

La depresión en pacientes esquizofrénicos de larga evolución ingresados en el Hospital Psiquiátrico de La Habana

Depression in schizophrenic patients admitted longstanding Havana Psychiatric Hospital

MSc. Ninoska Franco Moreira,^IDr. C. Alexis Lorenzo,^{II}Lic. Ignacio Oliva Hernández,^{III}Lic. Xiomara de la Caridad Gilarte Marrero,^{IV}

I Psicóloga Clínica. Máster en Psicología Clínica. Guayaquil, Ecuador.

II Licenciado en Psicología. Doctor en ciencias psicológicas. Profesor titular de la Facultad de Psicología de la Universidad de La Habana, Cuba.

III Licenciado en Psicología. Profesor instructor de la Facultad Enrique Cabrera. Hospital Psiquiátrico de La Habana, Cuba.

IV Licenciada en Psicología. Hospital Psiquiátrico de La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: La depresión y la esquizofrenia se han descrito como dos padecimientos de exclusión mutua. Sin embargo, desde hace más de una década, se ha documentado que la depresión se presenta frecuentemente en los pacientes con esquizofrenia, por lo que resulta necesario realizar estudios dirigidos a evaluar la presencia de depresión en esquizofrenia crónica de larga evolución.

Objetivo: Evaluar la depresión en pacientes con esquizofrenia de larga evolución ingresados en el Hospital Psiquiátrico de La Habana.

Métodos: Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo, observacional, y transversal, en el que participaron 30 pacientes esquizofrénicos hospitalizados en salas de larga estadía. La población del estudio estuvo integrada por 144 pacientes con esquizofrenia crónica que llevaban más de 5 años ingresados en el Hospital Psiquiátrico de La Habana.

Resultados: Se encontró que el 20 % de los pacientes presentaron depresión. El 83.3 % se ubicó en el quinto percentil de las escalas positiva y negativa de la PANSS, así como el 93.3 % de la muestra, pero en la escala general. La depresión no se asoció a características sociodemográficas, psicosociales ni clínicas ($p>0.05$); pero si se relacionó con la presencia de síntomas positivos, negativos y psicopatología general ($p<0.001$).

Conclusiones: La prevalencia de depresión en los pacientes con esquizofrenia de larga evolución es baja y la misma se encuentra relacionada con la presencia de síntomas deficitarios y psicopatológicos de la enfermedad.

Palabras clave: Esquizofrenia, depresión, hospitalización, larga evolución

ABSTRACT

Introduction: Depression and schizophrenia are described as two mutually exclusive conditions. However, for more than a decade, it has been documented that depression occurs frequently in patients with schizophrenia, making it necessary to conduct studies aimed at evaluating the presence of depression in chronic schizophrenia longstanding.

To evaluate depression in patients with schizophrenia longstanding admitted Havana Psychiatric Hospital.

Methods: A quantitative, descriptive, observational, cross-sectional study, in which 30 schizophrenic patients hospitalized in long-stay wards participated was conducted. The study population consisted of 144 patients with chronic schizophrenia who had more than 5 years admitted to the Havana Psychiatric Hospital.

Results: We found that 20% of patients had depression. 83.3% were located in the fifth percentile of the positive and negative scales PANSS and 93.3% of the sample, but in general scale. The depression was not associated with sociodemographic, psychosocial or clinical ($p>0.05$) characteristics; but if it was related to the presence of positive, negative and general psychopathology symptoms ($p <0.001$).

Conclusions: The prevalence of depression in patients with longstanding schizophrenia is low and it is related to the presence of deficits and psychopathological symptoms of the disease.

