueden constituir en sí mismos un factor estresante que desencadena un episodio psicótico (Siris, 2000; Siris, 2004), el abuso de sustancias y la comorbilidad de depresión con trastornos de ansiedad (Oosthuizen et al., 2002).

A pesar de la importancia de la presencia de sintomatología depresiva en el pronóstico de la psicosis y de la elevada prevalencia de comorbilidad entre estos dos cuadros clínicos, existe en la actualidad escasa evidencia científica que explore el impacto de la sintomatología depresiva desde el inicio de un PEP. El estudio de la sintomatología depresiva en pacientes con un primer episodio de psicosis permitirá además evitar los factores de confusión derivados de la cronicidad y de la exposición previa a tratamientos psicofarmacológico.

2. Hipótesis y objetivos.

En base a la evidencia científica existente y previamente detallada este trabajo tendrá las siguientes hipótesis.

2.1 Hipótesis

2.1.1. Hipótesis principal.

Los pacientes con un primer episodio de psicosis tienen una mayor predisposición a presentar sintomatología depresiva al inicio de su cuadro psicótico.

La presencia de depresión en el momento basal determinará una peor evolución del cuadro psicótico a largo plazo.

2.1.2. Hipótesis secundarias.

La sintomatología depresiva correlacionará con características clínicas basales como la sintomatología psicótica negativa.

La clínica depresiva estará correlacionada basalmente con la gravedad de la sintomatología psicótica negativa.

2.2. Objetivos.

2.2.1 Objetivo Principal

Estudiar los factores clínicos y sociodemográficos asociados a la presencia basal de un cuadro depresivo comórbido en una muestra de pacientes con un primer episodio de psicosis no afectiva, y su posible impacto sobre la gravedad clínica del cuadro psicótico.

2.2.2. Objetivos Específicos.

Explorar si existe una correlación entre la sintomatología depresiva inicial y otros elementos clínicos de interés para el pronóstico y el diagnóstico diferencial como son la DUP o la sintomatología psicótica negativa.

Explorar el impacto de la clínica depresiva basal sobre la evolución a largo plazo del cuadro psicótico.

3. Metodología.

3.1. Sujetos y diseño del estudio.

Los datos utilizados para este estudio se obtuvieron de un programa de intervención de atención temprana a pacientes con un primer episodio de psicosis en Cantabria (programa PAFIP), el cual añade a la intervención clínica y terapéutica un componente de investigación de tal forma que los pacientes son evaluados de manera longitudinal prospectiva a lo largo de los primeros años tras el debut de su psicosis (Mayoral-van Son et al., 2021; Pelayo-Terán et al., 2008). El programa se desarrolla en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (Santander), y provee cuidados a la población de la provincia de Cantabria (población de referencia 580.000 habitantes).

Por lo tanto, el estudio sigue un diseño longitudinal prospectivo. Todos los pacientes derivados al programa PAFIP entre febrero de 2001 y enero de 2018 fueron incluidos si cumplían los siguientes criterios de inclusión; a) edad 16-60 años, b) vivir en la provincia de estudio, c) haber experimentado un primer episodio de psicosis no afectiva, d) no haber sido tratado con antipsicóticos, o en su defecto, que el tratamiento hubiese durado menos de 6 semanas, e) cumplir con los criterios del DSM-IV para trastorno psicótico breve, trastorno esquizofreniforme, esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo. El diagnóstico fue confirmado mediante la administración de la Entrevista Clínica Estructurada para DSM-IV (SCID-I) (First et al., 2002) realizada por un psiquiatra experimentado seis meses después de la visita basal.

Por el contrario, se consideraron como criterios de exclusión; a) la dependencia de drogas o alcohol, b) discapacidad intelectual, o c) antecedentes de enfermedad neurológica o lesión cerebral, según criterios DSM-IV.

Al inicio, todos los pacientes que cumplieron los criterios para su inclusión fueron asignados al azar a una de las ramas de medicación antipsicótica, y se les hizo un seguimiento intensivo durante tres años. A lo largo de ese período, los pacientes fueron atendidos por un equipo multidisciplinar con una frecuencia media mensual bajo un enfoque de atención asertiva. Durante el seguimiento en el programa, el tratamiento antipsicótico pudo ser modificado en dosis y en tipo en función del criterio clínico, por falta de respuesta o por mala tolerabilidad. Además se permitió el uso de ciertos medicamentos psicofarmacológicos concomitantes (lormetazepam, clonazepam, antidepresivos y estabilizadores del ánimo) en base al criterio clínico, para el manejo de agitación, alteraciones del comportamiento general, insomnio, o clínica depresiva.

Después de completar el período de seguimiento intensivo de tres años, los pacientes fueron dados de alta a sus respectivas unidades de salud mental.

Todos los sujetos dieron su consentimiento informado por escrito antes de su inclusión en el estudio. El estudio fue aprobado por el comité ético local, el Comité de Ética de la Investigación Clínica de Cantabria.

3.2. Evaluación clínica de los pacientes.

Se entrevistó a los pacientes y a sus familiares y cuando fue preciso se obtuvo información de la historia clínica. Así se recogieron los datos clínicos y sociodemográficos. Se realizó una evaluación clínica exhaustiva para evaluar la gravedad, la duración y el curso de la sintomatología clínica. Se llevaron a cabo evaluaciones clínicas completas al inicio del estudio, y de manera longitudinal a los 1 año y 3 años, por psiquiatras experimentados.

3.2.1. Síntomas clínicos de psicosis.

Los síntomas clínicos de la psicosis se evaluaron mediante la Escala para la Evaluación de Síntomas Negativos (SANS) y la Escalada de Evaluación de Síntomas Positivos (SAPS) (Nancy C Andreasen, 1984).

La Escala para la evaluación de síntomas negativos (SANS): Fue el primer instrumento desarrollado para proporcionar una evaluación integral de los síntomas negativos en la esquizofrenia. Se trata de una escala semiestructurada que consta de 5 ítems que evalúan la gravedad de los diferentes síntomas negativos: alogia, embotamiento afectivo, abulia-apatía, anhedonia y deterioro de la atención. Cada uno de los ítems se puntúan e una escala tipo Likert, del 0 al 5, donde 0 es ausencia de síntoma y 5 es la mayor gravedad. Las propiedades psicométricas de la SANS muestran niveles óptimos de fiabilidad y cohesión interna (N C Andreasen, 1989)

La Escala para la Evaluación de Síntomas Positivos (SAPS): de manera similar a la anterior fue desarrollada por Andreasen para medir la gravedad de la sintomatología positiva. Es una escala semiestructurada complementaria de la SANS; permite la evaluación de alucinaciones, delirios, trastorno del pensamiento formal positivo y comportamiento extraño (Nancy C Andreasen, 1984). Tiene el mismo funcionamiento y similares valores de fiabilidad y cohesión interna que la SANS.

A partir de estas escalas se puede medir las dimensiones clínicas de la psicosis: dimensión positiva, dimensión negativa y dimensión desorganizada.

3.2.2. Psicopatología general.

Se evaluó a través de la Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica (BPRS). Esta es una escala semiestructurada diseñada con el objetivo de valorar la respuesta al

tratamiento farmacológico en pacientes psicóticos, también es apropiada para la clasificación de la sintomatología positiva y negativa. Está constituida por 5 componentes principales: ansiedad/depresión, energía, trastornos del pensamiento, activación y hostilidad/susplicacia. La utilización de este instrumento debe ser longitudinal en el tiempo, para valorar los cambios tras el tratamiento farmacológico. El resultado se expresa como la suma de las puntuaciones de todas las respuestas. Posee una muy buena consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,81 a 0,92). (Overall & Gorham, 1962).

También utilizamos la Escala de Impresión Clínica Global (ICG). La escala ICG original es un instrumento estructurado que permite una evaluación general de la gravedad de los trastornos mentales. El objetivo de la escala (como el de las otras ICG) es traducir el juicio clínico en puntuaciones que reflejen los síntomas presentes en los pacientes esquizofrénicos. Se trata, por tanto, de una escala descriptiva que proporciona información cualitativa sobre la gravedad del cuadro y sobre el cambio experimentado por el paciente con respecto al estado basal o a la evaluación previa. Sus propiedades psicométricas son adecuadas y válidas. Presenta validez concurrente con algunas medidas de depresión. (Haro et al., 2003)

3.2.3. Gravedad de los síntomas depresivos.

Se midió utilizando la Escala de Depresión de Calgary para la Esquizofrenia (Anexo 1). (Calgary Depresión Scale for Schizophrenia, CDSS). Instrumento desarrollado para valorar el nivel de depresión en la esquizofrenia, tanto en la fase aguda como en los estados deficitarios, ayuda en la distinción de los síntomas depresivos de los positivos, negativos y extrapiramidales. Consta de 9 ítems que miden los síntomas cognitivos de la depresión en una escala de 4 niveles de severidad (ausente, leve, moderado, grave). Es

válida para cualquier fase de la enfermedad y sensible al cambio, lo que permite un seguimiento evolutivo del paciente y la determinación del grado de respuesta terapéutica. Su consistencia interna es elevada (alfa de Cronbach entre 0,70 y 0,90) y muestra así mismo buenos valores de fiabilidad inter-observadores (en torno a 0,90). Muestra una elevada correlación con otros instrumentos que evalúan depresión y presenta una validez predictiva adecuada (D Addington et al., 1993).

3.2.4 Intensidad de los síntomas de manía.

Se utilizó la Escala de Manía de Young. Es una escala de 11 ítems destinada a medir la intensidad de los síntomas de manía, con 5 opciones de respuesta, que muestran diferentes grados de intensidad en los síntomas. Para puntuar dispone de una escala de intensidad que oscila entre 0 y 4, y otras veces entre 0 y 8 (ítems 5, 6, 8 y 9). Estos 4 ítems tienen el doble de valor para compensar la escasa cooperación de los pacientes maníacos graves. En todos los casos el valor 0 hace referencia a la ausencia del síntoma, y el valor más alto a su presencia en gravedad extrema.

