

11241
2
2 Ej.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.
FACULTAD DE MEDICINA.
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL.

Curso de Especialización en Psiquiatría.

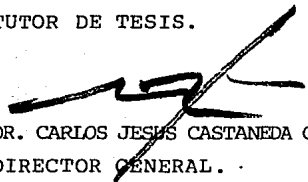
DEPRESION Y MECANISMOS DE DEFENSA
EN PACIENTES CON INFECCIONES OSEAS.

TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PRESENTA:

DR. EDUARDO JAVIER BARCENA BRAMBILA.

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA.

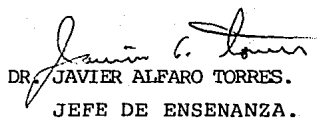
TUTOR DE TESIS.



DR. CARLOS JESUS CASTANEDA GONZALEZ.
DIRECTOR GENERAL.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ASESOR DE TESIS.



DR. JAVIER ALFARO TORRES.
JEFE DE ENSEÑANZA.

HOSPITAL PSIQUIATRICO
"FRAY BERNARDINO ALVAREZ".
SECRETARIA DE SALUD.



1992

ciudad de méxico.
enero,
1992





UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

J U S T I F I C A C I O N .

En el Instituto Nacional de Ortopedia (I.N.O.) se atiende un número importante de pacientes con infecciones óseas, artritis sépticas y pseudoartritis infectadas. Estos pacientes requieren de un tratamiento especializado que incluye fármacos, reposo e inmovilización de la zona afectada. Su convalecencia es larga.

Empíricamente el Departamento de Salud Mental del I.N.O. ha detectado varios casos de depresión en estos pacientes. No se encontró en la bibliografía especializada reportes sobre la presencia de depresión en estos pacientes que bien de manera teóricamente podrían considerarse de alto riesgo para desencadenar esta patología.

Por otra parte, es evidente que no todos los pacientes (aún, sometidos a las mismas cargas estresantes por su tratamiento) desarrollan una respuesta de hipotimia. Probablemente una variable importante sea la manera en que afrontan su problemática; de esta manera conociendo los mecanismos de defensa con que cuenta el sujeto (ya sean estos de Alto o Bajo nivel), identificaremos al tipo de paciente en quién será menester brindar apoyo psicoterapéutico o farmacológico contra la depresión.

El propósito de este trabajo es pues el identificar si los mecanismos de defensa que emplea un sujeto, ya sean estos de Alto o Bajo nivel, al contender con un acontecimiento estresante como una infección ósea, se relaciona con la expresión o no de depresión.

O B J E T I V O S .

1. Identificar la presencia de Depresión empleando la Escala para la Automedición de la Depresión (E.A.M.D.) de Zung en una --- muestra de pacientes hospitalizados en el Servicio de Infecciones Oseas del Instituto Nacional de Ortopedia.
2. Identificar si aquellos pacientes que puntualizan depresión - se diferencian de acuerdo a los Mecanismos de Defensa que emplean, ya sean de Alto o Bajo Nivel, de aquellos sujetos que no mostraron Depresión.

H I P O T E S I S .

- H₁ Los pacientes hospitalizados en el servicio de Infecciones Oseas del I.N.O. por Osteomielitis Bacteriana, Pseudoartrosis Infeccionada Bacteriana o Artritis Séptica Bacteriana, son un - grupo deprimido.
- H₀ Los pacientes hospitalizados en el servicio de Infecciones Oseas del I.N.O. por Osteomielitis Bacteriana, Pseudoartrosis Infeccionada Bacteriana o Artritis Séptica Bacteriana, NO son - un grupo deprimido.
- H₂ Los pacientes NO Deprimidos hospitalizados en el servicio de Infecciones Oseas del I.N.O. por Osteomielitis Bacteriana, - Pseudoartrosis Infeccionada Bacteriana o Artritis Séptica Bacteriana, utilizan en mayor grado Mecanismos de Defensa de Alto Nivel.
- H₀ Los pacientes Deprimidos hospitalizados en el servicio de Infecciones Oseas del I.N.O. por Osteomielitis Bacteriana, --- Pseudoartrosis Infeccionada Bacteriana o Artritis Séptica Bacteriana, utilizan en mayor grado Mecanismos de Defensa de Alto Nivel.

D E P R E S I O N .

Los padecimientos depresivos, cuyo rango de severidad varía - desde las reacciones neuróticas leves hasta la profundidad de la melancolía, pueden representar, dependiendo del enfoque que cada autor les dé, diferentes entidades: un síntoma, un tipo de reacción psicológica o un desorden afectivo.

Depresión como Síntoma. Aquí la depresión es considerada como una característica inherente a un conjunto de señales que definen una enfermedad psiquiátrica (1).

Depresión como Reacción Psicológica. Henry Ey (2) menciona -- que el individuo que es expuesto a acontecimientos estresantes, desencadena, después de cierto tiempo, una tendencia a la depresión.

Depresión como Desorden Afectivo. Algunos psiquiatras y la American Psychiatric Association -A.P.A.-, ven a la depresión como una enfermedad que trae como consecuencia una serie de síntomas fisiológicos característicos al padecimiento, en donde los componentes clínicos obstaculizan el funcionamiento individual de los afectados. En esta orientación, la gravedad de la enfermedad está en función del tiempo que ésta permanezca "arraigada" - en el organismo.

La obra Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder en su Tercera Edición Revisada, elaborada por la A.P.A., por primera vez señaló los diferentes tipos de Depresión bajo la categoría de Trastornos del Humor; se hablará de ellos a continuación.

Trastorno de adaptación con Humor Deprimido.

Este tipo de depresión es una reacción a un agente psicosocial identificable productor de estrés, de manera maladaptativa. Los síntomas de depresión se desvanecen conforme disminuye la acción del agente o los agentes productores de estrés. El tratamiento es sintomático y de sostén.

Distimia.

Antes llamada depresión neurótica, es un trastorno crónico -- del humor que dura un mínimo de dos años en adultos. Hay depre-- sión la mayor parte del tiempo y está deprimido el humor del enfermo o bien hay una pérdida notable del interés o del placer -- por las actividades normales. Puede ser eficaz en estos casos el tratamiento con agentes antidepresores, psicoterapia o ambas cosas.

Depresión Mayor.

Este es el más grave de los trastornos depresivos. Los pacien-- tes suelen diferir de los que sufren distimia por la gravedad de su alteración, esto es, el grado al que su enfermedad obstaculi-- za las actividades diarias. Quienes sufren crisis depresivas ma-- yores tienen por lo menos dos semanas de síntomas depresivos que impiden en gran medida su funcionamiento normal. También en este caso son efectivos los medicamentos y la psicoterapia.

Trastorno Bipolar.

Antes llamado Depresión Maníaca, el trastorno bipolar puede -- manifestarse como depresión grave, pero los antecedentes del in-- dividuo o la evolución subsecuente manifiestan cambios importan-- tes del humor, desde manía (elación, euforia, irritabilidad) has-- ta depresión. El carbonato de litio es un agente terapéutico úni-- co eficaz para este trastorno del humor.

Por lo que toca a la Epidemiología de la Depresión, Douglas -- Kamerow en su artículo "Ansiedad y Depresión en Medicina: révi-- sión general" estima que 5% de los estadounidenses sufre un tras-- torno del humor durante un período de seis meses y en su mayor -- parte estas enfermedades son crisis depresivas mayores o disti-- mia. Menciona también que la prevalencia de estos trastornos en los centros de asistencia médica es más elevada que en la pobla-- ción general (3).

Por su parte Zung y Magruder-Habib en un estudio modelo en -- que se emplearon los criterios diagnósticos aceptados por la -- A.P.A., observaron una prevalencia de enfermedades depresivas en

tre los pacientes médicos externos que varía entre 10 y 30%, según la especialidad médica encuestada (4).

Maguire y colaboradores en un estudio similar pero en pacientes internados indicaron proporciones de síndrome depresivo de 11 a 26% (5). De la misma manera se menciona en la literatura especializada (6,7) la asociación de depresión con enfermedades psicósomáticas o cáncer, la relación del cáncer con el estrés (7,8) y la relación entre trastornos psiquiátricos y otras enfermedades tratadas en hospitales generales (9,10, 11). Poco aún se ha estudiado sobre las relaciones entre estrés y la disminución de los mecanismos del sistema inmunitario (8).

Moffic y Paykel en su artículo "Depression in medical in-patients" (12) reportó que en un hospital londinense, de 150 pacientes estudiados el 24% presentaban depresión; este autor consignaba que se trataba de "una depresión intermedia entre lo normal y lo patológico".

Slaikeu y Freedman refieren que a los pacientes que se les comunica la necesidad de intervenir quirúrgicamente experimentan ansiedad inicial y depresión posterior, sobre todo cuando el motivo es tan grave como padecer cáncer o ser necesario una amputación. Estos pacientes en su particular visión pueden clasificarse como: afrentadores, evitadores y no específicos; lo anterior de acuerdo con las defensas psicológicas que usaron. Concluyen que sin embargo todos los grupos deben ser manejados psicoterapéuticamente en forma individual (13, 14).

Es importante señalar que cada individuo responde a los momentos estresantes de su vida en forma diferente. Así las reacciones depresivas de adaptación o reactivas se han considerado normales dependiendo del impacto de la experiencia y conforme a algunos criterios de frecuencia, intensidad y duración de la reacción. Otros elementos que se deben considerar son, según Powell (15): la fortaleza yoica, los antecedentes personales, ciertas características constitucionales, la cultura de procedencia y el sexo del sujeto en cuestión.

FORTALEZA YOICA.

La fortaleza yoica se ha definido como la capacidad para enfrentar las dificultades o para realizar un nuevo intento cuando se fracasa; la capacidad para tolerar la frustración; la capacidad de tolerar la tensión emocional y seguir tratando de alcanzar las metas propuestas; la capacidad para "juzgar en forma adecuada y válida", y ; la fortaleza para conciliar elementos conflictuales dentro del YO (16).

Un "YO fuerte" es aquel que ha desarrollado una competencia para manejar los impulsos y el medio ambiente. Harry Stack Sullivan considera el Sistema del YO como una serie de operaciones -- destinadas a proteger la propia estimación y a evitar la angustia, ya que toda disminución del nivel de la propia estimación -- produce angustia.

La fortaleza yoica, resumiendo, no es más que el repertorio conductual del individuo que le permite contender con los estímulos y sucesos de su ambiente, así como estructura de pensamiento que facilita la visión del mundo.

ANTECEDENTES PERSONALES.

También pueden ser llamados historia de reforzamiento y se refieren a todas aquellas experiencias del individuo que influyen de una manera determinante en su comportamiento actual.

Una persona puede "volverse sensible" por ciertas situaciones desfavorables de su vida; las experiencias traumáticas predisponen a la persona a sobrereaccionar en situaciones análogas (1). No sólo un suceso frustrante intenso hace vulnerable al individuo para desarrollar una patología psicológica, sino también una serie de "pequeños sucesos". Desde un punto de vista teórico, -- las situaciones desfavorables o traumáticas pueden ser asimiladas de tal manera, que formen una estructura cognitiva o experiencial que lleve al sujeto a considerarse frágil, impotente; o bien que vea a las amenazas como intolerables, terribles o catastróficas.

FACTORES CONSTITUCIONALES.

Estos se refieren a la existencia de una tendencia de tipo hereditario de sufrir cambios hacia una personalidad depresiva patológica ante el menor estrés. Existen estudios en los cuales se ha investigado a los familiares de pacientes que sufren depresión ya sea reactiva o endógena, y se ha encontrado un grado de correlación muy alto en la incidencia de enfermedades depresivas en otros miembros de la familia. Sin embargo, este tipo de estudios no han dilucidado por completo si esta correlación se debe a factores genéticos o de crianza.