Keywords: Schizophrenia, depression, hospitalization, long evolution

INTRODUCCIÓN

Atendiendo a los datos ofrecidos por la Organización Mundial de la Salud,¹ la depresión afecta en el mundo a unos 121 millones de personas. Una de cada cinco personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo a lo largo de su vida, aumentando este número si se suman factores como enfermedades o situaciones de estrés. Además, se espera que para el año 2020, la discapacidad por depresión se convierta en la segunda causa más común, tras las enfermedades cardiovasculares.²

Por otra parte, la esquizofrenia se encuentra entre las enfermedades psiquiátricas más severas e incapacitantes, con una prevalencia media en la población adulta de alrededor de 1%, independientemente de la raza o el país. Además, se ha demostrado una asociación significativa entre el antecedente familiar de primer grado y la enfermedad.³

La depresión y la esquizofrenia se han descrito como dos padecimientos de exclusión mutua en los sistemas diagnósticos y en las clasificaciones de las enfermedades. Sin embargo, desde hace más de una década, se ha documentado que la depresión se presenta frecuentemente en los pacientes con esquizofrenia.^{4,6} La prevalencia de la depresión en la población general es del 8-26 %.⁷ Se ha estimado que 60% de los pacientes con esquizofrenia presentan un episodio de depresión durante el curso del padecimiento, lo que resulta elevado al compararlo con la prevalencia de la depresión en la población general. Otros estudios reportan una incidencia de depresión en la esquizofrenia del 20% al 70%.^{8,12}

Los síntomas depresivos pueden presentarse en cualquier fase de la esquizofrenia, resaltando su aparición en los pacientes que atraviesan por su primer episodio psicótico.^{13,16} Los síntomas depresivos frecuentemente acompañan a los síntomas psicóticos siguiendo su misma intensidad y evolución^{17,19}, lo que ha permitido establecer que los síntomas depresivos preceden al inicio de una recaída. Los síntomas descritos como pródromos de una recaída son la tristeza, los sentimientos de culpabilidad, la baja autoestima, el insomnio, la disminución de la energía y de la concentración^{19,21}. Otros autores han observado que los esquizofrénicos que mejoran tras una recaída, adquiriendo cierta conciencia de enfermedad, pueden "darse cuenta" de los efectos destructivos que la esquizofrenia supone en sus vidas y ver el suicidio como una alternativa razonable ante el temor a un nuevo ingreso y a la imagen negativa que tienen ante el futuro.²¹ El paciente esquizofrénico tendrá que hacer frente a una serie de cambios difíciles de aceptar en su vida. Supone el abandono de proyectos vitales definidos hasta ese momento y asumir, siendo jóvenes, que van a necesitar un tratamiento durante toda la vida. Además, el paciente tendrá que afrontar reintegros, la dificultad o imposibilidad de trabajar y cambios en su estilo de vida que se desmarcan de lo habitual en su red social o familiar. Esto supone períodos de crisis y consecuentes procesos de adaptación a las nuevas situaciones o etapas de la enfermedad.

La aparición de síntomas depresivos en el curso de la esquizofrenia hace necesaria una mayor observación y control del paciente, pues puede ser preludio de una nueva descompensación psicótica. Según Cástulo²², la sintomatología depresiva desafortunadamente pasa desapercibida para los clínicos.

Cuando a la esquizofrenia se suma un estado depresivo, el paciente, además de experimentar mayor desestabilización y sufrimiento, está sometido al peligro de atentar contra su vida, por lo cual es importantísimo diagnosticar la depresión en estos sujetos. Las ideas suicidas son frecuentes en los esquizofrénicos crónicos (entre 18 y 55 %) y alrededor de un 10-15% de los esquizofrénicos terminan suicidándose. La presencia de síntomas depresivos se ha correlacionado tanto con la presencia de ideas como de las conductas suicidas en estos pacientes.²³

El propósito de este trabajo es precisamente estudiar el comportamiento de la depresión en pacientes con esquizofrenia de larga evolución.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio, cuantitativo, descriptivo observacional y de corte transversal con pacientes esquizofrénicos crónicos con el fin de estudiar la depresión en estos pacientes. La población del estudio estuvo integrada por 144 pacientes con esquizofrenia crónica que llevaban más de 5 años ingresados en el Hospital Psiquiátrico de La Habana.

En este trabajo se estableció como larga evolución a aquellos pacientes con una enfermedad crónica o un diagnóstico como el de esquizofrenia que lleve ingresado en el hospital como mínimo 5 años.

Se empleó un muestreo aleatorio estratificado (por sexo) con un tamaño muestral fijo. La muestra quedó conformada por 30 pacientes, 15 mujeres y 15 hombres. Las edades oscilaban entre los 33 y los 56 años.