En relación a su interpretación, se proporciona una puntuación total que es la suma de las puntuaciones en los 11 ítems. Esta puntuación total oscila entre 0 y 60 puntos. A mayor puntuación, mayor gravedad del cuadro maníaco. (Colom et al., 2002)

3.2.5. Funcionamiento, discapacidad y ajuste premórbido.

El funcionamiento basal de los pacientes, al inicio del PEP se midió a través de la escala de Evaluación Global del Funcionamiento (GAF). Esta escala valora el funcionamiento general de los pacientes psiquiátricos a lo largo de un continuum de salud-enfermedad. Consta de un único ítem que se puntúa con una escala que oscila de 100 (actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, nunca parece superado por los problemas de su vida, es valorado por los demás a causa de sus abundantes

cualidades positivas) y 1 (expectativa manifiesta de muerte). El marco de referencia temporal es el marco actual (Hall, 1995)

El nivel de discapacidad basal se midió a través de la Escala de Ajuste Diádico (DAS). Esta escala está formada por 32 ítems que se agrupan en cuatro subescalas: Consenso (13 ítems), Satisfacción (10 ítems), Cohesión (5 ítems) y Expresión de afecto (4 ítems). Los ítems se presentan en diferentes formatos de respuesta, en su mayoría escalas sumativas tipo Likert de valoración de intensidad o frecuencia. A una mayor puntuación un mayor ajuste en la pareja. La puntuación mínima es 0 y la máxima 151. (Carrasco et al., 2013; Santos-Iglesias et al., 2009; Spanier, 1976).

Finalmente, el ajuste premórbido se valoró de forma retrospectiva usando la Escala de Ajuste Premórbido (Premorbid Adjustment Scale-Spanish PAS-S). Esta es una escala estructurada que evalúa el grado en el que una persona alcanza con éxito ciertos objetivos de desarrollo en varias etapas de la vida que preceden al inicio de los síntomas psicóticos. En la edad adulta se miden los siguientes dominios psicosociales; sociabilidad, retraimiento, relaciones y ajuste socio-sexual. También incluye una sección con 9 ítems generales relacionados con el nivel educativo, el funcionamiento del individuo en la escuela o el trabajo antes el inicio de psicosis, el establecimiento de la independencia, nivel de funcionamiento general, adaptación personal y social, y el grado de interés por la vida y su nivel de energía. La escala PAS-S incluye 26 ítems que tienen un rango de puntuación de 0 a 6, donde "0" denota ajuste normal y "6" deterioro severo. Las puntuaciones más altas representan niveles más bajos de ajuste premórbido. (Barajas et al., 2013)

3.3. Análisis Estadístico.

Para realizar los análisis estadísticos los pacientes serán agrupados en función de si cumplen criterios de depresión usando la escala CDSS al inicio de su PEP.

Se realizaron análisis de chi cuadrado (χ^2) y ANOVA para comparar variables cualitativas y cuantitativas entre los dos grupos. Los análisis de correlación se realizarán con el análisis estadístico de Spearman.

Para realizar estos análisis estadísticos utilizamos el software estadístico –SPSS- (Paquete Estadístico de Ciencias Sociales) versión 23.0 (IBM Corp., Armonk, NY, EE.UU.)

Todas las pruebas estadísticas fueron de dos colas y la significación se determinó en el punto de corte de 0.05.

4. Resultados.

4.1. Descripción sociodemográfica de la muestra de estudio.

La muestra del estudio está formada por 659 individuos, de los cuales, 116 (17,6%) presentaba criterios de depresión según la escala CDSS (≥ 5) al inicio del cuadro psicótico. Por el contrario 543 (82,4%) individuos presentaban una menor puntuación en dicha escala sin alcanzar criterios de depresión.

En la tabla 1 se muestran las variables sociodemográficas de la cohorte y la comparación entre los dos grupos de pacientes, aquellos que presentaban depresión basal frente a los que no cumplían criterios de depresión según la escala CDSS. Los resultados no muestran diferencias significativas entre los dos grupos de pacientes con un primer episodio de psicosis en ninguna de las variables sociodemográficas estudiadas.

Por lo tanto, podemos considerar que el grupo de individuos que padecen depresión basal y los que no presentan depresión, son grupos homogéneos; ni el sexo, ni el nivel educativo, el estado civil, ni el residir en zona urbana; como se ha descrito tradicionalmente para el diagnóstico de trastornos psicóticos, están asociados a un mayor riesgo de presentar depresión basal en un PEP.

Tabla 1. Descripción sociodemográfica de la muestra y diferencias entre pacientes con y sin depresión basal.
Estadístico: Chi-cuadrado

	Depresión basal		Sin depresión basal		Total		Estadística	
	N	%	N	%	N	%	valor	p
Sexo (Hombre)	60	51,7	309	56,9	369	56,0	1,042	0,307
Etnia (Blanco)	105	90,5	505	93,0	610	92,6	0,857	0,354
Estudiando (Sí)	21	18,4	113	21,0	134	20,6	0,384	0,535
Estudios (Bajos)	60	52,2	258	48,0	318	48,8	0,646	0,421
Nivel económico padres (Bajo)	70	62,5	282	53,2	352	54,8	3,224	0,073
Zona urbana (Urbana)	85	73,9	389	71,6	474	72,0	0,244	0,622
Vive con los padres (Si)	59	51,8	278	51,9	337	51,8	0,000	0,983
Vive con familia (Si)	88	77,2	385	71,8	473	72,8	1,365	0,243
Soltero (Si)	80	70,2	392	72,9	472	72,4	0,340	0,560
Pareja (Si)	26	22,8	100	18,6	126	19,3	1,074	0,300
Parado (Parado)	52	45,6	227	42,4	279	43,0	0,389	0,533
Activo (Sí)	49	43,0	251	46,9	300	46,2	0,585	0,444

4.2. Diferencias clínicas entre pacientes con criterios de cuadro depresivo basal.

Por el contrario al comparar las principales características clínicas basales entre los dos grupos de pacientes sí encontramos diferencias estadísticamente significativas (tabla 2). Cabe destacar como los pacientes con un PEP y depresión basal presentaban una tendencia a la significación estadística al presentar una mayor gravedad global de su cuadro clínico, medido por la escala BPRS (67,6 vs 64,8; $p=0,071$). Por el contrario, al comparar de forma más específica las diferencias en la sintomatología psicótica vemos como los pacientes con depresión basal presentan una menor gravedad de síntomas psicóticos positivos (SAPS: 12,7 vs 14,6 $p\leq 0,001$) pero una mayor gravedad en la sintomatología negativa (SANS: 10,0 vs 5,6; $p\leq 0,001$). Se encontró, también, que estos pacientes presentaron significativamente una mayor discapacidad (DAS: 1,9 vs. 1,3; $p=0,001$) y un peor nivel de funcionamiento basal (GAF: 41,9 vs. 55,1; $p<0,001$), que aquellos pacientes sin depresión basal.

Esta mayor gravedad de la sintomatología positiva basal, así como de la desorganizada, pueden ser el motivo por el que estos pacientes sin depresión basal,

tuvieron que ser ingresados con más frecuencia para tratar su PEP, que aquellos con criterios de depresión basal (71.8 vs. 61,2; p=0.024).

Aunque las diferencias son solo significativas en las subescalas que evalúan ajuste en la infancia (2,6 vs 2,1 p=0.003) y adolescencia temprana (2,8 vs 2,5 p=0.024), cabe destacar que la escala de ajuste premórbido (PAS) refleja un peor ajuste premórbido en pacientes con depresión.

Tabla 2. Comparación de características psicológicas entre grupos de pacientes con y sin depresión basal.
Estadístico: Chi cuadrado y t Student

	Depresión basal N=116		Sin depresión basal N=553		Total N=659		Statistic		
	Mean N	SD %	Mean N	SD %	Mean N	SD %	Statist	Value	p
Edad de inicio psicosis	29,4	8,7	29,8	9,9	29,8	9,7	t	-0,391	0,696
DUP, meses	9,7	16,1	14,7	35,6	13,8	33,1	W	30441,0	0,974
Diagnóstico, Esquizofrenia	62	53,4	273	50,3	335	50,8	X ²	0,385	0,535
Psicosis familia (Si)	26	22,4	138	25,5	164	24,9	X ²	0,474	0,491
Hospitalización (Si)	71	61,2	390	71,8	461	70,0	X ²	5,125	0,024
Total BPRS - Inicio	67,6	13,7	64,8	15,2	65,3	15,0	t	1,809	0,071
Total SAPS - Inicio	12,7	4,0	14,6	4,7	14,2	4,6	t	-4,497	0,000
Total SANS - Inicio	10,0	6,3	5,6	5,9	6,4	6,2	W	44061,5	0,000
Dimensión positiva - Inicio	7,4	2,5	7,6	2,4	7,6	2,4	t	-0,536	0,592
Dimensión desorganizada - Inicio	5,2	3,0	7,0	3,7	6,7	3,6	t	-5,584	0,000
Dimensión negativa - Inicio	8,2	5,7	3,8	5,2	4,6	5,6	W	46559,0	0,000
Escala Young - Inicio	10,2	4,6	13,8	6,3	13,2	6,2	t	-7,106	0,000
CDS - Inicio	7,8	2,6	0,9	1,2	2,1	3,1	W	62988,0	0,000
DAS global - Inicio	1,9	1,6	1,3	1,5	1,4	1,5	t	3,424	0,001
GAF - Inicio	41,9	27,7	55,1	33,6	52,7	33,0	t	-3,700	0,000
Escala de Ajuste social (PAS)									
Infancia	2,6	1,5	2,1	1,4	2,2	1,5	t	2,933	0,003
Adolescencia temprana	2,8	1,4	2,5	1,4	2,5	1,4	t	2,269	0,024
Adolescencia tardía	2,6	1,6	2,4	1,7	2,5	1,7	t	0,750	0,453
Adulto	2,2	2,2	2,0	2,2	2,0	2,2	W	22156,5	0,230
General	3,7	2,3	3,3	2,2	3,4	2,2	t	1,395	0,163

4.3 Análisis de Correlación entre la sintomatología depresiva y otras variables clínicas basales.

A continuación, realizamos un análisis de correlación entre la clínica depresiva (puntuación en escala CDSS) y las principales variables clínicas al inicio del PEP. Los resultados reflejados en la tabla 3 muestran una correlación positiva y estadísticamente significativa entre la puntuación en la escala CDSS y un mayor tiempo de psicosis sin tratar (DUP), lo cual puede indicar que aquellos pacientes que tardaron más en ser diagnosticados de PEP tuvieron más riesgo de presentar un cuadro depresivo concomitante. De manera similar, la sintomatología depresiva basal correlacionó positivamente con la sintomatología negativa medida por la escala SANS y la dimensión SAPS-SANS negativa. Por el contrario, y en línea con los resultados de análisis previos, la sintomatología depresiva correlacionó negativamente con la sintomatología positiva y como es de esperar con la escala de manía de Young.

Tabla 3. Correlación entre sintomatología depresiva y otras variables clínicas basales.