Recordemos, citando a Rothschild (17) que la investigación efectuada en los tres últimos decenios ha hecho que se conozcan mejor las **bases biológicas de la depresión**. Las observaciones de que ciertos medicamentos mejoraban o empeoraban el estado de ánimo, hicieron que se desarrollara una hipótesis que describiera la posible función de los neurotransmisores específicos del cerebro en la depresión. Las modificaciones de estas hipótesis originales se centraron sobre las alteraciones de la función de los receptores, la incapacidad de la regulación de los sistemas neurotransmisores y las interacciones entre los sistemas de monoaminas y colinérgicos.

Las estrategias que emplean las mediciones endocrinológicas para valorar al paciente deprimido han ofrecido a los investigadores nuevos indicios relacionados con la función neuroendócrina alterada en la depresión y a los clínicos nuevas pruebas para auxiliarse en el diagnóstico y el tratamiento. Más aún, el desarrollo del estudio polisomnográfico ha sido de utilidad para identificar las anomalías características del sueño en caso de depresión.

Aunque hay problemas metodológicos por resolver, se está incrementando el empleo de marcadores biológicos para valorar al sujeto deprimido y es probable que éstos tengan gran importancia en lo futuro. Por último, los progresos recientes en la genética molecular prometen mayores progresos en nuestros conocimientos.

FACTORES CULTURALES.

Estudios comparativos realizados en Estados Unidos de Norteamérica, han mostrado que la población hispana de ese país muestra índices más altos de depresión que los anglosajones. Estos resultados podrían atribuirse tanto a patrones culturales de estilos de enfrentamiento, como a factores raciales o socioeconómicos. Algunos sociólogos han manifestado que debe también tomarse en cuenta la alta expresividad emocional que se permite el latinoamericano, el 'patrón mariano' de comportamiento (derivado de la sumisión que tanto se admira en la Virgen de Guadalupe) en particular de las mexicanas o el mal manejo de la culpa o de la hostilidad de ambos sexos.

SEXO.

En cuanto al sexo como factor de riesgo, se ha encontrado que existen diferencias en la capacidad de adaptación y la tendencia a desajustes entre hombres y mujeres. Se ha encontrado mayor predisposición en el sexo femenino. En ocasiones esto se ha correlacionado con la genética -cromosoma X para ser exactos- (17).

Otras aproximaciones a una explicación y de acuerdo con los postulados de la Teoría de la Indefensión, varios estudios (18) han corroborado que los hombres atribuyen los fracasos a factores externos y los éxitos a factores internos, sucediendo lo contrario con las mujeres, lo que las conduce a un mal concepto de sí mismas y consecuentemente a un estado de depresión que bien puede hallarse larvada.

Ahora bien si a los factores anteriores se les suma un elemento tal como lo es una enfermedad física, no nos asombran los datos epidemiológicos que se mencionaron anteriormente. De esta manera es que se pueden efectuar correlaciones entre enfermedades neurológicas, metabólicas, crónico-degenerativas, endocrinas, infecciosas, etc. versus depresión (6, 10, 19, 20).

En nuestro país empieza a ser cotidianidad la práctica de la Psiquiatría de Enlace en los Hospitales Generales; en el Hos-

pital General Español, el Dr. Campillo Serrano encontró que un 34% de los pacientes internados en ese nosocomio padecían enfermedades diagnosticables psiquiátricamente (11), algunas tan graves que necesitaron la intervención del especialista. Este y otros estudios han concluido que los síntomas físicos de la depresión pueden interferir con el restablecimiento del paciente, ya que hay implicaciones a todos los niveles psicofisiológicos del organismo.

La especialidad en Administración de Hospitales también ha identificado a la depresión como una entidad que prolonga los internamientos hospitalarios, elevando considerablemente los costos día/cama al incidir directamente en una mayor morbilidad.

En términos generales otras ramas de la medicina se han interesado en el problema que les plantea la depresión. Por lo que toca, sin embargo, a las correlaciones entre padecimientos traumatólogicos y/u ortopédicos es poco lo que se ha evaluado; en general se han descrito alteraciones del esquema corporal en padecimientos crónicos o degenerativos (ejemplo lumbalgias, dorsalgias, artritis, secuelas de poliomiелitis, etc.); otros han descrito diferentes estilos de afrontamiento o reacciones de adaptación en situaciones críticas especiales como lo es una lesión medular, amputaciones o quemaduras extensas.

Desconocemos las correlaciones entre infecciones agudas o subagudas y su correlato psíquico. Colchero R. en su estudio sobre infecciones óseas no se refiere a los aspectos psicológicos (19). Llama la atención que en una revisión de 15 años a la fecha no se encontraron estudios sobre la relación entre el estrés que produce padecer una infección ósea, ya sea aguda o crónica, y sus repercusiones a nivel psicológico.

Muy probablemente lo anterior se debe a que es poco lo que hoy sabemos sobre el vínculo que tiene la inmunología con la depresión. Observaciones clínicas han aportado que sujetos deprimidos son más susceptibles de contraer padecimientos infecciosos que van desde una simple infección viral hasta verdaderas inmunodeficiencias.

La depresión es valorada en la práctica clínica por dos métodos: la Entrevista y los Instrumentos Psicométricos, con los -- que se establece un diagnóstico más claro acerca del padecimiento. Dichos métodos están basados en estudios internacionales de Salud Mental.

E V A L U A C I O N C L I N I C A .

En este sentido es que el ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL DE LA DEPRESION concibe a esta como un "síndrome depresivo", caracterizado por deficiencias en las esferas Cognitiva, Emocional y Motivacional, además de la existencia de Síntomas Fisiológicos, que ya se ha dicho que no rara vez, son la causa de valoración especializada que ayude al sujeto a "desaparecer" sus molestias.

Deficiencias Cognitivas.

Obstrucción en el aprendizaje de respuestas efectivas, desesperanza en el futuro, pesimismo, autoreproches, pensamientos negativos o distorsionados.

Deficiencias Emocionales.

Prevalece un tono de tristeza, miedo, ansiedad, inquietud, irritabilidad, infelicidad, preocupación y un total bloqueo para expresar lo que se siente.

Deficiencias Motivacionales.

Existe apatía, resignación y pasividad.

Síntomas Fisiológicos.

Estos se pueden clasificar en:

- * respiratorios: sensación de "nudo" en la garganta, respiración lentificada y pausada, respiración suspirosa;
- * cardiovasculares: opresión torácica, cambios en la presión arterial, rinitis vasomotora y taquicardia;
- * digestivos: estreñimientos, diarreas, indigestión, pérdida o aumento de peso, gastritis y síndrome de úlcera péptica o de colon espástico;
- * sensoriales y cutáneos: cefaleas, mareos, gesticulaciones (pliegues en la frente), tiempo de reacción muy lento, vértigos y llanto fácil.

- * genitourinarios: micciones frecuentes, frigidez e impotencia.
- * musculares: tensión, cansancio, calambres, retardo psicomotor, andar lentificado, movimientos estereotipados o tics, temblor, dolor fibrosístico (como el dolor en la espalda), movimientos oculares defectuosos; en algunas ocasiones hay hiperactividad o agitación psicomotora (que la clínica clásicaubica como depresión agitada).
- * Alteraciones del sueño: insomnio inicial o terminal, sueño terminal o interrumpido, sensación de no descanso mientras se duerme, hipersomnio, pesadillas o sobresaltos nocturnos

Por lo que toca a la clasificación de todos estos signos y síntomas, una de las más completas y útiles clasificaciones es la que diseñó la A.P.A. en su DSM-III-R; este documento, citado en su oportunidad al inicio del capítulo, estudia a la depresión en cuatro categorías, a saber: Distimia, Trastorno de Adaptación con Humor Deprimido y Trastorno Bipolar.

L O S I N S T R U M E N T O S P S I C O M E T R I C O S

Estos procuran mediante recursos más o menos sencillos y simples en su aplicación, la indagación teórica relativa a la naturaleza de la función medida; procurando una apreciación cuantitativa y comparable del fenómeno psicológico y con ello de su manipulación estadística.

Las escalas existentes pueden agruparse en aquellas que valoran la depresión en términos generales y aquellas que la valoran como un síndrome psiquiátrico. También se pueden agrupar en las que son autoadministradas y las que son aplicadas por un entrevistador entrenado. Entre las más utilizadas se encuentran:

- £ la escala para medir la depresión de Wessman;
- £ la escala para la depresión de Hamilton;
- £ la escala de sentimientos y actitudes para medir el estado emocional actual del individuo de Hidreth;
- £ la escala 2 del M.M.P.I.

- £ la escala de Hutchinson y Smedberg;
- £ la escala de Beck;
- £ la técnica de Manchas de Tinta de Rorschach;
- £ la prueba de apercepción temática (T.A.T.);
- £ la lista de características depresivas de Fleminger y Groden;
- £ la escala para la automedición de la depresión de Zung.

El valor de un instrumento que se emplea para medir la depresión reside en su capacidad para identificar los casos que satisfacen los criterios diagnósticos externos y para distinguir entre la depresión y otros estados; la validez de cualquier medición se halla limitada por el grado de confianza que tenga el criterio.

En el ejercicio clínico, el criterio es la obra DSM-IIIR ya citada; la confianza que puede tenerse en el diagnóstico del instrumento de la A.P.A. se demuestra por los grados elevados de concordancia entre los puntuadores. Parece importante su concordancia externa, o sea su relación con la conducta observable no propia de la entrevista ().

Es posible considerar desde diversas perspectivas la sensibilidad de las escalas de puntuación de autoinforme y de entrevistador. Desde la perspectiva de validez de contenido el Inventario de Beck de depresión o la escala de Zung ofrecen la ventaja de valoración completa de los criterios del DSM-IIIR. Estos ofrecen una cobertura relativamente mejor del componente subjetivo, en tanto que la escala de Hamilton tiende a poner de relieve los síntomas que reflejan la intensidad de la depresión y sus manifestaciones de la conducta. El M.M.P.I. es un elemento sumamente útil, pero al no ser específico para depresión, el calificar sus 566 afirmaciones de autoreferencia es una tarea un tanto difícil.

Con respecto a la sensibilidad en el contexto situacional, es necesario considerar el empleo propuesto del instrumento. En las encuestas epidemiológicas sobre depresión las escalas de autoinformación tienen un registro de pista pobre. Identifican de manera típica a 5 o 6 veces más sujetos que durante las entrevistas directas y no descubren a un al

to porcentaje de los sujetos depresivos diagnosticados; otros han encontrado estas escalas de utilidad como instrumentos de pesquisa general en centros clínicos en los que pueden advertir al profesional la necesidad de efectuar una valoración más a fondo. Los instrumentos de encuesta como el Inventario para Diagnosticar la Depresión parecen más adecuados para funciones de pesquisas; probablemente no sean útiles con esta finalidad los inventarios de autoinforme como el Beck o el Zung.

Son más claras, por tanto, las ventajas de la valoración psicológica que proceden desde el registro de banda amplia o general hasta el de "grano fino o alta fidelidad". La valoración de banda amplia brinda información que puede ayudar tanto a la identificación de los síntomas como a la exclusión de síndromes. El análisis subsecuente de grano fino, permite la descripción más completa de la gravedad, de utilidad en el diagnóstico diferencial y la valoración de los resultados.