Las variables clínicas exploradas fueron: antecedentes patológicos familiares y personales, edad del diagnóstico de la esquizofrenia, tipos de esquizofrenia, depresión, síntomas positivos, negativos y psicopatología general.

Las variables sociodemográficas tenidas en cuenta en el estudio fueron: edad, sexo, color de piel, escolaridad y estado civil.

Se emplearon métodos teóricos y empíricos para garantizar la solución del problema científico planteado. Como métodos empíricos se usaron la escala Calgary para el diagnóstico de la depresión en la esquizofrenia y la escala PANSS de Síntomas Positivos y Negativos de la Esquizofrenia, además una entrevista semiestructurada empleada en estudios anteriores.²⁴

La Escala de Depresión de Calgary (Calgary Depression Scale for Schizophrenia, CDSS por sus siglas en inglés) es un instrumento desarrollado específicamente para diagnosticar la presencia o no de depresión, y si existe, valorar su nivel en la esquizofrenia, tanto en la fase aguda como en la crónica. La misma tiene una buena estructura unifactorial, buena coherencia interna, alta fiabilidad inter-evaluador y una validez externa y especificidad satisfactorias. La escala consta de 9 ítems, con una graduación de intensidad sintomática de 4 puntos para cada ítem (ausente, leve, moderado, y grave). La escala proporciona una puntuación total de gravedad de la depresión, que se obtiene sumando la puntuación ítem (de 0 a 3). El rango de puntuación total es de 0 a 27. Para identificar la ausencia/presencia de depresión, los autores recomiendan como punto de corte la puntuación mayor que 5.

La Escala de Síndromes Positivos y Negativos (The Positive and Negative Syndrome Scale - PANSS-, por sus siglas en inglés) sirve para evaluar el síndrome positivo y negativo de la esquizofrenia y la psicopatología general desde un punto de vista dimensional (gravedad del cuadro) y categorial (esquizofrenia positiva, negativa o mixta).

El tiempo explorado debe ser las dos semanas anteriores a la entrevista. Esta escala fue desarrollada por Kay y colaboradores en 1987. Está basada en la Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS por sus siglas en inglés), muchos de cuyos ítems incluye. En 1991 Kay diseñó una entrevista estructurada para la PANSS (SCID-PANSS), que mejora los parámetros de calidad de la misma. La escala PANSS se evalúa mediante una entrevista semi-estructurada de 30-40 minutos de duración. Consta de 30 ítems (síntomas) que se puntuán de 1 (ausente) a 7 (extremo). Está formada por tres sub-escalas: la positiva (PANSS-P) de 7 ítems, la negativa (PANSS-N) también de 7 ítems, y la de psicopatología general (PANSS-PG), de 16 ítems. Se acepta una cuarta escala, la llamada compuesta (PANSS-C), que resulta de restar la puntuación negativa de la positiva. Las puntuaciones de las 4 sub-escalas se expresan en forma de percentiles.²⁵

La PANSS proporciona también una información categorial, indicando si el trastorno esquizofrénico es positivo o negativo. Para establecer el tipo utiliza la puntuación obtenida en la escala compuesta, y más en concreto su valencia, de forma que considera que el trastorno esquizofrénico es:

- Positivo cuando la valencia en la escala compuesta es de signo +
- Negativo cuando la valencia en la escala compuesta es de signo - (indicador pronóstico de peor evolución).

Los pacientes sujetos de estudio, aun cumpliendo los criterios de inclusión, tienen el derecho de decidir su participación en esta investigación mediante el correspondiente consentimiento informado

Como el fin de identificar asociaciones entre las variables se utilizaron las pruebas Ji cuadrado, probabilidad exacta de Fisher para las variables cualitativas y t-student para variables cuantitativas. Se consideró una diferencia significativa cuando el valor de probabilidad (p) fuese menor que 0.05.