Sintomatología depresiva (CDSS) basal total		
Edad de inclusión	Coeficiente de correlación	-0,041
	Sig. (2-tailed)	0,296
	N	659
Edad de inicio -psicosis	Coeficiente de correlación	-0,032
	Sig. (2-tailed)	0,418
	N	647
DUI, (meses)	Coeficiente de correlación	0,081*
	Sig. (2-tailed)	0,042
	N	626
DUP (meses)	Coeficiente de correlación	0,041
	Sig. (2-tailed)	0,302
	N	647
CGI (basal)	Coeficiente de correlación	-0,114**
	Sig. (2-tailed)	0,003
	N	659
BPRS Total (basal)	Coeficiente de correlación	-0,005
	Sig. (2-tailed)	0,892
	N	658
SAPS Total (basal)	Coeficiente de correlación	-0,259**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	659
SANS Total (basal)	Coeficiente de correlación	0,315**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	656
YMRS Total (basal)	Coeficiente de correlación	-0,341**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	659
Dimensión Positiva (basal)	Coeficiente de correlación	-0,049
	Sig. (2-tailed)	0,212
	N	659
Dimensión Desorganizada (basal)	Coeficiente de correlación	-0,296**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	659
Dimensión Negativa (basal)	Coeficiente de correlación	0,398**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	659

4.4 Efecto de la clínica depresiva basal sobre la evolución clínica del episodio psicótico.

Dada la asociación estadísticamente significativa entre la sintomatología depresiva y otras variables clínicas a nivel basal, exploramos la posible existencia de diferencias en la evolución clínica en esas variables entre los dos grupos de pacientes.

Los resultados de los análisis estadísticos tipo ANOVA muestran una asociación estadísticamente significativa entre presentar depresión basal y la evolución clínica en la sintomatología psicótica positiva y negativa, de tal forma que los pacientes con un PEP y depresión basal presentaron mejorías menores en la sintomatología psicótica positiva (en escala SAPS y dimensión positiva) y mayores en la sintomatología psicótica negativa (escala SANS y dimensión negativa) tras el primer año de seguimiento. Sin embargo, al repetir los análisis estadísticos covariando por posibles variables de confusión (edad, sexo y puntuación basal de la escala estudiada) los resultados perdieron la significación estadística, lo cual parece indicar que las diferencias significativas en la reducción de la gravedad clínica a 1 año (tabla 4a) entre grupos estaba principalmente influenciada por las diferencias clínicas basales entre dichos grupos.

Los resultados de la tabla 4b nos muestra la comparación y posibles diferencias en la evolución de los pacientes tras 3 años de tratamiento. Los pacientes con un PEP y sin depresión basal presentaron mejorías menores en la sintomatología psicótica negativa (en escala SANS y dimensión negativa) y similares en la sintomatología psicótica positiva (escala SAPS y dimensión positiva).

Tabla 4a. Efecto de la clínica depresiva basal sobre la evolución clínica del episodio psicótico a 1 año.

	Depresión basal N=116		No depresión basal N=543		Total N=659		Statistic	Value	p
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD			
ICG (basal)	6,3	0,7	6,4	0,8	6,4	0,8	W	21476,000	0,332
ICG Gravedad - 1a	3,0	1,6	2,6	1,6	2,7	1,6	t	1,995	0,046
ICG Gravedad- 1a-0	-3,3	1,7	-3,7	1,8	-3,7	1,7	t	2,111	0,035
ICG Gravedad - 1a-0 (Covariated)	-3,4	0,2	-3,7	0,1			F	4,149	0,042
BPRS (basal)	67,6	13,3	64,5	15,3	65,0	15,0	t	1,856	0,064
Total BPRS 1a	32,9	10,1	31,0	10,3	31,3	10,3	W	26297,500	0,003
Total BPRS 1a-0	-34,6	15,9	-33,5	17,7	-33,7	17,4	t	-0,603	0,547
Total BPRS 1a-0 (Covariated)	-32,2	1,0	-34,0	0,5			F	2,343	0,126
SAPS Total (Basal)	12,7	3,9	14,5	4,8	14,2	4,7	t	-3,903	0,000
Total SAPS 1a	1,7	2,6	1,3	3,0	1,4	3,0	W	25809,000	0,006
Total SAPS 1a-0	-11,0	4,5	-13,2	5,6	-12,8	5,5	t	4,178	0,000
Total SAPS 1a-0 (Covariated)	-12,5	0,3	-12,9	0,1			F	1,699	0,193
SANS (basal)	10,3	6,3	5,6	5,9	6,4	6,2	W	31585,500	0,000
Total SANS 1a	5,2	5,7	4,5	5,4	4,6	5,5	W	23646,500	0,199
Total SANS 1a-0	-5,1	7,4	-1,1	6,6	-1,8	6,9	t	-5,274	0,000
Total SANS 1a-0 (Covariated)	-2,3	0,5	-1,7	0,2			F	0,991	0,320
Dim. positiva - Basal	7,5	2,4	7,6	2,4	7,5	2,4	t	-0,258	0,796
Dim. positiva 1a	1,4	2,1	0,8	1,9	0,9	2,0	W	26306,000	0,001
Dim. positiva 1a-0	-6,1	3,0	-6,7	2,8	-6,6	2,9	t	1,899	0,058
Dim. positiva 1a-0 (Covariated)	-6,2	0,2	-6,7	0,1			F	6,376	0,012
Dim. Desorg (basal)	5,2	2,9	7,0	3,7	6,6	3,6	t	-5,081	0,000
Dim. Desorg. 1a	0,3	0,9	0,5	1,5	0,5	1,4	W	22376,500	0,745
Dim. Desorg. 1a-0	-4,9	2,9	-6,5	4,0	-6,2	3,8	t	4,534	0,000
Dimensión Desorg. 1a-0 (Covariated)	-6,3	0,1	-6,2	0,1			F	0,611	0,435
Dim. Neg (Basal)	8,2	5,7	3,8	5,2	4,6	5,5	W	32900,000	0,000
Dim. Neg. 1a	4,7	5,2	4,1	4,9	4,2	5,0	W	23781,000	0,253
Dim. Neg. 1a-0	-3,6	6,9	0,3	5,9	-0,4	6,2	t	-5,231	0,000
Dim. Neg 1a-0 (Covariated)	-1,0	0,5	-0,2	0,2			F	1,758	0,185
CDSS Total (Basal)	8,0	2,7	0,9	1,2	2,2	3,1	W	45800,000	0,000
CDSS - 1a	1,0	2,0	0,7	1,9	0,8	1,9	W	25055,500	0,055
CDSS - 1a-0	-7,0	2,9	-0,2	2,2	-1,4	3,5	t	-21,966	0,000
CDSS- 1a-0 (Covariated)	-1,9	0,3	-1,3	0,1			F	2,670	0,103
YMRS Total (Basal)	10,2	4,7	13,6	6,1	13,0	6,0	t	-6,376	0,000
Young - 1a	1,8	2,8	1,7	3,2	1,7	3,1	W	24056,500	0,373
Young - 1a-0	-8,4	5,3	-11,9	6,9	-11,3	6,8	t	5,742	0,000
Young - 1a-0 (Covariated)	-11,2	0,3	-11,3	0,1			F	0,037	0,848

Tabla 4b. Efecto de la clínica depresiva basal sobre la evolución clínica del episodio psicótico a 3 años.

	Depresión basal N=116		No depresión basal N=543		Total N=659		Statistic	Value	p
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD			
ICG (basal)	6,3	0,7	6,3	0,8	6,3	0,8	W	14602,500	0,313
ICG Gravedad - 3a	2,5	1,7	2,5	1,7	2,5	1,7	t	0,022	0,983
ICG Gravedad- 3a-0	-3,7	1,8	-3,8	1,8	-3,8	1,8	t	0,345	0,730
ICG Gravedad - 3a-0 (Covariated)	-3,8	0,2	-3,8	0,1			F	0,007	0,933
BPRS (basal)	66,8	13,0	63,0	14,3	63,7	14,2	t	2,239	0,026
Total BPRS 3a	31,2	9,8	31,0	10,8	31,1	10,6	W	16385,500	0,485
Total BPRS 3a-0	-35,6	17,4	-32,0	17,5	-32,6	17,5	t	-1,725	0,085
Total BPRS 3a-0 (Covariated)	-32,5	1,2	-32,7	0,6			F	0,009	0,927
SAPS Total (Basal)	12,6	3,8	14,2	4,6	13,9	4,5	t	-3,403	0,001
Total SAPS 3a	1,9	3,3	1,5	3,5	1,6	3,4	W	16850,000	0,185
Total SAPS 3a-0	-10,7	5,1	-12,7	5,6	-12,3	5,5	t	2,968	0,003
Total SAPS 3a-0 (Covariated)	-12,0	0,4	-12,4	0,2			F	0,894	0,345
SANS (basal)	10,4	6,4	5,8	5,9	6,6	6,2	W	22158,000	0,000
Total SANS 3a	3,3	5,1	4,3	5,6	4,1	5,5	W	13774,500	0,102
Total SANS 3a-0	-7,1	7,2	-1,5	7,1	-2,5	7,4	t	-6,569	0,000
Total SANS 3a-0 (Covariated)	-4,2	0,6	-2,2	0,3			F	9,131	0,003
Dim. positiva - Basal	7,5	2,5	7,4	2,4	7,5	2,4	t	0,199	0,842
Dim. Positiva 3a	1,2	2,2	0,9	2,1	1,0	2,1	W	16757,000	0,194
Dim.positiva 3a-0	-6,4	3,3	-6,5	3,0	-6,5	3,0	t	0,464	0,643
Dim. positiva 3a-0 (Covariated)	-6,3	0,2	-6,5	0,1			F	0,797	0,373
Dim. Desorg (basal)	5,0	2,7	6,7	3,6	6,4	3,5	t	-4,828	0,000
Dim. Desorg. 3a	0,7	1,7	0,6	1,9	0,6	1,8	W	16290,000	0,397
Dim. Desorg. 3a-0	-4,3	3,1	-6,1	3,9	-5,8	3,8	t	4,495	0,000
Dimensión Desorg. 3a-0 (Covariated)	-5,7	0,2	-5,8	0,1			F	0,500	0,480
Dim. Neg (Basal)	8,4	5,7	4,0	5,3	4,8	5,6	W	22981,000	0,000
Dim. Neg. 3a	2,8	4,7	3,8	5,0	3,6	4,9	W	13661,000	0,054
Dim. Neg. 3a-0	-5,6	6,8	-0,2	6,2	-1,2	6,6	t	-6,670	0,000
Dim. Neg 3a-0 (Covariated)	-2,8	0,5	-0,8	0,3			F	10,499	0,001
CDSS Total (Basal)	8,1	2,6	0,9	1,3	2,3	3,2	W	31365,000	0,000
CDSS - 3a	0,6	1,5	0,6	1,7	0,6	1,7	W	15696,500	0,986
CDSS - 3a-0	-7,5	3,1	-0,3	2,0	-1,6	3,6	t	-20,411	0,000
CDSS - 3a-0 (Covariated)	-2,0	0,3	-1,5	0,1			F	1,348	0,246
YMRS Total (Basal)	10,0	4,2	13,6	6,0	12,9	5,9	t	-6,639	0,000
Young - 3a	2,0	3,6	1,6	3,6	1,7	3,6	W	16154,000	0,603
Young - 3a-0	-8,0	5,0	-12,0	6,8	-11,2	6,7	t	6,221	0,000
Young - 3a-0 (Covariated)	-10,8	0,4	-11,4	0,2			F	1,627	0,203