La Escala para la Automedición de la Depresión de Zung (E.A.M.D.) será objeto de nuestra atención, por ser la que con mayor frecuencia se utiliza para valorar a los pacientes deprimidos. Su popularidad radica en su forma breve y sencilla de aplicar.

DESCRIPCION DE LA ESCALA PARA LA AUTOMEDICION DE LA DEPRESION.

(E. A. M. D.).

La Escala para la Automedición de la Depresión, fué creada por William W. Zung en 1965. Esta escala tiene como objetivo medir cuantitativamente la presencia de la depresión, independientemente del diagnóstico clínico.

Está integrada por 20 items: 10 redactados positivamente (2, 3, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18 y 20) y 10 en forma negativa (1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 13, 15 y 19). Cada uno de ellos hace referencia a una característica común del padecimiento que pregunta al paciente como se aplica a él en el momento

de cuando contestar a la prueba. Las respuestas ofrecen tres opciones:

nes: SI, NO ESTOY SEGURO Y NO (ver Anexo 1). Cabe señalar - que se invita a no utilizar la opción central (NO ESTOY SEGURO).

- A lo largo del instrumento pueden distinguirse tres criterios clínicos:
- 1.- Afecto Persistente Depresivo.
 - 2.- Concomitantes Fisiológicos.
 - 3.- Concomitantes Psicológicos.

Estos criterios, al igual que los items correspondientes a cada uno, se agrupan en el siguiente cuadro:

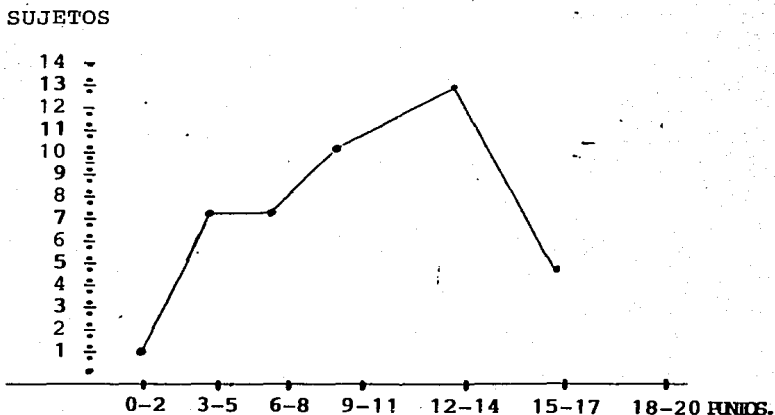
C R I T E R I O S C L I N I C O S	. . REACTIVOS Y SU UBICACION EN EL EAMD.
<u>1. Afecto Persistente.</u>	
- Deprimido, triste y melancólico.	. Me siento abatido y melancólico (1)
- Accesos de llanto.	. Tengo accesos de llanto o deseos de llorar. (3)
<u>2. Equivalentes Fisiológicos.</u>	
Variación diurna: exageración de síntomas en la mañana y algún alivio conforme avanza el día.	. En la mañana me siento mejor (2)
Sueño: despertar temprano o frecuente.	. Me cuesta trabajo dormir en la noche. (4)
Apetito: disminución en la ingesta de alimentos.	. Como con el mismo apetito de antes. (5)
Pérdida de peso: asociada con ingestión disminuida de alimentos o metabolismo aumentado o reposo disminuido.	. Noto que estoy perdiendo peso. (7)
Sexualidad: libido disminuida.	. Disfrute del sexo igual que antes. (6)
Gastrointestinales: constipación.	. Estoy estreñido. (8)
Cardiovasculares: taquicardia.	. El corazón me late más aprisa que de costumbre. (9)
Musculoesqueléticos: fatiga.	. Me canso a pesar de no hacer nada. (10)
<u>3. Equivalentes Psicológicos.</u>	
Agitación psicomotor.	. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto. - (13)
Retardo psicomotor.	. Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbraba. - (12)
Confusión.	. Tengo la mente tan clara como antes. (11)
Vacuidad.	. Mi vida es satisfactoria. (18)
Desesperanza.	. Tengo esperanza en el futuro. (14)
Indecisión.	. Me resulta fácil tomar decisiones. (16)
Irritabilidad.	. Estoy más irritable que de costumbre. (15)
Insatisfacción.	. Disfruto lo mismo ahora que antes. (20)
Devaluación Personal.	. Sé que soy útil y necesario.
Rumiación suicida.	. Creo que muriéndome le haría un favor a los demás. (19)

Para la calificación del encuestado, se toman en cuenta las respuestas de la siguiente manera: otorgan un punto las respuestas afirmativas en las preguntas 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 13, 15 y 19; de igual manera otorgan un punto respuestas negativas a los items 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18 y 20.

Este test, modificado del originalmente elaborado, fué validado en una investigación en la U.N.A.M. en una revisión del E.A.M.D. por Camacho Cruz y Hernández Sandoval en una investigación efectuada en la Facultad de Psicología en 1987 (21). El trabajo concluye con respecto a la calificación, cita textual, "cuando un sujeto obtenga una calificación de 3 en la escala, éste habrá superado en depresión al 2% de la población (caera en el percentil 02) del D.F.; un sujeto que obtenga 9 habrá superado al 38% y uno que califique 14 habrá superado al 88%".

"Si las medias de la muestra a las que se aplique la escala modificada son mayores o cercanas al 10.07, esto significará la existencia de una patología cuyo principal componente será, seguramente, la depresión (Véase la GRAFICA 5)

G R A F I C A 5 .
DISTRIBUCION DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN LA
E . A . M . D .



Dentro de las Psicoterapias han destacado los enfoques de escuelas tales como la Cognoscitivista que a través de los estudios de Seligman y su Teoría del Desamparo Aprendido explican que los acontecimientos se interpretan a lo largo de tres dimensiones polares:

INTERNA / EXTERNA X ESTABLE / INESTABLE X GENERAL / ESPECIFICA.

Así la persona puede atribuirse la producción de un hecho negativo a sí misma (interno) o hacerlo a los otros -- (externo), a causas que son estables y duraderas (p. ej., "no soy inteligente"), o temporales y fugaces (p. ej., "estoy cansado"); a características globales o generales (p. ej., "no sirvo con las mujeres"), o aspectos específicos -- (p. ej., "no hubiera podido con esa mujer"). El estilo depresivo atributivo se caracteriza por percepciones internas, estables y globales de los acontecimientos negativos. La terapia entonces está centrada en modificar estas respuestas.

La teoría de Rehm del autocontrol incorpora la teoría de la atribución cognoscitiva como parte de un modelo que abarca también autovigilancia, autovaloración y autorecompensa o autocastigo. Los déficits de autovigilancia consisten en atención selectiva a acontecimientos negativos y -- contribuyen al pesimismo, el déficit motivacional y el humor disfórico. La autoevaluación depresiva produce poco amor propio. Se invocan las proporciones de autoreforzamiento y autocastigo para explicar el retraso psicomotor, las actividades que se inician con obstáculos, la reducción de la persistencia, la autocondonación de los aspectos reforzadores inmediatos y el poco amor propio. El paquete terapéutico intenta alterar el estilo depresivo del autocontrol.

Dentro de las teorías Conductistas, destaca la explicación de Lewinsohn quién considera que la depresión es resultado de disminución de la magnitud del reforzamiento positivo de reacción causal. Se reduce el balance entre recompensas

sa y esfuerzoLas circunstancias y los acontecimientos de la vida cambian y producen proporciones menores de recompensa por la conducta esforzada, lo que da por resultado actividades más lentas, iniciadas con obstáculos y una baja en la persistencia. Se consideran secundarios los otros aspectos del síndrome depresivo, como la disforia.(22).

Para la escuela psicoanalítica, la depresión ocurre por una fijación a estadios pregenitales del desarrollo (etapa oral), lo que se manifiesta en una tendencia a reaccionar a las frustraciones de manera violenta y a tratar de conseguir lo que necesitan por medio de la propiciación y la sumisión. Estas personas son "adictos del amor" y no pueden amar a alguien activamente, son pues pasivos y narcisistas. El tratamiento psicoanalítico trata de resolver estos conflictos. (23).

Por lo que toca a la farmacoterapia, el espectro de los medicamentos disponibles para el tratamiento de la depresión sigue ampliándose. Es importante no obstante señalar que es necesario que al paciente se le efectúe una revisión completa y que de acuerdo con su estado general se le prescriba el mejor antidepresivo. En el paciente externo probablemente el fármaco de preferencia sigue siendo un antidepresivo tricíclicoEn los enfermos con antecedentes de sobredosificación impulsiva, la elección actual es la trazodona. Sin embargo, es posible que en algunos años la fluoxetina e incluso el bupropión entren en uso general. En el caso de depresiones endógenas más graves, es conveniente utilizar la Terapia Electroconvulsiva. En quienes sufren de presión con aspectos psicóticos, la indicación general es la combinación del agente antidepresivo y un neuroléptico, cambiando a la T.E.C. en caso de fracasar esta modalidad.

En cuanto a la eficacia de los métodos siempre se ha discutido entre si es más adecuado un tratamiento psicoterapéutico o farmacoterapia; la mayor parte de los estudios concluyen que es mejor la óptima combinación de ambos.

I N F E C C I O N E S O S E A S .

Como en el caso de cualquier otro tejido vivo, el hueso es propenso a la infección, la cual puede ser aguda o crónica. Los gérmenes pueden alcanzar el hueso directamente o indirectamente (24). La artritis séptica y la pseudoartrosis infectada, a pesar de ser más bien problemas articulares se estudian conjuntamente por ser complicaciones generalmente de una osteomielitis.

Para tener una idea general de la morbilidad de estas patologías en nuestro medio, podemos decir que en Instituto Nacional de Ortopedia (I.N.O.) se atiende a un gran número de estos pacientes. En el año de 1989, según estadísticas propias del I.N.O., se atendieron un total de 149 casos; estos correspondieron en un 74% a Osteomielitis, 23% a Pseudoartrosis Infeccionadas y un 3% a Artritis Séptica.

O S T E O M I E L I T I S .

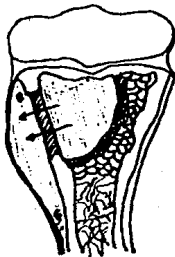
El término denota infección ósea. Aunque diversos tipos de microorganismos (virus, hongos) pueden causarla, generalmente es de origen bacteriano.

Los microorganismos llegan al hueso para causar infección por una de tres vías: 1) diseminación hematógena; 2) propagación desde un sitio de infección contigua; 3) introducción directa al hueso de microorganismos por traumatismo, incluyendo cirugía. La osteomielitis hematógena aguda suele afectar al hueso con médula roja abundante; en los niños, los huesos largos se afectan con mayor frecuencia.

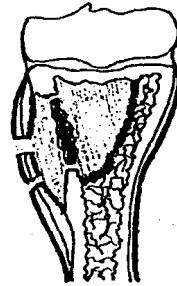
Los datos patológicos durante la fase aguda incluyen inflamación con neutrófilos, edema, congestión vascular y rigidez ósea que compromete el riesgo sanguíneo causando isquemia, muerte celular y trombosis vascular. Después de unos días, la lesión supurativa e isquémica pueden hacer que el hueso se fragmente en segmentos desvitalizados deno

minados secuestros. La inflamación se disemina por los conductos de Havers y de Volkmann hasta el periostio; debajo de éste pueden formarse abscesos, o el material purulento puede atravesarlo para formar abscesos en los tejidos blandos o trayectos fistulares (25).