RESULTADOS

Caracterización de la muestra

El grupo de pacientes estudiados se caracterizó por ser de piel blanca en el 70 % de ellos, con niveles de escolaridad secundaria y preuniversitario o técnico medio, 33.3 % en cada caso y por lo general solteros (80 %). De los 30 pacientes de la muestra, 3 (10 %) habían hecho intentos suicidas, 4 (13.3 %) tuvieron ideas suicidas, 22 (73 %) sufrieron una pérdida familiar significativa y 17 (56.7 %) habían sufrido la separación de un ser querido.

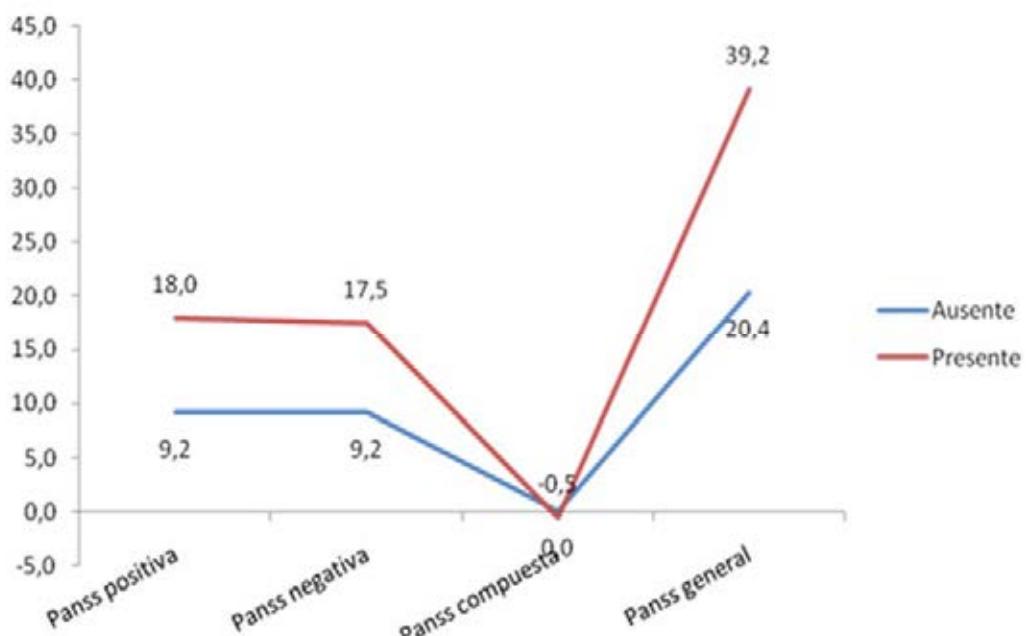
Del total de sujetos estudiados 29 (96.7 %) tenían diagnóstico de esquizofrenia paranoide, y uno de esquizofrenia residual. Solamente dos pacientes (6.7 %) tenían historia familiar de esquizofrenia. El tiempo promedio de ingreso fue de 7.5 años. La edad promedio del diagnóstico de la esquizofrenia (21.8 años) se remonta al inicio de la tercera década de vida (ver en anexos tablas 1 y 2).

De los pacientes estudiados, 6 (20%) presentaron depresión diagnosticada mediante la escala de Calgary. Los valores obtenidos por estos pacientes oscilaron entre 6 y 21 puntos, alcanzando un promedio de 12.5 puntos.

La búsqueda de relaciones entre la presencia de depresión y las características sociodemográficas y clínicas estudiadas no reveló asociaciones significativas ($p>0.05$) entre estas (ver anexo tabla 3).

Referente a las escalas de la Panss se encontró que los sujetos deprimidos (depresión presente) obtuvieron puntuaciones más altas que aquellos que no se encontraban deprimidos (depresión ausente). Por tanto, el padecer depresión se asoció significativamente ($p<0.05$) a la presencia del síndrome positivo y negativo de la esquizofrenia y a una psicopatología general (ver gráfico).