5. Discusión.

Los resultados obtenidos en este estudio demuestran como un porcentaje elevado (17,6%) de pacientes que presentan un PEP sufren además, al inicio del cuadro psicótico, sintomatología depresiva suficiente como para cumplir criterios de depresión, según la escala CDSS. Estos resultados van en la misma línea de los obtenidos en estudios previos en los que, por ejemplo, se reportó que hasta un 51% de los pacientes con un PEP presentaron comorbilidad con sintomatología depresiva (Cotton et al., 2012; Romm et al., 2010; S. G. Siris, 2000). La presencia de sintomatología depresiva se ha asociado a diferentes fases de la psicosis, no solo al inicio de la misma, alcanzando una alta prevalencia de síntomas depresivos en PEP agudo de hasta el 80% (Uptegrove et al., 2014). Podemos discernir, por tanto, que pacientes con PEP pueden presentar una alta predisposición a la presencia de sintomatología depresiva.

Comparando los grupos de pacientes con PEP en los que además había depresión basal frente a los que no tenían depresión basal, no encontramos diferencias significativas en ninguna de las variables sociodemográficas estudiadas (ej. Edad, sexo y apoyo social), lo cual, va en contra de los estudios previos, tanto en población general, como en psicosis (McGrath et al., 2004; Saha et al., 2005)

Al comparar la presentación clínica y psicopatológica al inicio de la psicosis, si encontramos diferencias significativas relevantes entre los dos grupos. Los pacientes que presentaban un PEP con síntomas de depresión, a nivel global, presentaron una mayor gravedad del cuadro clínico; reflejado en una tendencia a una mayor puntuación basal en la escala BPRS en el debut de su PEP. Además, al estudiar de manera más específica la gravedad de presentación de la sintomatología psicótica, se encontró que los pacientes con depresión basal presentaban una mayor gravedad de la sintomatología psicótica negativa, medida por la escala SANS, pero una menor gravedad de la sintomatología positiva (SAPS).

Por el contrario, los pacientes sin depresión presentan una mayor gravedad de síntomas psicóticos positivos, junto a puntuaciones mayores en la dimensión desorganizada, lo cual puede ser el motivo subyacente a que ingresen de manera más frecuente, por presentar cuadros con clínica más disruptiva, que los pacientes con depresión (71,8% vs 61,2%). Estos resultados van en la línea de los propuestos por estudios previos en los que se ha asociado la necesidad de ingreso hospitalario a una mayor gravedad de los síntomas psicóticos positivos y desorganizados (Cotton et al., 2012).

Se define, por tanto, un perfil clínico característico en el que los pacientes con un PEP y depresión presentan una mayor gravedad de síntomas negativos, pero una menor gravedad en el resto de síntomas psicóticos. Además, la presencia de depresión basal se asoció a mayores niveles de discapacidad (DAS) y un peor funcionamiento basal (GAF), estos datos son congruentes con los mencionados en estudios previos, en los cuales, junto con la presencia de sintomatología psicótica negativa, niveles altos de discapacidad y peor funcionamiento (Cotton et al., 2012; Rietschel et al., 2017; Romm et al., 2010), aparecen como predictores de una peor evolución, peor pronóstico de recuperación (Resnick et al., 2004), peor calidad de vida (Reine et al., 2003) y un aumento del riesgo de suicidio (R Upthegrove et al., 2010).

Nuestros resultados también indican que este impacto de la presencia de la clínica depresiva sobre la presentación de la clínica psicótica a nivel basal parece tener un impacto sobre la evolución a medio y largo plazo del cuadro psicótico. Sin embargo, los resultados obtenidos en nuestro estudio están, tan solo parcialmente en línea con los estudios previos. Así, al estudiar la evolución clínica a 1 año de iniciar el tratamiento encontramos como la presencia de depresión basal en un PEP se asocia con menor mejoría de la clínica global, medida por la ICG, pero una mayor mejoría de la sintomatología psicótica negativa (SANS, dimensión negativa), sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas en la evolución de la sintomatología psicótica positiva. Al estudiar la evolución a más largo plazo, a 3 años de iniciar el tratamiento

antipsicótico, se mantiene la asociación significativa entre presentar un cuadro depresivo basalmente y mostrar una mejor evolución en la sintomatología psicótica negativa, con reducciones significativamente mayores en este grupo de pacientes.

Al explorar conjuntamente la asociación entre la sintomatología depresiva basal y otras medidas clínicas, de forma global en toda la cohorte, se observó una correlación positiva entre la puntuación en la escala CDSS y la puntuación en la escala SANS, de tal forma que, a mayor gravedad en la sintomatología depresiva mayor gravedad en la sintomatología psicótica negativa. De manera similar la puntuación en la escala CDSS correlacionó positivamente con la DUP, de tal forma que a un mayor tiempo de psicosis sin tratar (DUP) se asocia significativamente con una mayor puntuación en la escala de depresión. Algunos autores han considerado que esta asociación puede deberse al estrés generado por los propios síntomas depresivos, durante el DUP, o debido al deterioro funcional (Max Birchwood et al., 2005; Romm et al., 2010) presentando así un mayor riesgo de desarrollar un cuadro depresivo.

Coincidiendo con estudios recientes (Edwards et al., 2019), podemos discernir a la vista de los resultados de nuestro estudio, que existe una asociación entre sintomatología depresiva basal y sintomatología psicótica negativa, y que esta asociación se mantiene longitudinalmente de tal forma que la presencia de depresión al inicio parece tener un reflejo en mayores reducciones de la sintomatología psicótica negativa a largo plazo. Estos datos pueden resultar favorecedores en cuanto al tratamiento precoz de la sintomatología depresiva y negativa, pues la literatura nos indica que a largo plazo, tras un tratamiento con antipsicóticos, los síntomas psicóticos negativos apenas muestran mejoría (Belloch et al., 2020).

La asociación entre síntomas depresivos y síntomas negativos en psicosis ha sido explicada desde modelos biológicos, psicológicos y psicosociales. Factores de riesgo compartidos, anomalías estructurales, rasgos de personalidad y la exposición a eventos estresantes o traumáticos, han sido variables de estudio en la etiología de ambos trastornos. (Häfner et al.,

2005). Actualmente, desde una perspectiva psicológica es el modelo de vulnerabilidad-estrés de Zubin y Spring, el que predomina en la etiología de la psicosis. Es el estrés por tanto, el principal factor de riesgo para la aparición y mantenimiento de síntomas depresivos y a su vez, estos desencadenar sintomatología psicótica negativa. (Oosthuizen et al., 2002).

Desde un enfoque trasdiagnóstico, el vínculo entre depresión y psicosis en etapas tempranas de PEP ha llevado a proponer, que la depresión puede ser el final severo de una dimensión de desregulación afectiva que comienza en la adolescencia y progresa hacia las primeras etapas de la psicosis (Upthegrove et al., 2017).

Limitaciones y fortalezas del estudio.

Este estudio tiene limitaciones que deben ser destacadas y dan lugar a la cautela en la interpretación de los hallazgos.

La principal de ellas, es el uso de una escala psicométrica (CDSS) en lugar del diagnóstico clínico para la definición de depresión basal en la muestra de pacientes. La CDSS es una escala que permite medir cambios en la gravedad de la sintomatología depresiva y además ha demostrado buenas propiedades psicométricas para identificar un alto riesgo de presentar comorbilidad depresiva usando el punto de corte propuesto (≥ 5), sin embargo, está ampliamente aceptado que el diagnóstico de trastorno depresivo es clínico y precisa ser confirmado por un examen clínico y psicopatológico. Este diagnóstico clínico no ha estado disponible en nuestra cohorte para un amplio número de pacientes por lo que no ha sido posible su uso en el estudio. Otra de las limitaciones del estudio es que no se ha tenido en cuenta el efecto del uso de tratamientos antidepresivos, ansiolíticos y otros psicofármacos (estabilizadores del ánimo) sobre el impacto de la presencia de depresión basal en la evolución a largo plazo del cuadro psicótico; la variabilidad inter e intraindividual en el uso de estos fármacos concomitantes a largo plazo, con múltiples cambios, diferencias en dosis, tiempo de uso y periodo exacto de inicio y fin de las terapias hace prácticamente imposible su inclusión en los análisis estadísticos como covariable.

Una de las fortalezas del estudio es el tamaño y homogeneidad del estudio, pues los estudios actuales en los que se relacionan los síntomas depresivos en PEP, no presumen de muestras suficientemente representativas y en su mayoría son estudios trasversales o longitudinales de menos de 1 año de seguimiento.

6. Conclusiones.

En conclusión, podemos determinar que los síntomas depresivos son bastante frecuentes en PEP. Comprender la asociación de los síntomas depresivos y los síntomas psicóticos negativos es necesario para una mejor evaluación y desarrollo de intervenciones dirigidas a estos pacientes con la finalidad de mejorar la calidad de vida y el funcionamiento global.

Es importante, por tanto, la necesidad de identificar precozmente la sintomatología depresiva, y a la vista de que el tratamiento farmacológico no muestra apenas eficacia en la mejoría de síntomas depresivos y negativos, puede ser necesario la implantación de terapias cognitivo conductuales como tratamiento principal en pacientes que presenten sintomatología depresiva en PEP, y así, procurar una mejor calidad de vida, menor discapacidad y mejor funcionamiento social, familiar y laboral.