Si hay infección persistente, pueden unirse a los neutrófilos, células inflamatorias crónicas como linfocitos, histiocitos y células plasmáticas. También hay proliferación fibroblástica y formación de hueso nuevo. La inflamación puede rodearse por osteogénesis del periostio para formar una envoltura ósea denominada involucro. A veces, una cápsula fibrosa densa limita la infección a una zona localizada de supuración denominada absceso de Brodie. Algunas veces puede producirse osteogénesis exuberante que termina en osteomielitis esclerótica no purulenta (osteomielitis esclerosante de Garré).



OSTEOMIEELITIS AGUDA QUE MUESTRA LA FORMACION DE UN ABSCESO SUPERFICIAL.



OSTEOMIEELITIS CRONICA QUE MUESTRA UN ABSCESO Y UN INVOLUCRO.

OSTEOMIEELITIS HEMATOGENA. Algunos gérmenes penetran a menudo en la corriente sanguínea a partir de algún foco infeccioso, aunque en la mayoría de los casos no llegan a sobrevivir. No obstante, si alcanzan una región cuya vitalidad biológica es menor que la normal, pueden multiplicarse y llegar a producir una lesión infecciosa local.

Los gérmenes comúnmente aislados son: estafilococo dorado, estreptococo piógeno y neumococo. Sin embargo, se han aislado también el Haemophilus influenzae, E. coli, Pseudo

mona aeruginosa, Proteus vulgaris y Salmonella.

Por lo que toca a las manifestaciones clínicas, esta patología es frecuente en niños, adolescentes o adultos con problemas tales como diabetes sacarina. El dolor es muy intenso en un miembro, de comienzo rápido, con toxemia y temperatura elevada. Inicialmente, como la lesión está situada en el interior de la cavidad medular, aunque la sensibilidad es muy acentuada, no es evidente la presencia de calor local y de tumefacción. Sin embargo, estos últimos signos aparecen rápidamente a medida que se forma el absceso subperióstico.

Generalmente se comprueba el antecedente de un traumatismo trivial sufrido unos días antes y una lesión infecciosa aparentemente insignificante.

Cabe destacar que en la fase aguda las imágenes radiográficas son normales; sólo cuando empieza a depositarse hueso nuevo por debajo del periostio despegado, puede observarse una sombra subperióstica. En este momento, aparece un área de rarefacción ósea. Estas son las primeras alteraciones radiológicas visibles. Esto sucede 2 o 3 semanas después del comienzo, y en este momento ya se habrán producido lesiones óseas irreversibles.

En lactantes y niños pueden afectarse varios huesos en sucesión rápida.

OSTEOMIEELITIS POSTRAUMÁTICA Y OSTEOMIEELITIS POR INFECCIÓN CONTIGUA.

La clínica de estas formas de osteomielitis son diversas combinaciones de dolor local, supuración y calor, edema, hiperestesia y eritema a nivel del hueso afectado. Los pacientes suelen estar apiréticos.

En una minoría de enfermos hay leucocitosis y aumento de la velocidad de sedimentación eritrocítica. Los cambios radiológicos son similares a los descritos anteriormente.

Con frecuencia se aflojan los materiales ortopédicos como placas, clavos, tornillos o prótesis.

OSTEOMIELITIS CRONICA. Este proceso aparece después que se ha producido una lesión irreversible en el hueso afectado, y obedece al hecho de que los gérmenes causales pueden permanecer latentes en las áreas necróticas avasculares y en ocasiones pueden reactivarse, dando lugar a un nuevo brote.

El hueso se engruesa y esclerosa, y contiene a veces una cavidad en la que puede albergarse un secuestro. (24).

Durante la fase de latencia, que puede durar años, el paciente no presenta síntomas, aunque se observan por lo general cicatrices de abscesos y fístulas anteriores. A intervalos, sin embargo, aparece el síndrome clínico. Este síndrome puede presentarse a consecuencia de algún traumatismo trivial sobre la región afecta, aunque con frecuencia suele producirse espontáneamente.

El paciente se queja de dolor, que sobreviene rápidamente, y existe una alteración del estado general con fiebre. Localmente, suele existir aumento de la temperatura, tumefacción con enrojecimiento. En ocasiones, se abre una cicatriz antigua de una fístula y empieza a exudar material purulento.

A continuación suele presentarse un período prolongado de eliminación de pus, y en este caso, si la fístula se cierra, por el hecho de que el pus se forme en bolsas cerradas, es posible que se produzca un nuevo brote.

Diagnóstico.

Aunque las radiografías y las gammagrafías pueden ser útiles, el diagnóstico definitivo requiere aislar el microorganismo causal. Si los hemocultivos son negativos (como generalmente ocurre), los pacientes deberán someterse a aspirado del espacio articular afectado o del sitio de sospecha. En pacientes con osteomielitis hematógena crónica, osteomielitis postraumática o por infección vecina, el diagnóstico se establece mejor mediante cultivos cuidadosos en medios aerobios y anaerobios de hueso, tejido o pus de un

absceso profundo obtenido durante la intervención quirúrgica. Estas infecciones a menudo son polimicrobianas y a veces incluyen bacterias anaerobias; es necesaria la identificación bacteriológica precisa para el tratamiento antibiótico específico. Los cultivos de material obtenido de fístulas que drenan, en general son poco confiables, aunque crezca un solo microorganismo, debido a que las vías pueden estar colonizadas por bacterias presentes en la superficie cutánea pero ausentes en el hueso infectado.

Tratamiento.

El reposo en cama y los antibióticos parenterales adecuados durante cuatro a seis semanas curan la mayor parte de los casos. Los antibióticos usados para tratar la osteomielitis dependen del resultado del cultivo y de las pruebas de sensibilidad.

La estabilización externa por tracción o vendaje, está indicada si hay inestabilidad ósea. La intervención quirúrgica suele ser necesaria sólo para drenar abscesos; los principios quirúrgicos principales en otros casos son eliminar todo el hueso y tejido necrótico y los espacios muertos. El hueso rígido, a diferencia de los tejidos blandos, no se colapsa alrededor de un sitio del que se evacua el pus; la cavidad resultante proporciona una zona para que se acumulen sangre, detritus y microorganismos. Este espacio debe obliterarse por alguna técnica (taponamiento con gasas, llenado con injertos, transferencias de pedículos óseos, injertos cutáneos o irrigación continua).

A veces la localización o extensión de la osteomielitis hace que el tratamiento quirúrgico resulte imposible de no ser la amputación. Esto ocurre igualmente cuando se combina osteomielitis e insuficiencia vascular.

La osteomielitis relacionada con una prótesis requiere en general la extracción de esta, un amplio debridamiento y antimicrobianos. Si la infección es inactiva o de bajo grado puede implantarse una prótesis nueva, en otro caso -

las opciones son artroplastía o sustitución de la prótesis cuando la infección halla cedido.

La osteomielitis relacionada con placas, tornillos, clavos o varillas intramedulares también obedece a los mismos principios.

A R T R I T I S S E P T I C A .

La infección puede alcanzar una articulación por una de las tres vías siguientes. En primer lugar, por la corriente sanguínea a partir de un foco distante; en segundo lugar, por propagación directa a partir de un foco de osteomielitis en alguno de los huesos que la forman, y; en tercer lugar, por inoculación directa a través de una herida cutánea.

Se considera, por su frecuencia, como una secuela de una infección ósea.

Como en el caso de la osteomielitis aguda, obedece comúnmente al estafilococo dorado. La facilidad de aparición depende de las características anatómicas del hueso afectado. La osteomielitis afecta por lo general la región metafisiaria y no se propaga a través de la línea epifisiaria. Sin embargo, si la cápsula articular se inserta por debajo de esta línea epifisiaria, es posible que el pus se abra paso al interior de la articulación. Por consiguiente, la artritis supurada de la rodilla puede ser una complicación rara de la osteomielitis de la tibia o del fémur. En la cadera se presenta como resultado de la infección de la infección de la extremidad superior del fémur.

El pus destruye el cartílago articular, de forma que en los casos no tratados se produce una gran destrucción articular, que es causa a menudo de anquilosis ósea. Los casos producidos por gérmenes menos virulentos dan lugar a anquilosis fibrosa, si no se tratan.

Aparece dolor intenso en la articulación afecta, juntamente con malestar general y elevación de la temperatura. La articulación se muestra caliente, sensible y tumefacta, y con una notoria limitación del movimiento, a causa de espasmo muscular, que puede ser de tal intensidad que la articulación llegue a mantenerse completamente rígida. A medida que se distiende la cavidad sinovial por el líquido purulento, puede comprobarse fluctuación. Más tarde llega a formarse un absceso que se abre paso a través de la piel dejando atrás una fístula supurante crónica (24).

Diagnóstico.

En la fase precoz son normales las radiografías. Más tarde puede observarse cierto grado de rarefacción, seguido por una irregularidad subarticular.

Se comprueba leucocitosis polimorfonuclear y está notablemente elevada la velocidad de sedimentación globular. La aspiración de la articulación permite obtener un líquido turbio y francamente purulento. El líquido sinovial se encuentra con una leucocitosis franca que va de 10 000 a 100 000 células por mm³. La concentración de glucosa en la cavidad articular suele ser menor de 50% de la glicemiasimultánea, cuando se mide 6 horas después de una comida.

Hay que hacer cultivos de sangre y líquido sinovial en busca de aerobios y anaerobios. La tinción de Gram es buen aliado.

Las técnicas de gammagrafía con radionúclidos pueden ser útiles para diferenciar entre celulitis, osteomielitis o artritis séptica.

Tratamiento.

Se coloca al paciente en cama y se le administra un ciclo de antibióticos de amplio espectro por vía general. Tan pronto como se conozca la sensibilidad del germen causal se instituirá manejo específico.

La articulación se coloca en reposo por medio de una férula. Convendrá adoptar una posición funcional óptima para

el caso eventual de que sobrevenga anquilosis. A intervalos frecuentes se repite las aspiraciones hasta que remita el derrame, y después de éste momento deberá empezarse la movilización activa.

En los casos graves, el pus llega a ser demasiado espeso para conseguir su aspiración, y en este caso deberá precederse al drenaje abierto de la articulación. Esta medida deberá evitarse en lo posible, puesto que puede aumentarse la rigidez residual después de haber remitido la actividad del proceso.

P S E U D O A R T R O S I S I N F E C T A D A .

Se dice que ocurrió una mala consolidación ósea cuando, desde el punto de vista radiológico, se observa una separación o hendidura evidente entre los cabos óseos de la fractura, con esclerosis de los fragmentos. La hendidura entre los cabos puede colmarse por tejido fibroso y entonces se dice que ha tenido una consolidación fibrosa, o bien formarse una mala articulación (pseudoartrosis) en la que los cabos óseos llegan a quedar recubiertos de fibrocartílagos.

Desde el punto de vista clínico persiste cierto grado de movimiento a nivel del foco de fractura. Generalmente se infecta como consecuencia de haber sido primariamente una fractura expuesta o por mala técnica quirúrgica correctiva, de aquí que los principios clínicos, diagnósticos y terapéuticos sean similares a los de una osteomielitis post traumática, de la que ya nos hemos ocupado.

LOS MECANISMOS DE DEFENSA.

Haciendo mención de conceptos psicoanalíticos, y sobre todo apoyados en la concepción que estos conceptos tienen del aparato intrapsíquico, diremos que situado entre el -ello y el medio ambiente, y constantemente controlado por el superyo, se halla el yo en situación harto difícil, que a veces provoca en él angustia, siendo ésta la que moviliza el proceso defensivo. La angustia es motivada por el peligro de que la organización total del yo -dice Waelder- pueda ser destruida (25).