Gráfico 1. Valores medios de las escalas de la Panss según depresión



Fuente: Tabla 3 (ver anexos)

DISCUSIÓN

En los pacientes de esta serie es notable la presencia de antecedentes patológicos familiares de tipo general (más del 80%) con respecto a los personales (50%). Solo 2 pacientes tenían historia familiar de esquizofrenia (6.6%), lo cual coincide con otras cifras reportadas para este factor: riesgo para la esquizofrenia en familiares de primer grado de 6,1%.²⁶

La edad promedio del diagnóstico coincide con la reportada por Morales²⁷, quien refiere que el pico de aparición son las edades 20-28 años para los hombres y 26-32 años para las mujeres. En el año de 1973, la Organización Mundial de la Salud publicó el reporte de un estudio piloto internacional sobre esquizofrenia en el cual se vio que el tipo de esquizofrenia más frecuente es el paranoide, seguido por el esquizo-afectivo y el hebefrénico.²⁷ La alta proporción de esquizofrenia paranoide entre los pacientes de este trabajo coincide con lo reportado por esta organización mundial.

En los pacientes esquizofrénicos de este estudio no se observó asociación estadísticamente significativa entre ninguna de las variables sociodemográficas estudiadas y la presencia de depresión. Por tanto, no fue posible identificar factores relacionados con la depresión. Sin embargo, un estudio realizado con 73 pacientes agudos en el Hospital Psiquiátrico de La Habana reveló una correlación significativa entre los valores de la escala Calgary y el número de ingresos de los pacientes. Entre las otras variables sociodemográficas que se estudiaron en ese mismo trabajo, solo se encontraron asociaciones depresión/desempleo y depresión/separación de seres queridos.²⁴

Entre las variables psicosociales que se han confirmado como asociadas a la depresión en la esquizofrenia están: bajo nivel de autoestima, poca tolerancia a la frustración, propensión a autoculparse, fantaseo como mecanismo de afrontamiento, menor uso de estrategias de solución de problemas y búsqueda de ayuda,²⁸ mayor historia de intentos suicidas y sentimientos de

desesperanza,²⁹ alta frecuencia de hospitalización,⁶ ausencia de apoyo familiar, visitas infrecuentes de los familiares durante los ingresos, deterioro de la orientación,³⁰ incremento del riesgo de suicidio y menor bienestar emocional y social.³¹

En el presente estudio la prevalencia de pacientes con depresión encontrada es muy inferior a la que se reporta en otras investigaciones: 75 %.²³ Diversos estudios coinciden en encontrar mayor prevalencia de depresión (22-75 %) en los primeros episodios de la esquizofrenia, con respecto a episodios posteriores (4 %). Entre los esquizofrénicos crónicos la prevalencia de depresión oscila según los estudios entre un 7 y 30 %. La proporción encontrada en este trabajo está dentro de los límites que reporta la literatura para los esquizofrénicos crónicos.²³ Un estudio realizado en Cuba aplicando la escala Calgary en pacientes agudos reveló 35 % de deprimidos y asevera que la depresión en la fase aguda es superior que en otros momentos del curso de la enfermedad.²⁴

Al analizar el contexto en que se encuentran los sujetos de este estudio, el tiempo de permanencia en una institución hospitalaria, y teniendo en cuenta que una de las características de la esquizofrenia es la pérdida de contacto con la realidad, se puede pensar que los pacientes que no se deprimen llegan a un estado de "equilibrio" con el ambiente que los rodea. Al respecto Birchwood³³ refiere que con la evolución de la enfermedad el paciente esquizofrénico experimenta una mayor aceptación y adaptación a las experiencias de la misma. Disminuyen sus expectativas y el paciente percibe menor discrepancia entre como es en la actualidad y como les gustaría ser.

A modo de conclusión puede expresarse que la presencia de depresión en la muestra estudiada fue baja y el diagnóstico de esta no estuvo relacionado con características sociodemográficas y clínicas estudiadas. Sin embargo, los síntomas positivos y negativos, así como la presencia de psicopatología más general de la esquizofrenia fueron más frecuentes en los pacientes deprimidos de la muestra estudiada.

AGRADECIMIENTOS

Al MSc. Yasmani Llanes Basulto por su aporte y colaboración en la planificación de la investigación.