7. Bibliografía.

- Addington, D, Addington, J., & Maticka-Tyndale, E. (1993). Assessing depression in schizophrenia: the Calgary Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry. Supplement*, 22, 39–44.
- Addington, D, Addington, J., & Patten, S. (1998). Depression in people with first-episode schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry. Supplement*, 172(33), 90–92.
- Addington, Donald, Addington, J., Maticka-Tyndale, E., & Joyce, J. (1992). Reliability and validity of a depression rating scale for schizophrenics. *Schizophrenia Research*, 6(3), 201–208. [https://doi.org/10.1016/0920-9964\(92\)90003-N](https://doi.org/10.1016/0920-9964(92)90003-N)
- Andreasen, N C. (1989). The Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS): conceptual and theoretical foundations. *The British Journal of Psychiatry. Supplement*, 7, 49–58.
- Andreasen, Nancy C. (1984). *Scale for the assessment of positive symptoms (SAPS)*. University of Iowa Iowa City.
- Arango, C., Bernardo, M., Bonet, P., Cabrera, A., Crespo-Facorro, B., Cuesta, M. J., González, N., Parrabera, S., Sanjuan, J., Serrano, A., Vieta, E., Lennox, B. R., & Melau, M. (2017). When the healthcare does not follow the evidence: The case of the lack of early intervention programs for psychosis in Spain. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental*, 10(2), 78–86. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2017.01.001>
- Ayesa-Arriola, R., Canal Rivero, M., Delgado-Alvarado, M., Setién-Suero, E., González-Gómez, J., Labad, J., David, A. S., & Crespo-Facorro, B. (2018). Low-density lipoprotein cholesterol and suicidal behaviour in a large sample of first-episode psychosis patients. *The World Journal of Biological Psychiatry : The Official Journal of the World Federation of*

Societies of Biological Psychiatry, 19(sup3), S158–S161.

<https://doi.org/10.1080/15622975.2017.1414305>

Ayesa-Arriola, R., de la Foz, V. O.-G., Setién-Suero, E., Ramírez-Bonilla, M. L., Suárez-Pinilla, P., Son, J. M., Vázquez-Bourgon, J., Juncal-Ruiz, M., Gómez-Revuelta, M., Tordesillas-Gutiérrez, D., & Crespo-Facorro, B. (2020). Understanding sex differences in long-term outcomes after a first episode of psychosis. *NPJ Schizophrenia*, 6(1), 33.

<https://doi.org/10.1038/s41537-020-00120-5>

Ayesa-Arriola, R., Ortíz-García de la Foz, V., Martínez-García, O., Setién-Suero, E., Ramírez, M. L., Suárez-Pinilla, P., Mayoral-van Son, J., Vázquez-Bourgon, J., Juncal-Ruiz, M., Gómez-Revuelta, M., Tordesillas-Gutiérrez, D., & Crespo-Facorro, B. (2021). Dissecting the functional outcomes of first episode schizophrenia spectrum disorders: a 10-year follow-up study in the PAFIP cohort - CORRIGENDUM. *Psychological Medicine*, 51(2), 278. <https://doi.org/10.1017/S0033291719003854>

Barajas, A., Ochoa, S., Baños, I., Dolz, M., Villalta-Gil, V., Vilaplana, M., Autonell, J., Sánchez, B., Cervilla, J. A., Foix, A., Obiols, J. E., Haro, J. M., & Usall, J. (2013). Spanish validation of the Premorbid Adjustment Scale (PAS-S). *Comprehensive Psychiatry*, 54(2), 187–194. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2012.07.007>

Belloch, A., Campos, F. R., & Sandin, B. (2020). *Manual de psicopatología II*. McGraw-Hill Interamericana de España S.L. <https://books.google.es/books?id=95S7zQEACAAJ>

Birchwood, M., Mason, R., MacMillan, F., & Healy, J. (1993). Depression, demoralization and control over psychotic illness: a comparison of depressed and non-depressed patients with a chronic psychosis. *Psychological Medicine*, 23(2), 387–395. <https://doi.org/DOI:10.1017/S0033291700028488>

- Birchwood, Max, Iqbal, Z., & Upthegrove, R. (2005). Psychological pathways to depression in schizophrenia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 255(3), 202–212. <https://doi.org/10.1007/s00406-005-0588-4>
- Buchanan, R. W., Kreyenbuhl, J., Kelly, D. L., Noel, J. M., Boggs, D. L., Fischer, B. A., Himelhoch, S., Fang, B., Peterson, E., Aquino, P. R., & Keller, W. (2009). The 2009 Schizophrenia PORT Psychopharmacological Treatment Recommendations and Summary Statements. *Schizophrenia Bulletin*, 36(1), 71–93. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbp116>
- Buckley, P. F., Miller, B. J., Lehrer, D. S., & Castle, D. J. (2009). Psychiatric comorbidities and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 35(2), 383–402. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbn135>
- Cano, J. F., Fierro-Urresta, M., Vanegas, C. R., Alzate, M., Olarte, A., Cendales, R., & Córdoba, R. N. (2007). Prognostic factors for schizophrenia during first psychotic episode. *Rev. Salud Pública*, 9(3), 455–464.
- Carrasco, J. C., Herrero-Fernández, D., & Castillo, I. I. (2013). Características psicométricas y aplicabilidad clínica de la “Escala de ajuste diádico” en una muestra de parejas Españolas. *Behavioral Psychology/ Psicología Conductual*, 21(3), 545–561.
- Colom, F., Vieta, E., Martínez-Arán, A., Garcia-Garcia, M., Reinares, M., Torrent, C., Goikolea, J. M., Banús, S., & Salamero, M. (2002). Versión española de una escala de evaluación de la manía: validez y fiabilidad de la Escala de Young. *Medicina Clínica*, 119(10), 366–371. [https://doi.org/10.1016/s0025-7753\(02\)73419-2](https://doi.org/10.1016/s0025-7753(02)73419-2)
- Cotton, S. M., Lambert, M., Schimmelmann, B. G., Mackinnon, A., Gleeson, J. F. M., Berk, M., Hides, L., Chanen, A., McGorry, P. D., & Conus, P. (2012). Depressive symptoms in first episode schizophrenia spectrum disorder. *Schizophrenia Research*, 134(1), 20–26.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.schres.2011.08.018>

- Craig, T. J., Fennig, S., Tanenberg-Karant, M., & Bromet, E. J. (2000). Rapid versus delayed readmission in first-admission psychosis: Quality indicators for managed care? *Annals of Clinical Psychiatry, 12*(4), 233–238. <https://doi.org/10.1023/A:1009038627449>
- Crespo-Facorro, B., Pelayo-Teran, J. M., & Mayoral-van Son, J. (2016). Current Data on and Clinical Insights into the Treatment of First Episode Nonaffective Psychosis: A Comprehensive Review. *Neurology and Therapy, 5*(2), 105–130. <https://doi.org/10.1007/s40120-016-0050-8>
- Crespo-Facorro, B., Such, P., Nylander, A. G., Madera, J., Resemann, H. K., Worthington, E., O'Connor, M., Drane, E., Steeves, S., & Newton, R. (2020). The burden of disease in early schizophrenia—a systematic literature review. *Current Medical Research and Opinion, 0*(0), 1–13. <https://doi.org/10.1080/03007995.2020.1841618>
- Erlenmeyer-Kimling, L., Rock, D., Squires-Wheeler, E., Roberts, S., & Yang, J. (1991). Early life precursors of psychiatric outcomes in adulthood in subjects at risk for schizophrenia or affective disorders. *Psychiatry Research, 39*(3), 239–256. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0165-1781\(91\)90091-3](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0165-1781(91)90091-3)
- First, M., Spitzer, R. L., Gibbon, M. L., & Williams, J. (2002). Structured clinical interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, Research Version, Non-patient Edition. In (*SCID-I/P*).
- Flórez, J., Armijo, J. A., & Mediavilla, Á. (2014). *Farmacología humana* (6a ed.). Elsevier Masson. http://cataleg.upc.edu/record=b1443666~S1*cat
- Goff, D. C., Freudenreich, O., Cather, C., Holt, D., Bello, I., Diminich, E., Tang, Y., Ardekani, B. A., Worthington, M., Zeng, B., Wu, R., Fan, X., Li, C., Troxel, A., Wang, J., & Zhao, J. (2019). Citalopram in first episode schizophrenia: The DECIFER trial. *Schizophrenia*

Research, 208, 331–337. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.01.028>

Gómez-Revuelta, M., Pelayo-Terán, J. M., Juncal-Ruiz, M., Vázquez-Bourgon, J., Suárez-Pinilla, P., Romero-Jiménez, R., Setién Suero, E., Ayesa-Arriola, R., & Crespo-Facorro, B. (2020). Antipsychotic Treatment Effectiveness in First Episode of Psychosis: PAFIP 3-Year Follow-Up Randomized Clinical Trials Comparing Haloperidol, Olanzapine, Risperidone, Aripiprazole, Quetiapine, and Ziprasidone. *The International Journal of Neuropsychopharmacology*, 23(4), 217–229. <https://doi.org/10.1093/ijnp/pyaa004>

Grossman, L. S., Harrow, M., Rosen, C., Faull, R., & Strauss, G. P. (2008). Sex differences in schizophrenia and other psychotic disorders: a 20-year longitudinal study of psychosis and recovery. *Comprehensive Psychiatry*, 49(6), 523–529. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2008.03.004>

Häfner, H., Maurer, K., Trendler, G., An Der Heiden, W., Schmidt, M., & Könnecke, R. (2005). Schizophrenia and depression: Challenging the paradigm of two separate diseases - A controlled study of schizophrenia, depression and healthy controls. *Schizophrenia Research*, 77(1), 11–24. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2005.01.004>

Hall, R. C. W. (1995). Global Assessment of Functioning: A Modified Scale. *Psychosomatics*, 36(3), 267–275. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(95\)71666-8](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0033-3182(95)71666-8)

Haro, J. M., Kamath, S. A., Ochoa, S., Novick, D., Rele, K., Fargas, A., Rodríguez, M. J., Rele, R., Orta, J., Kharbeng, A., Araya, S., Gervin, M., Alonso, J., Mavreas, V., Lavrentzou, E., Lontos, N., Gregor, K., & Jones, P. B. (2003). The Clinical Global Impression-Schizophrenia scale: a simple instrument to measure the diversity of symptoms present in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, 416, 16–23. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.107.s416.5.x>