A tal efecto, el yo construye barreras que le permiten rechazar ciertos impulsos o solucionar los conflictos originados por la oposición de las exigencias de cada una de las instancias psíquicas.

Estos mecanismos de defensa son utilizados por el yo en su lucha contra peligros intrapsíquicos y extrapsíquicos o ambientales. Freud empleó por primera vez esta denominación en el año de 1894, en su artículo "Neuropsicosis de -Defensa", para indicar los rechazos instintivos que realiza el yo. Luego lo sustituyó por la palabra: represión, pero en el año 1926, en "Inhibición, síntoma y angustia", -- volvió a emplear nuevamente la expresión mecanismo de de--fensa, que representa la ventaja de poder ser utilizada como denominación general de todas las técnicas diferentes - que el yo emplea en su lucha contra las exigencias instintivas. La represión es sólo una de ellas (27).

En su Capítulo IX, Los Mecanismos de Defensa, Otto Fenichel en "Teoría Psicoanalítica de las Neurosis" (23) clasifica a las defensas en:

- a) defensas exitosas, que dan lugar a la cesación de lo que se rechaza, y
- b) defensas ineficaces, que obligan a una repetición o

perpetuación del proceso de rechazo, a objeto de evitar la irrupción de los impulsos rechazados.

Las defensas patógenas, que constituyen la base de la neurosis, pertenecen a la segunda de estas categorías: cada vez que hay impulsos opuestos que no pueden encontrar descarga y se mantienen en suspenso en el inconciente, e incluso a causa del ininterrumpido funcionamiento de sus fuentes físicas, se ven reforzados en su intensidad, se crea un estado de tensión y puede producirse la irrupción.

Cabe colocar las defensas de carácter exitoso bajo el rótulo genérico de sublimaciones. Este término no designa un mecanismo específico. Sin embargo, hay que recordar que las líneas de demarcación en las dos categorías no está siempre definido. Las defensas de carácter eficaz por ejemplo pueden hacer uso de diversos mecanismos, tales como el cambio de la pasividad a una actitud activa, la vuelta contra el sujeto o la transformación de un fin por el fin opuesto.

Recordemos brevemente que los conflictos entre las exigencias instintivas y el temor o los sentimientos de culpa no son necesariamente patológicos. La forma en que son manejados estos conflictos es lo que decide si su curso ulterior será normal o patológico. Mientras las exigencias instintivas normales ocupen su lugar dentro de la personalidad total y puedan ser periódicamente satisfechas, los conflictos restantes serán de una intensidad relativamente pequeña y podrán ser resueltos sin dar lugar a consecuencias patológicas (23).

La capacidad de descargar las tensiones instintivas mediante gratificaciones periódicas constituye la mejor garantía de salud mental, y a la vez un prerrequisito de la sublimación libre de perturbaciones.

Los mecanismos de defensa han surgido pues es una de las tareas más importantes del yo enfrentar las amenazas y peligros que acechan a la persona y suscitan angustia (28)

Algunos de los mecanismos de defensa, según señala Anna Freud, son capaces de dominar grandes cargas instintivas o afectos, mientras que otros, por el contrario, sólo pueden controlar cantidades exiguas.

Los motivos que rigen en el yo la elección de un tipo de mecanismo de defensa no son aún muy conocidos, pero, en el campo de la teoría, se puede decir que esta instancia psíquica apela a la represión cuando necesita combatir ante todo deseos sexuales.

La lista de mecanismos de defensa es muy larga, pero a continuación se describirán los más habituales:

NEGACION. Consiste en no aceptar como real un evento que perturba al ego (29). La aptitud de negar partes displacentes de la realidad es la contrapartida de la "realización alucinatoria de deseos". Este tipo de negativa de reconocimiento del displacer en general fué denominado por Anna -- Freud "etapas previas de defensa".

RENEGACION. Se origina por desconocimiento de la realidad de una percepción amenazante (negación). Para sostener esta evasión de una percepción real, se crea una fantasía que borra el suceso desagradable e incómodo (nueva negación, regeneración o control omnipotente). Este mecanismo por ejemplo ocurre en la percepción del 'miembro fantasma' en el que junto con la percepción (inconscientemente negada) de la amputación se "sienten" dolores u otras molestias (30).

REPRESION. La esencia de la represión consiste simplemente en desviar cualquier cosa y mantenerla a cierta distancia de lo consciente. La represión obliga a alejar de la conciencia todo suceso, idea o percepción que pueda ser un provocador potencial de ansiedad, evitando así cualquier posible disolución. La represión nunca se lleva a cabo de una vez por todas, sino que requiere un gasto constante de energía para mantenerla, en tanto que lo reprimido trata constantemente de encontrar una salida (29). Se debe a una oposición fija entre el ego y el ello (31).

REGRESION. Se ha dado el nombre de regresión al proceso que - conduce nuevamente la actividad psíquica a una forma de ac- tuación ya superada, evolutiva y cronológicamente más pri- mitiva que la actual (26).

AISLAMIENTO. El aislamiento es la forma de separar, del resto de la psique, las partes de una situación que producen ansiedad. Es el acto de atajar dicha situación de tal manera que haya poca o ninguna reacción emocional relacionada con el suceso. El estudio de Freud sobre el aislamiento señala que el prototipo de aislamiento es el pensamiento lógico, que también trata de desprender el contenido de la situa- ción emocional (29).

ANULACION O REPARACION. Consiste en la realización de un acto de- terminado con el fin de anular o reparar el significado de uno anterior. Es un mecanismo típico de las neurosis obse- sivas, cuyo ejemplo más característico es el acto en dos - tiempos: p. ej., se insulta a los padres, y a continuación se golpea la boca que profirió la ofensa (30).

PROYECCION. Esta es una operación de defensa que resulta en - la atribución individual de una pulsión o deseo que le per- tenece a sí mismo, a alguna otra persona o, con la misma - razón, a algún objeto impersonal del mundo exterior. Un ca- so patológico notorio sería el del psicótico que proyecta sus pulsiones de violencia y que en consecuencia, se creye- ra en peligro físico. (30).

INTROYECCION. La idea de tragar un objeto es, originalmente, u- na expresión de afirmación. Como tal, es el prototipo de - la satisfacción instintiva, no de la defensa contra los -- instintos. En la etapa del yo del placer puro, todo lo que es placentero es introyectado. La incorporación si bien es una expresión de amor, objetivamente destruye a todos los objetos como tales (23).

ECISION. Ocurre cuando hay una disociación entre las funcio- nes del yo, gracias a la cual se oponen o enfrentan unas a

otras , debido a identificaciones con objetos contradictorios cuya unión traería por consecuencia la destrucción de uno u otro, siendo ambos necesarios para la sobrevivencia o estabilidad psíquica del sujeto. Este es el mecanismo -- que subyace en la personalidad múltiple (30).

FORMACION REACTIVA. Es un mecanismo por medio del cual una de un par de actitudes ambivalentes, por ejemplo, el odio, se hace inconciente y permanece tal debido a la exageración de la otra, que en este ejemplo sería el amor. De este modo - el odio aparece como remplazado por el amor; la crueldad - por la gentileza; el goce de la suciedad por la prolijidad y limpieza; y así sucesivamente, aún cuando la actitud ausente persista en forma inconciente (31). La fromación reactiva lleva al yo a efectuar aquello que es totalmente opuesto a las tendencias del ello que se quieren rechazar.,

VUELTA CONTRA SI MISMO. Muy cercano al mecanismo anterior, la ---vuelta contra sí mismo, mecanismo típico del duelo patológico y las reacciones depresivas, en los que el odio y reproches en contra del objeto que abandona o maltrata, se - dirigen en contra del propio sujeto (30).

TRANSFORMACION EN LO CONTRARIO. Consiste en la expresión de la tendencia o deseo opuesto al que originalmente se trataba de dar satisfacción, conservándose, sin embargo, la liga con el objeto al cual iba dirigida la pulsión inicial. En la - formación reactiva se da un paso más en la defensa, no sólo se transmuta el deseo original en su opuesto, sino que - se generaliza a todos los objetos (30).

CONDENSACION. Mecanismo evidente en los sueños, lapsus, chiste y neologismos, consiste en la reunión de componentes de varias representaciones psíquicas en un solo elemento (palabra, imagen, representación), con el cual se encuentran --vinculadas asociativamente.

DESPLAZAMIENTO. En el desplazamiento se traslada el afecto, in-teres o importancia de una representación a otra.

RACIONALIZACION. Es el proceso de encontrar razones aceptables para los pensamientos o acciones inaceptables. Es el proceso por el cual una persona presenta una explicación lógicamente coherente o éticamente aceptable para una actitud, idea, acción o sentimiento que surge de otras fuentes de motivación. Lo utilizamos para justificar nuestra conducta cuando en realidad las razones de nuestros actos no son loables. Es una manera de aceptar la presión del super ego; disfraza nuestros motivos (29).

SUBLIMACION. Cabe colocar, en la teoría psicoanalítica, las defensas de carácter exitoso bajo el título genérico de sublimaciones. Es la adaptación lógica y activa a las normas del medio ambiente, con provecho para uno mismo y para la sociedad, de los impulsos del ello, rechazados como tales por el yo, en una función armónica con el superyó. Esto constituye una forma de satisfacción indirecta, con miras de utilidad social (26).

Hasta aquí describimos las defensas que se han apoyado en la teoría psicoanalítica, y a manera de breve resumen - podemos decir que las defensas evitan la realidad (represión), la excluyen (negación), vuelven a definirla (racionalización) o invierten (formación reactiva). Sacan los sentimientos interiores al mundo exterior (proyección), dividen la realidad (aislamiento) o se alejan de ella (regresión).

Sin embargo la psicología ha avanzado más en este tema y dentro de los mecanismos de defensa que comprende se inscriben los siguientes:

COMPENSACION. Se refiere al hecho de que aún cuando conscientemente se desea algo, si se sabe que esto no se puede poseer, se busca otro objeto que de alguna manera pueda ocupar el sitio del objeto deseado.

SUPRESION. Es una actividad análoga de la represión; su diferencia es que es consciente. Es la consabida decisión de olvidar algo, de no pensar más en ello (31).

CONVERSION. Ocurre cuando se somatiza un conflicto, la expresión del elemento elegido puede revelarnos un manejo metafórico y simbólico importante. Fué estudiado primeramente en los pacientes histéricos, en quienes no hay un adecuado manejo del nivel verbal y recurren a la 'solución' del conflicto por medios más primitivos.

IDEALIZACION. Cuando el yo se encuentra devaluado recurre a figuras que en otro tiempo le han servido de modelo y trata de encontrar elementos de identificación entre ambos. Mecanismo emparentado con la incorporación (muchos dicen que es un mero sinónimo), puede ser de tipo parcial o total.

FANTASIA DE TRANSFORMACION EN LO CONTRARIO. Defensa que se usa como garantía en la negociación contra las conmociones provocadas por el mundo externo. Toda fantasía es consciente y por tanto identificada por el yo como no-resolutiva de ningún conflicto.

INHIBICION. Ocurre cuando un impulso instintivo trata de mermar el funcionamiento yoico; corresponde a la restricción del yo a fin de evitar el displacer emanado de fuentes externas (27).

INTELIGUALIZACION. es análoga a la vigilancia constante del yo contra los peligros del mundo externo, está emparentado a la racionalización.

Algunos autores además han diferenciado a los mecanismos de defensa por niveles. Freud fué quien primeramente distinguió entre sublimación (defensa positiva) y los demás, encabezados por la represión, defensas que serían las que fundamentalmente se transforman y conforman las diferentes patologías neuróticas y psicóticas.