ANEXOS

Tabla 1. Distribución de los pacientes según características clínicas

Variables	N (%)
APF	
Presentes	25(83,3)
Ausentes	5(16,7)
APP	
Presentes	15 (50)
Ausentes	15 (50)
Edad de diagnóstico	
Media (\pm DS)	21.8 (8.9)
Min; máx	10;50

Tabla 2. Distribución de los pacientes según características demográficas

Variables	N (%)
Color de piel	
Blanca	21 (70)
Negra	8 (26.3)
Mestiza	1 (3.3)
Edad	
Media (\pm DS)	50.1 (6.1)
Min; máx	33;56
Escolaridad	
Primaria	6 (20)
Secundaria	10 (33.3)
Preuniversitario/Técnico medio	10 (33.3)
Superior sin determinar	4 (13.3)
Estado civil	
Soltero	24 (80)
Casado	4 (13.3)
Divorciado	2(6.7)

Tabla 3. Valores promedios de los puntajes de las escalas de la Panss

Escalas	Ausente	Presente	Probabilidad
Panss positiva	9,2	18,0	0.003
Panss negativa	9,2	17,5	0.001
Panss compuesta	0,0	-0,5	0.866
Panss general	20,4	39,2	0.002

Tabla 4. Análisis univariado entre las variables sociodemográficas y clínicas, y la depresión

Variables	Probabilidad
Sexo	1.34
Escolaridad	0.20
Estado civil	0.344
Color de la piel	0.205
Edad (años)	0.727
Edad del diagnóstico de esquizofrenia	0.235
Tiempo de evolución (años)	0.605
Antecedentes patológicos personales	0.1686
antecedentes patológicos familiares	0.254
Intento suicida	0.094
Idea suicida	0.169
Pérdida familiar	0.645
Separación de algún ser querido	0.672

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Depression. Internet Geneva; 2007. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition.
2. Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. Lancet 1997; 349(9064):1498-504.
3. Cardet Escalona Maydoli, Álvarez Estrabao Olga Antonia, Reyes Vega José F. Factores de riesgo genéticos y no genéticos asociados con la esquizofrenia. CCM [Internet]. 2013 Jun [citado 08 Dic 2015]; 17(2): 130-8. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812013000200003&lng=es.
4. Bartels SJ, Drake RE. Depressive symptoms in schizophrenia: comprehensive differential diagnosis. Comprehensive Psychiatry 1988; 29(5):467-83.
5. Eik R, Dickman BJ, Teggin AF. Depression in schizophrenia: a study of prevalence and treatment. British J Psychiatry 1986; 149: 228-9.
6. An der Heiden W, Könnecke R, Maurer K, Ropeter D. Depression in the long-term course of schizophrenia. European archives of psychiatry and clinical neuroscience 2005; 255(3):174-84.
7. Blazer DG, Kessler RC, McGonagle KA. The prevalence and distribution of major depression in the national community sample. The National Comorbidity Survey. 1994. Am J Psychiatry 1994; 15: 24-7.
8. Apiquian R, Loyzaga C, Cruz E, Gutiérrez D, Suárez J, Ulloa RE, et al. Estudio mexicano del primer episodio psicótico: resultados preliminares, características sociodemográficas y clínicas. Salud Mental 1997; 20 (Supl. 3): 1-7.
9. Becker RE, Singh MM, Meisler N. Clinical significance, evaluation, and management of secondary depression in schizophrenia. J Clinical Psychiatry 1985; 46(11): 26-32.
10. Dollfus S, Petit M, Menard JF. Relationship between depressive and positive symptoms in schizophrenia. J. Affective Disorders 1983; 28(1): 61-9.
11. Hirsch SR. The causality of depression in schizophrenia. British J. Psychiatry 1983; 142: 624-5.
12. Johnson, D.A. Depressions in schizophrenia: some observations on prevalence, etiology, and treatment. Acta Psychiatrica Scandinavica 1981; 291:137-44.
13. Addington D, Addington J, Maticka-Tyndale E. Assessing depression in schizophrenia: the Calgary Depression Scale. Br. J. Psychiatry 1993; (22): 39-44.
14. Bustamante S, Maurer K, Loffler W. Depression in the early course of schizophrenia. Fortschritte Neurologie-Psychiatrie 1994; 62(9):317-29.
15. Green MF, Nuechterlein KH, Ventura J. The temporal relationship between depressive and psychotic symptoms in recent-onset schizophrenia. American J Psychiatry 1990; 147(2): 179-82.
16. Koreen AR, Siris SG, Chakos M. Depression in first episode schizophrenia. American J. Psychiatry 1993; 150(11):1643-8.
17. Goldman RS, Tandon R, Liberzon I. Measurement of depression and negative symptoms in schizophrenia. Psychopathology 1992; 25(1):49-56.
18. Hafner H, Loffler W, Maurer K. Depression, negative symptoms, social stagnation and social decline in the early course of schizophrenia. Acta Psychiatrica Scandinavica 1999; 100(2): 105-18.
19. Jeste DV, Heaton SC, Paulsen JS. Clinical and neuropsychological comparison of psychotic depression with non-psychotic depression and schizophrenia. American J Psychiatry 1996; 153(4): 490-6.
20. Johnson DA. The significance of depression in the prediction of relapse in chronic schizophrenia. British J Psychiatry 1988; 152: 320-3.
21. Loas G, Noisette C, Legrand A. Anhedonia, depression and the deficit syndrome of schizophrenia. Acta Psychiatrica Scandinavica 1996; 94(6):477-9.
22. Cástulo R. Depresión, suicidio y esquizofrenia. Rev Avances 2005; 6(1): 118-25.
23. Sarró M, Ramírez N, Arranz B, Dueñas RM, Miralles ML, San Molina L. Síntomas depresivos en la Esquizofrenia. Informaciones Psiquiátricas - Tercer trimestre