- Kirschner, M., Aleman, A., & Kaiser, S. (2017). Secondary negative symptoms — A review of mechanisms, assessment and treatment. *Schizophrenia Research*, *186*, 29–38.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.05.003>
- Li, R., Ma, X., Wang, G., Yang, J., & Wang, C. (2016). Why sex differences in schizophrenia? *Journal of Translational Neuroscience*, *1*(1), 37–42.
- Lieberman, J. A., Perkins, D., Belger, A., Chakos, M., Jarskog, F., Boteva, K., & Gilmore, J. (2001). The early stages of schizophrenia: speculations on pathogenesis, pathophysiology, and therapeutic approaches. *Biological Psychiatry*, *50*(11), 884–897.
[https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(01\)01303-8](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(01)01303-8)
- Mané, A., & Donchin, E. (1989). The space fortress game. *Acta Psychologica*, *71*(1), 17–22.
[https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0001-6918\(89\)90003-6](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0001-6918(89)90003-6)
- Mayoral-van Son, J., Juncal-Ruiz, M., Ortiz-García de la Foz, V., Vázquez-Bourgon, J., Setién-Suero, E., Tordesillas-Gutiérrez, D., Gómez-Revuelta, M., Ayesa-Arriola, R., & Crespo-Facorro, B. (2021). Long-term clinical and functional outcome after antipsychotic discontinuation in early phases of non-affective psychosis: Results from the PAFIP-10 cohort. *Schizophrenia Research*, *232*, 28–30.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.schres.2021.04.011>
- McGrath, J., Saha, S., Welham, J., El Saadi, O., MacCauley, C., & Chant, D. (2004). A systematic review of the incidence of schizophrenia: The distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. *BMC Medicine*, *2*, 1–22.
<https://doi.org/10.1186/1741-7015-2-13>
- Mendrek, A., & Mancini-Marie, A. (2016). Sex/gender differences in the brain and cognition in schizophrenia. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *67*, 57–78.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2015.10.013>

Movimiento Rethinking. (2018). *Libro blanco de la intervención temprana en psicosis en España*. 21–58. <http://www.infocop.es/pdf/LibroBP.pdf>

Oosthuizen, P., Emsley, R. A., Roberts, M. C., Turner, J., Keyter, L., Keyter, N., & Torreman, M. (2002). Depressive symptoms at baseline predict fewer negative symptoms at follow-up in patients with first-episode schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *58*(2–3), 247–252. [https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(01\)00375-9](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(01)00375-9)

Overall, J. E., & Gorham, D. R. (1962). The brief psychiatric rating scale. *Psychological Reports*, *10*(3), 799–812.

Pelayo-Terán, J. M., Pérez-Iglesias, R., Ramírez-Bonilla, M. L., González-Blanch, C., Martínez-García, O., Pardo-García, G., Rodríguez-Sánchez, J. M., Roiz-Santiáñez, R., Tordesillas-Gutiérrez, D., Mata, I., Vázquez-Barquero, J. L., & Crespo-Facorro, B. (2008). Epidemiological factors associated with treated incidence of first-episode non-affective psychosis in Cantabria: Insights from the Clinical Programme on Early Phases of Psychosis. In *Early Intervention in Psychiatry* (Vol. 2, Issue 3, pp. 178–187). <https://doi.org/10.1111/j.1751-7893.2008.00074.x>

Perkins, D. O., Gu, H., Boteva, K., & Lieberman, J. A. (2005). Relationship Between Duration of Untreated Psychosis and Outcome in First-Episode Schizophrenia: A Critical Review and Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry*, *162*(10), 1785–1804. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.10.1785>

Räsänen, S., Pakaslahti, A., Syvälahti, E., Jones, P. B., & Isohanni, M. (2000). Sex differences in schizophrenia: A review. *Nordic Journal of Psychiatry*, *54*(1), 37–45. <https://doi.org/10.1080/080394800427564>

- Reine, G., Lançon, C., Di Tucci, S., Sapin, C., & Auquier, P. (2003). Depression and subjective quality of life in chronic phase schizophrenic patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *108*(4), 297–303. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2003.00132.x>
- Resnick, S. G., Rosenheck, R. A., & Lehman, A. F. (2004). An Exploratory Analysis of Correlates of Recovery. *Psychiatric Services*, *55*(5), 540–547. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.55.5.540>
- Rietschel, L., Lambert, M., Karow, A., Zink, M., Müller, H., Heinz, A., de Millas, W., Janssen, B., Gaebel, W., Schneider, F., Naber, D., Juckel, G., Krüger-Özgürdal, S., Wobrock, T., Wagner, M., Maier, W., Klosterkötter, J., & Bechdolf, A. (2017). Clinical high risk for psychosis: gender differences in symptoms and social functioning. *Early Intervention in Psychiatry*, *11*(4), 306–313. <https://doi.org/10.1111/eip.12240>
- Romm, K. L., Rossberg, J. I., Berg, A. O., Barrett, E. A., Faerden, A., Agartz, I., Andreassen, O. A., & Melle, I. (2010). Depression and depressive symptoms in first episode psychosis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *198*(1), 67–71. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181c81fc0>
- Ruiloba, J. V., & Pascual, C. B. (2015). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Elsevier Masson.
- Saha, S., Chant, D., Welham, J., & McGrath, J. (2005). A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLoS Medicine*, *2*(5), e141. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0020141>
- Santos-Iglesias, P., Vallejo-Medina, P., & Sierra, J. C. (2009). Propiedades psicométricas de una versión breve de la Escala de Ajuste Diádico en muestras españolas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *9*(3), 501–517.
- Siris, S. G. (2000). Depression in schizophrenia: Perspective in the era of “atypical” antipsychotic

agents. *American Journal of Psychiatry*, 157(9), 1379–1389.

<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.9.1379>

Siris, Samuel G. (2004). On diagnosing depression among patients with schizophrenia. *Essential Psychopharmacology*, 6(1), 65–72.

Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 15–28.

Upthegrove, R., Birchwood, M., Ross, K., Brunett, K., McCollum, R., & Jones, L. (2010). The evolution of depression and suicidality in first episode psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122(3), 211–218. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2009.01506.x>

Upthegrove, R., Birchwood, M., Ross, K., Brunett, K., & Mccollum, R. (2010). *The evolution of depression and suicidality in first episode psychosis*. 9, 211–218. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2009.01506.x>

Upthegrove, Rachel, Marwaha, S., & Birchwood, M. (2017). Depression and Schizophrenia: Cause, Consequence, or Trans-diagnostic Issue? *Schizophrenia Bulletin*, 43(2), 240–244. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw097>

Upthegrove, Rachel, Ross, K., Brunet, K., McCollum, R., & Jones, L. (2014). Depression in first episode psychosis: The role of subordination and shame. *Psychiatry Research*, 217(3), 177–184. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.03.023>

Yassini, M., Shariat, N., Nadi, M., Amini, F., & Vafae, M. (2014). The effects of bupropion on negative symptoms in schizophrenia. *Iranian Journal of Pharmaceutical Research*, 13(4), 1227–1233. <https://doi.org/10.22037/ijpr.2014.1568>

8. Anexos.

Anexo 1.

CDSS
ESCALA CALGARY PARA LA DEPRESIÓN EN LA

Entrevistador: haga la primera pregunta tal y cómo está escrita. Utilice según su criterio preguntas complementarias o aclaraciones. El periodo de tiempo comprende las dos últimas semanas, a menos que se estipule otro.

N.B.: El último ítem, #9, se basa en lo observado durante toda la entrevista.

1. **DEPRESIÓN:**

¿Cómo describiría su estado de ánimo durante las dos últimas semanas?

¿Ha estado animado o se ha encontrado muy deprimido o decaído últimamente?

En las dos últimas semanas, ¿Cuántas veces se ha sentido (usar sus propias palabras) al día? ¿Todo el día?

0. Ausente

1. Leve Expresa cierta tristeza o desánimo al ser preguntado.

2. Moderado Claro ánimo deprimido que persiste más de la mitad del tiempo en las dos últimas semanas, presente diariamente.

3. Severo Marcado ánimo deprimido que persiste más de la mitad del tiempo en las dos últimas semanas, que interfiere en el normal funcionamiento psicomotor y social.

2. **DESEPERANZA:**

¿Cómo ve su futuro?

¿Ve algún futuro o por el contrario ha perdido algo la esperanza?

¿Hay aún alguna razón para seguir luchando o se ha dado por vencido?

0. Ausente

1. Leve Sentimiento de desesperanza en las dos últimas semanas, pero aún conserva cierto grado de esperanza en el futuro.

2. Moderado Sentimiento moderado de desesperanza, persistente en las dos últimas semanas; puede ser persuadido para reconocer la posibilidad de que las cosas pueden ir mejor.

3. Severo Persistente y angustioso sentimiento de desesperanza.

3. **BAJA AUTOESTIMA:**

¿Cuál es la opinión que tiene de sí mismo en comparación con los demás?

¿Se siente mejor, no tan bueno o como los demás?

¿Se siente inferior o incluso inútil?

0. Ausente

1. Leve Cierta inferioridad; no suficiente como para sentirse inútil.

2. Moderado El sujeto se siente inútil, pero menos del 50% del tiempo.

3. Severo El sujeto se siente inútil más del 50% del tiempo; si se le contrasta puede cambiar de opinión.

4. **IDEAS AUTORREFERENCIALES DE CULPA:**

¿Tiene la sensación de que le culpan de algo o incluso de que le acusan erróneamente? ¿De qué? (No incluir las culpas o acusaciones justificables. Excluir los delirios de culpa)

0. Ausente

1. Leve El sujeto se siente culpabilizado, pero no acusado, y menos del 50% del tiempo.

2. Moderado Sentimiento persistente de que le culpabilizan y/o con sentimiento ocasional de estar acusado.

3. Severo Persistente sentimiento de estar acusado. Cuando se le contrasta, reconoce que esto no es así.

5. CULPA PATOLÓGICA:

¿Tiende a culpabilizarse por pequeñas cosas que haya podido hacer en el pasado?
¿Cree que Ud. se merece estar tan preocupado por ello?

0. Ausente	
1. Leve	El sujeto se culpabiliza por alguna falta menor, pero menos del 50% del tiempo.
2. Moderado	El sujeto se siente culpable habitualmente (más del 50% del tiempo) por actos pasados, cuya importancia exagera.
3. Severo	El sujeto siente habitualmente que se le debe culpar de todo lo que ha ido mal, incluso aunque no sea por responsabilidad suya.

6. DEPRESIÓN MATUTINA:

Cuando ha estado deprimido durante las dos últimas semanas, ¿Ha notado que la depresión fuese peor en algún momento concreto del día?