Anna Freud en su obra "El Yo y sus Mecanismos de Defensa" (op. cit. 27), en Ensayo de una Clasificación Cronológica termina por aclarar que con los conocimientos a su mano no puede indicar el desarrollo genético de las defensas.

Posteriormente otros autores (23, 26, 29) nos hablan de lo que se considera mecanismos de defensa de alto y bajo

nivel.

Los MECANISMOS DE DEFENSA DE BAJO NIVEL comparten su aparición temprana, el ser los más egocéntricos y vincularse con el nivel alucinatorio. No se relacionan con el mundo externo y su respuesta no toma en cuenta a la realidad en la mayor parte de los casos; forman parte de los mismos:

negación	renegación
represión	regresión
aislamiento	anulación o reparación.
introyección	escisión
formación reactiva	vuelta contra sí mismo
transformación en lo contrario	condensación

Los MECANISMOS DE DEFENSA DE ALTO NIVEL permiten al Yo mantener un menor consumo de energía psíquica y generalmente están en contacto con el mundo extrapsíquico y son, a saber:

proyección	desplazamiento
racionalización	sublimación
compensación	supresión
conversión	idealización
fantasía de transformación en lo contrario	inhibición
	intelectualización

Muchos han sido los métodos que se han elaborado para identificarlos; algunos dentro del área clínico como lo son la entrevista estructurada o el psicoanálisis u otras psicoterapias dinámicas. Siempre se ha criticado que su evaluación es un mucho subjetiva.

De esta manera fué que la psicología dinámica vinculada a la psicometría han buscado estos mecanismos a través de instrumentos muy diversos, en general a estos elementos se les conoce con el genérico de pruebas proyectivas pues permiten un acercamiento a la personalidad del individuo, a la manera en que se relaciona con el mundo y en la que responde ante un estímulo de este. Para los fines que el trabajo persigue utilizaremos sólo dos de las más conocidas y estandarizadas el MACHOVER y el H.T.P.

M A C H O V E R .

Este instrumento se ha enfocado de una manera sistemática a estudiar el lenguaje del cuerpo a través de reivindicar la técnica de calificado del dibujo de "una persona". -- Más que en cualquier otro método proyectivo, en este caso -- la teoría precedió a la práctica; la validación empírica -- fué anterior a la formulación de un marco de referencia teórico. Quedó así establecido el hecho de como los dibujos de una figura humana revelan amplias dimensiones de la personalidad del que dibuja.

La prueba consiste en solicitar que el evaluado realice el dibujo de una figura humana, no sugiriendole ninguna característica más al sujeto (sexo, edad, etc.); una vez terminado este se solicita que nuevamente se elabore otra figura pero ahora sí se indica que sea de sexo contrario al previamente hecho. Es potestativo para el examinador completar la administración del test con un interrogatorio, que de -- preferencia se pide se anexe por la parte de atrás de los -- dibujos. Este interrogatorio trata de obtener una historia sobre la persona dibujada, a manera de una novela.

Este aspecto verbal y más conciente del proceso, no constituye un elemento intrínseco de la técnica, pero ofrece una posibilidad de obtener información clínica indirecta que puede contrastar con los rasgos presentados gráficamente.

La mayor parte de las veces los dibujos se interpretan -- independientemente de las asociaciones verbales, e incluso sin tenerlas en cuenta ().

Los principios de la interpretación se fueron formulando paulatinamente, a partir del estudio de determinados rasgos de los dibujos y comparándolos con la historia clínica del sujeto, con datos complementarios obtenidos en el test y -- con aportaciones de la psiquiatría y la psicología. Examinando los protocolos de cada individuo que presentaba un rasgo determinado, se consiguió averiguar el significado que el --

rasgo en cuestión tenía en el individuo.

El dibujo de la persona representa la expresión de sí mismo, o del cuerpo, en el ambiente. Lo que expresa se podría caracterizar como la imagen corporal; esta imagen se puede definir como una reflexión compleja de autoconsideración -imagen de sí mismo-. Dentro de este concepto quedan, como indica Kubie: "el cuerpo, sus partes, sus productos y sus necesidades".

La imagen corporal suele desarrollarse lentamente. Es maleable, responde a la acción de enfermedades (tanto físicas como psíquicas), traumas, regresiones emocionales y tratamientos. Contribuye a nuestra concepción de lo que es una persona la imagen de estereotipos culturales y sociales. Los procesos de selección suponen la actuación principal de 3 mecanismos defensivos: 1) la identificación, 2) la proyección y 3) la introyección ().

Por lo tanto, el dibujo de la persona, al suponer una proyección de la imagen corporal, ofrece un camino natural para la expresión de los propios conflictos y necesidades del cuerpo.

En esta prueba se toman en cuenta casi todas las partes del cuerpo: cabeza, ojos, manos, piernas, etc.; así también son considerados: a) tamaño de la figura.

b) lugar donde se coloca la figura.

c) la lentitud o rapidez del movimiento gráfico.

d) la calidad de las líneas en el dibujo, presión y solidez.

e) la postura de la figura.

f) la integración de la figura.

Este método proyectivo tiene varias ventajas operativas: su administración es sencilla, no exige más material que un lápiz y una hoja de papel. Se puede ejecutar en menos de una hora. Se interpreta directamente, sin puntuación o cali-

ficación intermedia, interpretando a nivel de cualidades -- del dibujo los elementos presentes y ausentes.

A continuación se describen los 21 indicadores que se utilizan, mediante los cuales se puede valorar la percepción inconsciente que el examinado tiene de sí mismo, según Emmanuel Hammer ():

- | | |
|-----------------------------|--------------------------|
| 1o. Secuencia de la Figura. | 2o. Edad de las Figuras. |
| 3o. Posición. | 4o. Tamaño. |
| 5o. Movimiento. | 6o. Emplazamiento. |
| 7o. Calidad de líneas. | 8o. Cabeza. |
| 9o. Cabello. | 10o. Ojos. |
| 11o. Boca. | 12o. Cuello. |
| 13o. Brazos. | 14o. Manos. |
| 15o. Puños. | 16o. Dedos. |
| 17o. Piernas. | 18o. Vestimenta. |
| 19o. Botones. | 20o. Bolsillos. |
| 21o. Cinturón. | |

Cada elemento tiene un valor proyectivo por el que el YO se expresa. No es motivo sin embargo de este trabajo desglosar la manera en que se evalúa.

H. T. P.

La técnica H.T.P. propuesta por Buck recibe tal denominación porque en ella se pide al sujeto que dibuje una casa (House), un árbol (Tree) y una persona (Person).

Buck describe su método como un procedimiento de dos fases: VERBAL,

NO VERBAL.

La parte no verbal, requiere de una forma de expresión bastante primitiva, el dibujo. La segunda parte, verbal, es aperceptiva y algo más estructurada.

Se pide al sujeto que en su dibujo incluya estos tres objetos (árbol, casa, persona), concediéndole una libertad casi absoluta respecto a la manera de hacerlo. A continuación se le pide que defina, describa e interprete los objetos di

bujados y sus respectivos ambientes, haciendo las asociaciones pertinentes.

Buck eligió estos items porque:

- I Son items familiares incluso para los niños más pequeños;
- II Se observó que como objeto a dibujar gozaban de mayor aceptación que otros;
- III Suscitan verbalizaciones más francas y libres que otros items.

Esta técnica se basa en una serie de postulados que exponen la doctrina fundamental del H.T.P., en cuanto instrumento proyectivo ().

1. Cada dibujo completo (casa, árbol, persona) se debe considerar a la vez como un autorretrato y como un dibujo de tal objeto, puesto que los sujetos sólo dibujan aquellas características que consideran esenciales.
2. El sujeto puede indicar que un detalle determinado, una combinación de detalles, o el método de presentarlos, -- tienen especial importancia para él, de dos maneras: positiva y negativamente.

POSITIVAMENTE: a) Manifestando una franca emoción inmediatamente antes, durante o después de dibujar tal detalle o combinación de detalles.

b) Presentando el detalle, o el complejo de detalles, -- en un orden de secuencia que se aparta de lo normal.

c) Mostrando una especial preocupación respecto a su -- presentación, bien borrando, bien insistiendo en él, a lo largo de todo el proceso de ejecución.

d) Presentando el detalle o el complejo de detalles de una manera bizarra.

e) Por perseveración.

f) A través de sus manifestaciones acerca del todo o de cualquiera de sus partes.

NEGATIVAMENTE: a) Presentando incompleto el detalle o el complejo de detalles.

b) Omitiendo uno o más de los detalles esenciales.

c) Por sus comentarios evasivos, e incluso por su negación a hacer comentarios acerca del todo o sus partes.

3. La interpretación de estos detalles, complejos de detalles, y los métodos de presentarlos significativos, proporciona información respecto a las necesidades, temores y conflictos del individuo.
4. Es esencial ofrecer al sujeto la oportunidad de colaborar en la interpretación de sus producciones, porque se ha observado clínicamente que en determinadas configuraciones el pretendido significado no es universal y absoluto y queda alterado por las experiencias propias del individuo.
5. La interpretación de un punto determinado sólo resulta adecuada si se tiene en cuenta sus relaciones con la configuración total.
6. La interpretación se debe realizar con gran circunspección y poniendo en juego todos los conocimientos posibles acerca del sujeto y su ambiente.

Considerando el significado dinámico de los distintos elementos que componen los dibujos, es conveniente referirnos a las áreas más importantes de la personalidad que captan los tres conceptos gráficos antes mencionados:

Se ha comprobado que la **CASA**, como lugar de vivienda, -- provoca asociaciones con la vida hogareña y las relaciones intrafamiliares.

Por su parte el **ARBOL**, como entidad básica, natural y vegetativa, constituye un símbolo adecuado para proyectar los sentimientos más profundos de la personalidad, o sea, los sentimientos del Yo que se encuentran en los niveles más primitivos de la personalidad.

En cuanto a la PERSONA esta (tal como se describió en el test precedente, el Machover) constituye el vehículo de la transmisión de la autoimagen más cercana a la conciencia. - Así, los aspectos menos profundos, los recursos con los que el individuo se relaciona con los demás y los mecanismos defensivos, generalmente se proyectan en este dibujo.

Para la interpretación del H.T.P. se consideran todos -- los elementos constitutivos de la casa, el árbol y la persona; de igual manera, el contenido de los dibujos, más que los movimientos expresivos que se emplean al dibujar, ponen de manifiesto las cualidades más inconcientes que existen en el profundo de la personalidad.

M A T E R I A L Y M E T O D O S .

RECURSOS MATERIALES.

El estudio se desarrolla teniendo como escenario las instalaciones del I.N.O., en los pabellones de internamiento del servicio de Infecciones Oseas. Para la evaluación de las entidades nosológicas el Médico Traumatólogo Ortopedista solicitará los estudios de gabinete (radiológicos, cultivos, etc.) que considere necesarios para fundamentar el diagnóstico de infección bacteriana ósea, articular o en pseudoartrosis. La cirugía que se practique será la que de acuerdo a los lineamientos generales de cada caso indique el personal médico del servicio de Infecciones Oseas. De la misma manera ellos indicarán el manejo farmacológico y de rehabilitación que mejor se considere. Hasta que se concluya la evaluación los pacientes no podrán recibir medicación ansiolítica o antidepressiva.

Tanto las entrevistas como los test serán realizados en la cama de los pacientes, buscandose la privacidad, tranquilidad y -- aislamiento máximos.

El material constará de un formato del E.A.M.D. de Zung por paciente, un protocolo de Bender que se utilizará en todos los casos para su copiado por los pacientes; las hojas blancas tamaño carta para el copiado del Bender y el dibujo del Machover y H.T.P. será proporcionado por la psicologa evaluadora, al igual que los lápices 2H y goma para borrar.