- 2000[citado 08 Dic 2015]; 161:. Disponible en:
http://www.revistahospitalarias.org/info_2000/03_161_05.htm
24. Llanes Y, Barrios Y, Oliva I, Pimentel S, Calvo E. Depresión en pacientes con esquizofrenia ingresados en servicios de agudos del Hospital Psiquiátrico de La Habana. Revista de Psicología 2014; 33 (1): 129-49.
 25. Bobes J, Portilla MP, Bascarán MT, Saíz PA, Bousoño M. Banco de Instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica (2da edición) Barcelona: Editorial Ars Medica; 2002.
 26. Abel, K.M. (2004). Foetal origins of schizophrenia: testable hypotheses of genetic and environmental influences. Br. J. Psychiatry, 184,390-392.
 27. Morales E. Esquizofrenia y Aberraciones cromosómicas. Rev. Hosp. Psiquiátrico de La Habana [Internet] 2012 [citado 08 Dic 2015]; 9(2):. Disponible en.
<http://www.medigraphic.com/pdfs/revhospsihab/hph-2012/hph122m.pdf>
 28. Zoch CE. Esquizofrenia: Temas en psiquiatría. Capítulo VI. Hospital Nacional Psiquiátrico, Costa Rica [citado 23 diciembre 2014]. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/poblacion/esquizofrenia.htm>
 29. YanXu Z, Zu S, TaoXiang Y, Wang N, HuaGuo Z, Kilbourne A, JiangLi Z. Associations of self-esteem, dysfunctional beliefs and coping style with depression in patients with schizophrenia: A preliminary survey. Psychiatry Research 2013; 209(3):340-5.
 30. Misdrahi D, Denard S, Swendsen J, Jaussent I, Courtet P. Depression in schizophrenia: The influence of the different dimensions of insight. Psychiatry Research 2014; 216(1):12-6.
 31. Chang, S. & Choi, T. (2012). Prevalence and predictors of depression among the schizophrenia patients in chronic institution. European Psychiatry, 27(1): 1-1.
 32. Straussa G, Sandtb A, Catalanoa, L, Allenc D. Negative symptoms and depression predict lower psychological well-being in individuals with schizophrenia. Comprehensive Psychiatry 2012; 53(8):1137-44.
 33. Birchwood M, Mason R, MacMillan F, Healy J. Depression, demoralization and control over psychotic illness: a comparison of depressed and non-depressed patients with a chronic psychosis. Psychological medicine; 1993; 23(02):387-95.
-

Recibido: 12 de octubre de 2015
Aceptado: 10 de diciembre de 2015

Ninoska Franco Moreira. Quito, Ecuador. Correo electrónico: nivayor15@gmail.com