0. Ausente	No se ha encontrado deprimido.
1. Leve	Depresión pero sin variación diurna.
2. Moderado	Depresión espontáneamente referida como peor por la mañana
3. Severo	Depresión marcadamente peor por las mañanas, con pérdida de rendimiento, que mejora por la tarde.

7. DESPERTAR PRECOZ:

¿Se despierta más temprano de lo que es normal para usted?
¿Cuántas veces a la semana le ocurre?

0. Ausente	No hay despertar precoz
1. Leve	Ocasionalmente (más de dos veces por semana) se despierta 1 hora o más antes de la hora normal o que el despertador.
2. Moderado	A menudo (más de 5 veces por semana) se despierta 1 hora o más antes de la hora normal o que el despertador.
3. Severo	Se despierta diariamente 1 hora o más antes de lo normal.

8. SUICIDIO

¿Ha sentido que no merece la pena vivir?
¿Ha tenido la tentación de acabar con todo?
¿Qué ha pensado que podría hacer?
¿Lo ha llegado a intentar?

0. Ausente	
1. Leve	Pensamientos frecuentes de muerte, u ocasionalmente ideas de suicidio.
2. Moderado	Ha considerado el suicidio, con un plan, pero no ha realizado tentativa alguna.
3. Severo	Intento de suicidio con intencionalidad letal (p. ej. Se incluyen las tentativas frustradas por descubrimiento accidental o empleo de métodos ineficaces)

9. DEPRESIÓN OBSERVADA:

Basado en las observaciones del evaluador durante la entrevista.

La pregunta “¿Tiene ganas de llorar?” usada en momentos determinados de la entrevista puede proporcionar información útil al efecto.

0. Ausente	
1. Leve	El sujeto se muestra triste y afligido incluso durante partes de la entrevista afectivamente neutras.
2. Moderado	El sujeto se muestra triste y afligido durante toda la entrevista, con una voz monótona y está lloroso o a punto de llorar en ocasiones.
3. Severo	El sujeto se sofoca con los temas angustiosos, suspira frecuentemente y llora abiertamente, o está permanentemente en un estado de sufrimiento, si el evaluador está seguro de que está presente.

Fuente: <https://biadmin.cibersam.es/Intranet/Ficheros/GetFichero.aspx?FileName=CDS.pdf>

Anexo 2.

PAS: EVALUACION DEL AJUSTE

INFANCIA (hasta los 11 años)

1 SOCIABILIDAD E INTROVERSION:

- 0 No hay introversión, busca activa y frecuentemente el contacto social.
- 1
- 2 Ligera introversión, disfruta de la socialización cuando se le implica, ocasionalmente busca oportunidades para socializarse.
- 3
- 4 Introversión moderada, proclive a soñar despierto y a ser excesivamente fantasioso, podría admitir pasivamente el ser incluido en una relación con otras personas, pero él no la busca.
- 5
- 6 No se relaciona con los demás, introversión y aislamiento. Evita el contacto.

2 RELACIÓN CON COMPAÑEROS

- 0 Muchos amigos, relaciones cercanas con varios.
- 1
- 2 Relaciones cercanas con pocos amigos (uno o dos), amistad casual con otros.
- 3
- 4 Patrones desviados de amistad: amistad sólo con niños más pequeños o mayores que él, o solamente con familiares, o solamente relaciones casuales.
- 5
- 6 Aislamiento social. No tienen amigos, tampoco relaciones superficiales.

3 RENDIMIENTO ESCOLAR

- 0 Estudiante brillante.
- 1
- 2 Buen estudiante.
- 3
- 4 Estudiante mediocre.
- 5
- 6 Fracaso escolar.

4 ADAPTACIÓN ESCOLAR

- 0 Buena adaptación, le gusta la escuela, no hay o son escasos los problemas de comportamiento, tiene amigos en la escuela, le gusta la mayoría de los profesores.
- 1
- 2 Adaptación mediocre, problemas ocasionales de comportamiento, no está muy interesado en la escuela, pero no hace novillos o éstos son escasos. Tiene amigos en el colegio pero no participa a menudo en actividades extraescolares.
- 3
- 4 Pobre adaptación, no le gusta el colegio, hace frecuentemente novillos, frecuentes problemas de comportamiento.
- 5
- 6 Rechaza todo lo que tenga que ver con el colegio, delincuencia o vandalismo dirigido contra la escuela.

ADOLESCENCIA (Temprana: 12-15 años)

1 SOCIABILIDAD E INTROVERSION:

- 0 No hay introversión, busca activa y frecuentemente el contacto social.
- 1
- 2 Ligera introversión, disfruta de la socialización cuando se le implica, ocasionalmente busca oportunidades para socializarse.
- 3
- 4 Introversión moderada, proclive a soñar despierto y a ser excesivamente fantasioso, podría admitir pasivamente el ser incluido en una relación con otras personas, pero él no la busca.
- 5 No se relaciona con los demás, introversión y aislamiento. Evita el contacto.
- 6

2 RELACIÓN CON COMPAÑEROS:

- 0 Muchos amigos, relaciones cercanas con varios.
- 1
- 2 Relaciones cercanas con pocos amigos (uno o dos), amistad casual con otros.
- 3
- 4 Patrones desviados de amistad: amistad sólo con niños más pequeños o mayores que él, o solamente con familiares, o solamente relaciones casuales.
- 5
- 6 Aislamiento social. No tienen amigos, tampoco relaciones superficiales.

3 RENDIMIENTO ESCOLAR

- 0 Estudiante brillante.
- 1
- 2 Buen estudiante.
- 3
- 4 Estudiante mediocre.
- 5
- 6 Fracaso escolar.

4 ADAPTACIÓN ESCOLAR

- 0 Buena adaptación, le gusta la escuela, no hay o son escasos los problemas de comportamiento, tiene amigos en la escuela, le gusta la mayoría de los profesores.
- 1
- 2 Adaptación mediocre, problemas ocasionales de comportamiento, no está muy interesado en la escuela, pero no hace novillos o éstos son escasos. Tiene amigos en el colegio pero no participa a menudo en actividades extraescolares.
- 3
- 4 Pobre adaptación, no le gusta el colegio, hace frecuentemente novillos, frecuentes problemas de comportamiento.
- 5
- 6 Rechaza todo lo que tenga que ver con el colegio, delincuencia o vandalismo dirigido contra la escuela.

5. ASPECTOS SOCIO-SEXUALES DE LA VIDA DURANTE LA ADOLESCENCIA

- 0 Primeras citas, muestra un "sano interés" por el sexo opuesto, podría tener una relación "formal", podría incluir alguna vida sexual.
- 1 Apego e interés por los otros, podría ser apego hacia el mismo sexo, podría ser miembro de un grupo, interesado en el sexo opuesto, sin embargo, no mantiene relaciones cercanas, relaciones emocionales con alguien del sexo opuesto "acercamiento" y flirteos.
- 2 Profundo interés en las relaciones con el mismo sexo e interés restringido o falta de interés en el sexo opuesto.
- 3 Relaciones causales con el mismo sexo, intentos inadecuados por relacionarse con el sexo

- opuesto. Contactos casuales con ambos sexos.
- 4 Contactos casuales con el mismo sexo, no interesado en el sexo opuesto.
- 5 Solitario. Escasos contactos o ausencia de ellos con chicos o chicas.
- 6 Antisocial, evita y es evitado por los iguales (Difiere de a lo anterior en que se trata de una evitación activa de los otros más que una introversión pasiva).

ADOLESCENCIA (Tardía: 16-18 años)

1 SOCIABILIDAD E INTROVERSION:

- 0 No hay introversión
- 1
- 2 Ligera introversión, disfruta de la socialización cuando se le implica, ocasionalmente busca oportunidades para socializarse.
- 3
- 4 Introversión moderada, proclive a soñar despierto y a ser excesivamente fantasioso, podría admitir pasivamente el ser incluido en una relación con otras personas, pero él no la busca.

2 RELACIÓN CON COMPAÑEROS

- 0 Muchos amigos, relaciones cercanas con varios.
- 1
- 2 Relaciones cercanas con pocos amigos (uno o dos), amistad casual con otros.
- 3
- 4 Patrones desviados de amistad: amistad sólo con niños más pequeños o mayores que él, o solamente con familiares, o solamente relaciones casuales.
- 5
- 6 Aislamiento social. No tiene amigos, tampoco relaciones superficiales.

3 RENDIMIENTO ESCOLAR

- 0 Estudiante brillante.
- 1
- 2 Buen estudiante.
- 3
- 4 Estudiante mediocre.
- 5
- 6 Fracaso escolar.

4 ADAPTACIÓN ESCOLAR

- 0 Buena adaptación, le gusta la escuela, no hay o son escasos los problemas de comportamiento, tiene amigos en la escuela, le gusta la mayoría de los profesores.
- 1
- 2 Adaptación mediocre, problemas ocasionales de comportamiento, no está muy interesado en la escuela, pero no hace novillos o éstos son escasos. Tiene amigos en el colegio pero no participa a menudo en actividades extraescolares.
- 3
- 4 Pobre adaptación, no le gusta el colegio, hace frecuentemente novillos, frecuentes problemas de comportamiento.
- 5
- 6 Rechaza todo lo que tenga que ver con el colegio, delincuencia o vandalismo dirigido contra la escuela.

5 ASPECTOS SOCIO-SEXUALES DE LA VIDA DURANTE LA ADOLESCENCIA E

- Siempre ha mostrado un "sano interés" por el sexo opuesto, citas, mantiene una
- 0 Relación "estable", práctica de alguna actividad sexual (no necesariamente relaciones).
- 1 Citas con regularidad, ha tenido sólo un amigo de sexo opuesto con el cual el paciente ha mantenido una relación "estable" durante un largo periodo de tiempo. (Incluidos aspectos sexuales de una relación aunque no necesariamente relaciones íntimas, a diferencia de lo anterior, implica una

- única pareja, excluyendo las parejas repetidas).
- 2 Siempre relaciones cercanas con chicos y chicas (Implica ser miembro de un grupo, interesado en relacionarse con los otros pero no en parejas).
- 3 Profundo interés en relacionarse con el mismo sexo e interés restringido o falta de interés en el sexo opuesto.
- 4 Relaciones casuales con el mismo sexo con intentos inadecuados para intentar salir con el otro sexo. Contactos casuales con chicos y chicas.
- 5 Contactos casuales con el mismo sexo con ausencia de interés en el sexo opuesto. Contactos ocasionales con el sexo opuesto.
- 6 No quiere estar con chicos ni chicas, nunca ha salido con el sexo opuesto.