RECURSOS ECONOMICOS.

Serán cubiertos por el I.N.O. y se limitaran a los listados en el apartado anterior.

RECURSOS HUMANOS.

La psicologa evaluadora será una de las dos psicologas adscritas al Departamento de Salud Mental del I.N.O.

El médico psiquiatra participante corresponderá al residente de III Año de la especialidad que se halla en rotación por el --

I.N.O. al momento del estudio. Este será supervisado por el psiquiatra Jefe del Departamento de Salud Mental del mismo instituto.

Los médicos traumatólogos ortopedistas participantes serán residentes y médicos adscritos al Servicio de Infecciones Oseas -- del mismo I.N.O.

SUJETOS.

Se seleccionarán pacientes que sean internados por primera -- vez en el servicio de Infecciones Oseas del I.N.O. con alguno de los tres diagnósticos ya mencionados y que cumplan con todos los criterios de inclusión, durante el período del 1o. de agosto al 15 de diciembre de 1990, y que hallan requerido cirugía por este motivo. Se eliminarán del estudio en caso de cumplir con algún -- criterio de exclusión.

C R I T E R I O S D E I N C L U S I O N .

1. Pacientes de ambos sexos que sean hospitalizados en el Servicio de Infecciones Oseas del I.N.O., sometidos a cirugía por padecer Osteomielitis Bacteriana, Pseudoartrosis Infectada -- Bacteriana o Artritis Séptica Bacteriana. Debe ser el primer cuadro de infección por este motivo y la primera cirugía indicada.
2. Las edades límite serán 18 y 60 años, inclusive.
3. El diagnóstico se realizará de acuerdo a hallazgos clínicos, radiológicos y de cultivo bacteriológico para las entidades nosológicas enlistadas en el punto 1.
4. Cada paciente debe resolver el test de Depresión de Zung (EA-MD), la prueba gestáltico visomotora de Bender, un test de la figura humana calificado con la técnica de Machover y el test gráfico H.T.P.
5. Los pacientes incluidos deberán dar su consentimiento verbalmente de que desean participar.

C R I T E R I O S D E E X C L U S I O N .

1. Egreso hospitalario antes de concluir las pruebas.
2. Requerir nueva cirugía durante la evaluación psicológica.
3. No dominio del idioma español.
4. No tener ningún grado de escolaridad (analfabetismo).
5. Que el sitio de afección impida al paciente elaborar los dibujos que se requieren.
6. Estar o haber estado bajo manejo farmacológico con ansiolíticos, neurolépticos o antidepresivos, en un lapso comprendido desde tres meses antes de la fecha de evaluación inicial.
7. Para la segunda etapa del estudio se excluirán a los pacientes cuyos resultados del Bender sean reportados por la psicóloga evaluadora como Sugestivos o Concluyentes de Daño Orgánico Cerebral.

DISEÑO DE LA INVESTIGACION.

Este estudio será un estudio abierto, descriptivo, longitudinal y prospectivo, de 19 semanas de duración comprendidas del 10 de agosto al 15 de diciembre de 1990.

METODOLOGIA.

Una vez que el paciente ingresa al I.N.O. y se le interna en el Servicio de Infecciones Oseas, se inicia la evaluación clínica y paraclínica del sujeto. Los traumatólogos y ortopedistas -- adscritos a ese servicio serán quienes dictaminen la presencia -- de las tres entidades nosológicas a estudiar: Osteomielitis Bacteriana, Pseudoartrosis Infeccionada Bacteriana y Artritis Séptica Bacteriana; lo anterior se realizará de acuerdo con sus estándares diagnósticos y que son en términos generales los considerados por la Organización Mundial de la Salud.

Ya se señaló que los criterios terapéuticos corren a cargo de los médicos encargados del servicio de Infecciones Oseas. El paciente será sometido a cirugía y 5 días después y ya con la evidencia de que el proceso infeccioso es de tipo bacteriano se le aplicará en el primer encuentro entre el paciente y el Depto. de Salud Mental, el test de Zung (E.A.M.D.), así como el H.T.P. y el Machover. Estos dos últimos instrumentos contarán con una historia que se anexará en la parte trasera de los dibujos.

En una segunda sesión se aplicará la batería del estudio gestáltico visomotor de Lauretta Bender (esta prueba sólo podrá ser aplicada por la psicóloga participante). Una vez concluida la evaluación se termina el trabajo clínico con ese paciente. Cabe señalarse que la aplicación del estudio se podrá hacer hasta en tres sesiones cuando el estado del paciente así lo requiera, pero deberá respetarse el flujo de las pruebas por aplicar.

Una vez concluida la fase de aplicación, la psicóloga procederá a la evaluación de las mismas. Los resultados se concentrarán en una libreta destinada, para tal fin. Estos se expresarán de la

siguiente manera:

- E.A.M.D. Se otorgará una calificación numérica que en caso de ser de 10 o mayor se considerará como depresión.
- BENDER. Podrán brindarse 3 calificaciones: Normal, Sugerente de Daño Orgánico Cerebral (D.O.C.) o Concluyente de D.O.C.
- H.T.O. y Se indicarán los tres mecanismos de defensa principales que se encuentren, de acuerdo a la evaluación de los dibujos que efectuó el sujeto. No se otorgará alguna evaluación respecto del orden en que estos sean emitidos. Dentro de estos sólo se reportan los siguientes:
- MACHOVER
- MECANISMOS DE ALTO NIVEL:

proyección	racionalización
compensación	fantasía de transformación en lo contrario
conversión	desplazamiento
sublimación	supresión
idealización	inhibición
intelectualización.	

MECANISMOS DE BAJO NIVEL:

negación	renegación.
represión	regresión
aislamiento	anulación o reparación
introyección	escisión
formación reactiva	vuelta contra sí mismo
condensación	transformación en lo contrario

Finalmente se procederá al análisis estadístico de los datos. Se calificarán primeramente los E.A.M.D. , posteriormente el Bender. Esto se hará con todo el universo de los pacientes.

A los pacientes que se les reporte un protocolo sugerente o concluyente de D.O.C. , no se les evaluará el resto de las pruebas; sin embargo, a todos se les pedirá la totalidad de las pruebas pues al no ser una población cautiva o manejada directamente por el departamento de salud mental, no es fácil contactar nuevamente una vez que el paciente se egresa (el promedio de estancia para estas patologías no sobrepasa los 14 días).

Se eliminan los pacientes con D.O.C. debido a que queremos -- trabajar con material gráfico de tipo proyectivo y queremos eliminar el elemento afección cerebral difusa o localizada que pudiera alterar la interpretación.

CONSIDERACIONES ETICAS.

El estudio se realizará de acuerdo con lo previsto en los acuerdos internacionales para estudios en seres humanos de Helsinki y Tokio en 1975.

ESTA TERCERA PARTE
SALA DE LA BIBLIOTECA

R E S U L T A D O S .

La muestra total fué de 50 pacientes, de los cuales 33 fueron varones y 17 mujeres, según se aprecia en la siguiente tabla:

TABLA I.

DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO DE PACIENTES CON INFECCION OSEA HOSPITALIZADOS
EN EL INSTITUTO NACIONAL DE ORTOPIEDIA. S.S.A.
MEXICO, D.F. AGO-DIC. 1990

EDAD	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
:15-24	9	11	20
:25-34	10	4	14
:35-44	6	2	8
:45-54	5	0	5
:55-64	3	0	3
TOTAL:	33	17	50

El rango de edad se ubicó entre 18 años (menor) y 60 años (mayor). La edad promedio fué de 30.2 años.

Por lo que toca a otras variables sociodemográficas, el promedio de escolaridad fué primaria completa, sólo hubo un paciente que sólo era alfabetizado y 5 tuvieron estudios profesionales. - La moda en cuanto a ocupación fué en los varones ser estudiante y en las mujeres dedicarse a las labores del hogar; esto probablemente reflejo de la población asegurada por el I.N.O. que en términos generales corresponde a estratos medios o bajos, no trabajadores o por lo menos no derechohabientes de alguna otra institución de salud oficial.

Por su estado civil, la mayoría eran solteros, 3 viudos, 2 viudas, 1 en unión libre, 3 eran divorciados y 1 casada.

Si nos referimos a los Diagnósticos incluidos en esta investigación, el 58% sufría Osteomielitis Bacteriana, el 28% Pseudoartrosis Infectada Bacteriana y el 14% restante Artritis Séptica por Bacterias. Llamó la atención que se esperaba una mayor proporción de osteomielitis, pues según datos del archivo clínico del INO, estas representaron en 1989 el 75% de los ingresos al servicio de Infecciones Oseas (ver Tabla II).

TABLA II.

DISTRIBUCION SEGUN DIAGNOSTICO DE PACIENTES CON INFECCION OSEA HOSPITALIZADOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE ORTOPEDIA. S.S.A. MEXICO, D.F. AGO-DIC. 1990

DIAGNOSTICO	MIEMBRO SUPERIOR	MIEMBRO INFERIOR	TOTAL
OSTEOMIELITIS	2	27	29
PSEUDOARTROSIS INFECTADA	3	11	14
ARTRITIS SEPTICA	2	5	7
TOTAL:	7	43	50

Al hablar del sitio en que se ubicó la lesión, según se observa también en la tabla precedente, la región que comprende a los miembros inferiores fué por mucho la más afectada. En cuanto al hemicuerpo alterado, prácticamente la distribución fué similar. Es notable que sólo 7 pacientes (14%) ubicaron el sitio de la patología en la región superior. No se evaluó área de afección y dominancia fuera esta diestra o siniestra.

Ya evaluando la depresión en el grupo, encontramos que el 40% de los pacientes del sexo masculino no reportaron depresión, pero un valor similar (38%) de la muestra entre hombres y mujeres obtuvieron calificación que los ubica dentro de los deprimidos - (ver Tabla III).

TABLA III.

RELACION ENTRE DEPRESION Y SEXO EN PACIENTES CON INFECCION OSEA HOSPITALIZADOS
EN EL INSTITUTO NACIONAL DE ORTOPEdia. S.S.A.
MEXICO, D.F. AGO-DIC. 1990

	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
DEPRESION (>9)	11	8	19
SIN DEPRESION (<9)	20	11	31
TOTAL:	31	19	50

Cabe señalar que la media en la calificación de la E.A.M.D. - fué de 8.0, la mediana de 9.5 y la moda de 10. De esta manera el promedio de nuestros sujetos hace que la población no pueda ser considerada como deprimida (aún tomando en cuenta el error de -- cálculo de la muestra). Sin embargo, los otros dos datos caen en el área de la curva en que podrían considerarse para sujetos deprimidos. Estos datos son similares cuando se analizan las mismas medidas estadísticas de la población según el sitio de la lesión (superior o inferior).

TABLA IV.

RELACION ENTRE DEPRESION Y LOCALIZACION DE LA INFECCION OSEA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS
EN EL INSTITUTO NACIONAL DE ORTOPEdia. S.S.A.
MEXICO, D.F. AGO-DIC. 1990

	MIEMBRO INFERIOR	MIEMBRO SUPERIOR	TOTAL
DEPRESION (>9)	15	2	17
SIN DEPRESION (<9)	27	6	33
TOTAL:	42	8	50

Si observamos la relación que hay entre la ausencia o presencia de depresión y la patología (Tabla V), podemos decir que el 40% de los pacientes con osteomielitis presentó depresión, dato muy similar (38%) al que muestran aquellos con Pseudoartrosis Infectada por Bacterias. Llama la atención que sólo el 26% de las artritis sépticas cursó con depresión, sin embargo esta subpoblación es muy pequeña como para poder concluir algo (7 pacientes).

TABLA V.

RELACION ENTRE DEPRESION Y DIAGNOSTICO EN PACIENTES CON INFECCION OSEA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE ORTOPEDIA. S.S.A. MEXICO, D.F. AGO-DIC. 1990

	OSTEOMIELITIS	PSEUDOARTROSIS INFECTADA	ARTRITIS SEPTICA	TOTAL
DEPRESION (>9)	12	5	2	19
SIN DEPRESION (<9)	18	8	5	31
TOTAL:	30	13	7	50

Una vez que se eliminan a los pacientes con datos Concluyentes o Sugestivos de Daño Orgánico Cerebral a través del test de L. Bender, nuestro nuevo grupo de estudio se reduce a 41 sujetos.

TABLA VI.

DISTRIBUCION DE ACUERDO A RESULTADOS DE LA PRUEBA DE BENDER PRACTICADA A PACIENTES CON INFECCION OSEA HOSPITALIZADOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE ORTOPEDIA. S.S.A. MEXICO, D.F. AGO-DIC. 1990

SEXO	BENDER		TOTAL
	NORMAL	D.O.C.*	
MASCULINO	27	6	33
FEMENINO	14	3	17
TOTAL:	41	9	50

* DATOS CONCLUYENTES O SUGESTIVOS DE DAÑO ORGANICO CEREBRAL

De estos 41 sujetos que se muestran en la Tabla VI, la mayoría sigue siendo varones (65%). La media del puntaje de depresión fué de 8.39 (dato en el que el grupo excluido por D.O.C. oé tuvo 6.3). La mediana y la moda se mantuvieron en 9.5 y 10 respectivamente. Este nuevo grupo no conforma nuevamente una población deprimida, aún cuando cabe señalar que se mantiene un 38% de los evaluados con calificaciones depresivas, consúltese la siguiente tabla.

TABLA VII.

DISTRIBUCION DE SUJETOS DEL GRUPO DE ESTUDIO PARA MECANISMOS DE DEFENSA UTILIZADOS POR PACIENTES CON INFECCION OSEA HOSPITALIZADOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE ORTOPEdia. S.S.A. MEXICO, D.F. AGO-DIC. 1990

SEXO	DEPRESION	SIN DEPRESION	TOTAL
MASCULINO	9	18	27
FEMENINO	7	7	14
TOTAL:	16	25	41

De esta manera se clasificaron a los pacientes de acuerdo a los mecanismos de defensa que empleaban. Ya que psicología nos aportaba tres mecanismos de defensa por paciente (de una lista de 23 probables), se formaron Cuatro Categorías de acuerdo con las cuatro combinaciones posibles. La Primera Categoría está conformada por pacientes en quién se reportó 3 Mecanismos de Defensa de Alto Nivel. La Categoría siguiente incluía a sujetos cuyo reporte fuera de 2 Mecanismos de Alto Nivel y 1 de Bajo Nivel. La Tercera Categoría nos hablará de los individuos con pruebas proyectivas con reporte de 1 Mecanismo de Alto Nivel y 2 de Bajo. Finalmente, la Cuarta Categoría sólo contenía a aquellos cuyos 3 Mecanismos de Defensa evaluados fueron de Bajo Nivel.

Si observamos la Tabla VIII, observaremos que el 19% de la --

muestra se ubicò en la Primera Categoría, el 14% en la Segunda, un 17% en la Tercera, mientras que prácticamente la mitad de la muestra se ubicó en la Cuarta Categoría.

Cabe señalar que ningún sujeto (0%) que se ubicó en la Primera o Segunda Categorías se deprimió, y que solamente 1 sujeto de los que se ubicaron en la categoría III (13%) se deprimió.

Por otra parte, aún cuando no era motivo del estudio, tres sujetos del grupo perteneciente a la Categoría IV tuvo que recibir tratamiento psicofarmacológico (dos ansiolíticos y uno depresión) Una paciente de la Categoría III presentó un intento de suicidio de tipo manipulatorio pero conducta parasuicida al fin; incluso se le canalizó a la consulta externa de psiquiatría del I.N.O.

Estos resultados contrastan con los que se reportan en la --- Cuarta Categoría donde se ubicó prácticamente toda la población que se deprimió (93%). Además si al subgrupo lo contrastamos con tra sí mismo, tenemos que el 72% de los varones de sus varones - se deprimieron; para las mujeres obtenemos una cantidad similar (70%).

TABLE VIII.
DISTRIBUCION DE DEPRESION EN CATEGORIAS DE ACUERDO A LOS MECANISMOS DE DEFENSA EMPLEADOS POR PACIENTES CON INFECCION OSEA HOSPITALIZADOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE ORTOPIEDIA. S.S.A. MEXICO, D.F. AGO-DIC. 1990

	C A T E G O R I A S								TOTAL:						
	I		II		III		IV								
	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T			
DEPRESION (>9)	0	0	0	0	0	0	1	0	1	8	7	15	9	7	16
SIN DEPRESION (<9)	5	2	7	6	0	6	4	2	6	3	3	6	18	7	25
TOTAL:	5	2	7	6	0	6	5	2	7	11	10	21	27	14	41

NOTA:

M = SEXO MASCULINO

F = SEXO FEMENINO

T = TOTAL

CATEGORIAS I, II, III, IV, VER TEXTO.

Sin embargo, cuando se procede a realizar estadística analítica a los datos de la Tabla VIII, obtenemos una PRUEBA DE CHI² - con un valor de 19 y una $p < 0.0001$, lo que nos indica que los datos anteriores no tienen una significancia estadística y que --- nuestra hipótesis no se puede comprobar.

De esta manera se concluye que no hay diferencias estadísticas significativas entre los sujetos que se deprimen y el tipo de mecanismo de defensa que utilicen, ya sean de alto o bajo nivel; a pesar de esto es inegable que existe cierta tendencia en los pacientes que se deprimen a utilizar mecanismos de defensa de bajo nivel comparados con aquellos que no se deprimen y que emplean mecanismos considerados de alto nivel.

Los hallazgos anteriores pueden estar determinados por la limitación de nuestra muestra de estudio.

BIBLIOGRAFIA COMENTADA.

1. Cognitivo Therapy and Emotional Disorders. Beck, A. Editorial Guilford. Washington, D.C. 1987.
2. Tratado de Psiquiatría. Ey, Henry. Editorial Toray-Masson. Madrid, España. 1978.
3. Ansiedad y Depresión en Medicina: Revisión General. Kamerow, Douglas. Clínicas Médicas de Norteamérica. Ansiedad y Depresión. Volúmen 4/1988. Editorial Interamericana/Mc. Graw Hill.
4. Depressed patients in General Medical Care. Zung, WWK and Magruder-Habib, K. Trabajo presentado en la Reunión Anual 115 de la Asociación de Salud Pública Americana celebrada en Nueva Orleans el 19 de octubre de 1987.
5. Psychiatric morbidity and referral on two general medical wards. Maguire, G.P. and Julier, D.L. (et. al) British Medical Journal 1:267-270, 1987.
6. Tratado de Psiquiatría. Freedman, Alfred y Kaplan, Harold. Editorial salvat. México, D.F. 1982.
7. La investigación de los trastornos depresivos. Revista Salud Mental del Instituto Mexicano de Psiquiatría. Lolás, Fernando. Vol. 6, Año 6, No. 1 1983.
8. Estress y Cáncer. En Galenus-Merck. Año 4. No. 20. p. 5-18.
9. Depression in hospital and in general practice: a direct clinical comparison. Fahy, T.J. British Journal of Psychiatry. - Vol. 124, 1984. p236-242.
10. Physical illness and psychiatric disorders. Comprehensive Psychiatry. Vol. 25, No. 6, 1988 p.586-593. (Ananth, Jambur).
11. La Práctica psiquiátrica en Hospital General. Campillo Serrano, Carlos. Psiquiatría de Enlace en Hospital de Rehabilitación. Vol. 117. No. 7. 1981. p. 283-289.
12. Depression in medical in-patients. Moffic, H.S. y Payel, E.S. British Journal of Psychiatry. Vol. 126. p.346-353. 1989.
13. Depression and loss. Brown, Jambur. British Journal of Psychiatry. Vol. 130, 1987. p.1-18.
14. Intervención en crisis por los profesionales de la salud. --- Slaikeu, K. Editorial El Manual Moderno. México, 1988.
15. Psychological Distress Following a natural disaster: a one year followup of 98 flood victims. Powell, B. y Penick, E. -- Journal of Community Psychology. 11:269-276.
16. La Derpesión: Psicología de la Melancolía. Oslow, M. Editoria Alianza. México, 1980.
17. Psychiatric morbidity and referral on two general medical wards. Rothschild, Antony. Clínicas Médicas de Norteamérica Biología de la Depresión. Volumen 4/1988. Editorial Interamericana/Mc. Graw Hill. Madrid, España. 1988.
18. Assesment Strategies for Cognitive Behavioral Interventions. Kendall, P. y Hollon, S. Editory Academic Press. Boston, Mass 1981.

19. La scarification: son intérêt dans le traitement de l'infection osteoarticulaire chronique fistulisée a pyogenes. International Orthopaedics (SICOT) Colchero Rozas, Fernando. No. 6 1982. p.263-371.
20. Criterios Psicológicos para valoración y tratamiento de ansiedad y Depresión. Scott, Hickey y Baer, Paul. Clínicas Médicas de Norteamérica. Volumen 4/1988. editorial Interamericana/Mac Graw Hill. Madrid, España. 1988.
21. Revisión de la Escala de Automedicación de la Depresión de Zung para población mexicana. Camacho Cruz, L. y Hernández Sandoval, Sandra. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. México, D.F. 1988.
22. Tratamiento Farmacológico de la Ansiedad y la depresión. Revisión. O'Cole, Jonathan. Clínicas Médicas de Norteamérica. Vol 4/1988. Ansiedad y Depresión. Editorial Interamericana/Mc. -- Graw Hill. Madrid, España. 1988.
23. Teoría Psicoanalítica de las Neurosis. Fenichel, Otto. Editorial Paidós (21). México, D.F. 1987.
24. Ortopedia y Traumatología. 2a. edición. Aston, J.N. Editorial Salvat. Barcelona, España. 1980.
25. Principios de Medicina Interna. Harrison y Braunwald. Tomo II Editorial Interamericana/Mc. Graw Hill. México 1987.
26. Curso Básico de Psicoanálisis. Tallaferro, A. Editorial Paidós (122). México, 1983.
27. El Yo y los Mecanismos de Defensa. Freud, Anna. Editorial Paidós. (67). México, 1990.
28. Compendio de Psicología Freudiana. Hall, Calvin S. Editorial Paidós (97). México 1990.
29. Teorías de la Personalidad. Fadiman, James. Editorial Harla. México 1988.
30. La entrevista psicodinámica. Isabel Días Portilla. Editorial Pax. México. 1989.
31. Teorías de la personalidad. Cueli, José y Reidl, Lucy. Editorial Trillas. México. 1989.

I N D I C E .

Justificación.....	(3).
Objetivos.....	(4).
Hipótesis.....	(4).
Depresión.....	(5).
Infecciones Oseas.....	(21).
Los Mecanismos de Defensa.....	(29).
Material Y Métodos.....	(43).
Criterios de Inclusión y de Exclusión.....	(45).
Diseño de la Investigación.....	(46).
Resultados.....	(49).
Bibliografía Comentada.....	(56).
Indice.....	(58).