EDAD ADULTA (Desde los 19 años en adelante)

1 SOCIABILIDAD E INTROVERSION:

- 0 No hay introversión.
- 1
- 2 Ligera introversión, disfruta de la socialización cuando se le implica, ocasionalmente busca oportunidades para socializarse.
- 3
- 4 Introversión moderada, proclive a soñar despierto y a ser excesivamente fantasioso, podría admitir pasivamente el ser incluido en una relación con otras personas, pero él no la busca.
- 5
- 6 No se relaciona con los demás, introversión y aislamiento. Evita el contacto.

2 RELACIÓN CON COMPAÑEROS:

- 0 Muchos amigos, relaciones cercanas con varios.
- 1
- 2 Relaciones cercanas con pocos amigos (uno o dos), amistad causal con otros.
- 3
- 4 Patrones desviados de amistad: amistad sólo con niños más pequeños o mayores que él, o solamente con familiares, o solamente relaciones casuales.
- 5
- 6 Aislamiento social. No tiene amigos, tampoco relaciones superficiales.

3 ASPECTOS DE LA VIDA PSICO-SEXUAL DEL ADULTO:

A. CASADO O VA A CONTRAER MATRIMONIO PROXIMAMENTE:

- 0 Casado, sólo un matrimonio (o vuelto a casar como consecuencia de la muerte del cónyuge), vida en común, relaciones sexuales adecuadas.
- 1 Actualmente casado con historia de bajo impulso sexual, periodos de dificultad en las relaciones sexuales, o de relaciones extramatrimoniales.
- 1 Casado más de una vez en la actualidad vuelto a casar. Relaciones sexuales adecuadas durante al menos un matrimonio.
- 2 Casado o divorciado y vuelto a casar con una inadecuada vida sexual crónica.
- 2 Casado, y por lo que se aprecia ha permanecido separado o divorciado sin volverse a casar pero, en el matrimonio, ha mantenido una casa por lo menos durante 3 años.
- 3 Lo mismo que en el caso anterior pero: el divorcio ocurrió hace más de 3 años, y; durante el matrimonio, ha mantenido una casa durante menos de 3 años.

B. NUNCA HA ESTADO CASADO Y TIENE MAS DE 30 AÑOS:

- 2 Ha estado comprometido una o dos veces o ha tenido una larga relación (de al menos 2 años), incluye relaciones heterosexuales u homosexuales, o clara evidencia de una aventura con una persona, pero es incapaz para llevar un compromiso a largo plazo como el matrimonio.
- 3 Relaciones homosexuales o heterosexuales a largo plazo con duración de más de 6 meses pero menos de 2 años (Si es estable, relación homosexual duradera, de más de dos años, entonces puntuar "3").
- 4 Experiencias en citas breves o durante un corto periodo de tiempo (heterosexual o homosexual) con una o más parejas pero no una experiencia sexual duradera con una pareja única.
- 5 Relaciones sexuales o sociales escasas o infrecuentes.
- 6 Mínimo interés sexual o social en otros hombres o mujeres, aislamiento

C. NUNCA HA ESTADO CASADO Y TIENE ENTRE 20-29 AÑOS:

- 0 Ha tenido al menos una aventura amorosa duradera (mínimo de 6 meses) o compromiso, a menudo creencias religiosas u otras prohibiciones e inhibiciones podrían impedir relaciones sexuales actuales. Podrían vivir juntos.
- 1 Tiene frecuentes citas, ha tenido varios "novios" o "novias", algunas relaciones han durado unos cuantos meses pero no son relaciones duraderas. Relaciones que parecían ser "serias", incluso con un compromiso a largo plazo de matrimonio no han dejado de ser algo pasajero.
- 3 Experiencias en citas breves o durante un corto periodo de tiempo o "aventuras" con una o más parejas, pero no experiencias sexuales duraderas con una única pareja.
- 4 Relaciones sexuales o sociales casuales con personas de otro sexo sin lazos emocionales profundos.
- 5 Relaciones sexuales y/o sociales escasas o infrecuentes.
- 6 Mínimo interés sexual o social en otros hombres o mujeres. Aislamiento.

GENERAL

1 EDUCACION:

- 0 Escolaridad completada y licenciatura (P.E.: Derecho).
- 1 Escolaridad completada y formación profesional o B.U.P. (P.E.: Secretariado).
- 2 Escolaridad completada. Hasta 8º de EGB incluido.3
- 4 Completado el 1º ciclo de EGB. Hasta 5º de EGB.5
- 6 No ha pasado el 3º de EGB.

2 DURANTE UN PERIODO QUE VA DESDE LOS 3 AÑOS HASTA LOS 6 MESES ANTERIORES A LA PRIMERA HOSPITALIZACIÓN O AL INICIO DEL 1º EPISODIO EL PACIENTE TENIA UN TRABAJO REMUNERADO O RENDÍA ADECUADAMENTE EN EL COLEGIO:

- 0 Todo el tiempo.
- 1
- 2 La mitad del tiempo.3
- 4 Poco tiempo, aproximadamente el 25% del tiempo.5
- 6 Nunca.

3 DENTRO DE UN PERIODO DE TIEMPO QUE VA DESDE 1 AÑO ANTES HASTA 6 MESES ANTES DE LA 1ª HOSPITALIZACIÓN O DEL 1º EPISODIO HA OCURRIDO ALGUN CAMBIO EN EL RENDIMIENTO EN EL TRABAJO O EN LA ESCUELA:

- 0 Deterioro repentino, brusco.
- 1
- 2 Progresivo deterioro durante los 3 últimos meses.3
- 4 Progresivo deterioro durante los 6 meses.5
- 6 Es difícil o imposible de determinar el inicio del deterioro.

4 DURANTE UN PERIODO DE TIEMPO QUE VA DESDE 3 AÑOS HASTA 6 MESES ANTES DE LA 1ª HOSPITALIZACIÓN O 1º EPISODIO, CON FRECUENCIA CAMBIABA DE TRABAJO, SI TRABAJA, O CON FRECUENCIA INTERRUMPIA LA ASISTENCIA AL COLEGIO:

- 0 Ha mantenido el mismo trabajo o acudía al colegio.
- 1
- 2 Cambió de trabajo o ausencias escolares han ocurrido 2 o 3 veces.3
- 4 Permanecía con el mismo trabajo más de 8 meses pero menos de 1 año o ha acudido al colegio con regularidad durante el mismo período de tiempo.
- 5
- 6 Menos de 2 semanas en un trabajo o en el colegio.

5 ESTABLECIMIENTO DE LA INDEPENDENCIA

- 0 Éxito en el establecimiento de la residencia fuera del hogar familiar, independencia económica.
- 2 Realiza intentos, sin éxito, para establecerse en una residencia independiente vive en casa de los padres, pero paga a los padres la habitación y la manutención. Económicamente independiente.
- 4 Vive en casa de los padres, recibe un subsidio de los padres, el paciente se administra para pagar entretenimientos, ropa.
- 6 No realiza intentos para abandonar el hogar o para ser económicamente independiente.

6 EVALUACIÓN GLOBAL DE LOS NIVELES SUPERIORES DE FUNCIONAMIENTO ALCANZADOS EN LA VIDA DEL PACIENTE

- 0 Completamente hábil para funcionar con éxito y sacarle aliciente o gusto a: (1) colegio o trabajo, (2) amigos, (3) relaciones sexuales íntimas, (4) iglesia, aficiones... Le gusta la vida y la afronta bien
- 2 Hábil para funcionar bien y disfrutar de algunas esferas de la vida, pero tiene una laguna definida en el afrontamiento con éxito de al menos un área.
- 4 Éxito y placer mínimos en 3 áreas de la vida.
- 6 Ineficaz para funcionar en o para disfrutar de todos los aspectos de la vida.

7 AJUSTE SOCIO-PERSONAL:

- 0 Un líder o director en grupos oficiales, clubs, organizaciones, o equipos deportivos universitarios, de escuelas profesionales, de colegios o de jóvenes adultos. Implicado en relaciones cercanas e íntimas con otros.
- 1 Un participante activo e interesado, pero no ejerce de líder en grupos de amigos, clubs, organizaciones o equipos deportivos pero ha estado implicado en relaciones cercanas con otros.
- 2 Un miembro nominal, pero no ha tenido implicación o compromiso con grupos de amigos, clubs, organizaciones, etc... Ha tenido relaciones cercanas con pocos amigos.
- 3 Desde la adolescencia y durante la edad adulta temprana ha tenido pocos y casuales amigos.
- 4 Desde la adolescencia y durante la edad adulta temprana ha tenido amigos reales, sólo relaciones superficiales.
- 5 Desde la adolescencia y durante la edad adulta temprana (como después de la infancia), callado, retirado, ha preferido estar solo, mínimos intentos para mantener algún contacto con otros.
- 6 No desea estar con iguales u otros. Asocial o antisocial.

8 GRADO DE INTERES EN LA VIDA:

- 0 Entusiasta, ambicioso, interesado en el futuro: casa, familia, amigos, trabajo, deportes, artes, animales, jardinería, actividades sociales, música y teatro.
- 2 Grado moderado de interés en bastantes actividades que incluye reuniones sociales, deportes, música y sexo opuesto.
- 4 Ligero interés en algunas cosas como el trabajo, la familia, tranquilas reuniones sociales. El interés se mantiene por poco tiempo.
- 6 Introversión e indiferencia hacia los intereses de la vida, por regla general individualista. No muestra intereses profundos por nada.

9 NIVEL DE ENERGIA:

- 0 Impulso fuerte, entusiasta, activo, alerta, interesado en la vida. Le ha gustado la vida y ha tenido bastante energía para disfrutar de ella. Extrovertido y adecuado en los asuntos de la vida.
- 2 Impulso moderadamente adecuado, enérgico, interesado como se ha descrito anteriormente.
- 4 Energía moderadamente inadecuada. Tendencia hacia sumisión, reacciones pasivas. Ha mostrado algo de potencial para plantar cara a los problemas de la vida pero prefiere evitarlos que gastar la energía necesaria.
- 6 Sumiso, inadecuado, reacciones pasivas. Débil apoyo en la vida, no se enfrenta a los problemas de su vida, no participa activamente, pasivamente acepta su suerte sin tener la energía para ayudarse a sí mismo.

Fuente: https://biadmin.cibersam.es/Intranet/Ficheros/GetFichero.aspx?FileName=Escala_PAS_S.pdf
(Barajas et al., 2013)