

11226

144

2Ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE
POSGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS
SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

CLINICA MOCTEZUMA

"DETECCION DE DEPRESION POR ESCALA DE ZUNG
EN PACIENTES DE LA TERCERA EDAD DE LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR MOCTEZUMA,
I.S.S.S.T.E."

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A :

BLANCA OLGA SERRANO DEL VALLE



ISSSTE

ASESOR DE TESIS:

DR. HERMINIO CALDERON MELENDEZ

MEXICO, D. F.

FALLA DE ORIGEN

1995



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

TITULO: "DETECCION DE DEPRESION POR ESCALA DE ZUNG EN
PACIENTES DE LA TERCERA EDAD DE LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR MOCTEZUMA, I.S.S.S.T.E.:

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACION EN MEDI
CINA FAMILIAR PRESENTA:

BLANCA OLGA SERRANO DEL VALLE

I S S S T E
CLINICA MOCTEZUMA
DIRECCION

AUTORIZACIONES:

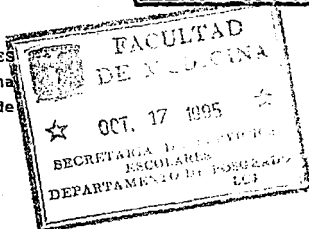
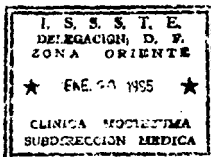
Profesora Titular del Curso:

Griselda Guido Garcia
DRA. KOCHITL GRISELDA GUIDO GARCIA

Asesor de tesis:

Hermilio Calderon Melendez
DR. HERMILIO CALDERON MELENDEZ

Hector Gabriel Arteaga Aceves
DR. HECTOR GABRIEL ARTEAGA ACEVES
Jefe del Departamento de Medicina
Familiar Jefatura de Servicios de
Enseñanza. I.S.S.S.T.E.




**TITULO: "DETECCION DE DEPRESION POR ESCALA DE ZUNG EN
PACIENTES DE LA TERCERA EDAD DE LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR MOCTEZUMA, I.S.S.S.T.E."**


**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR, PRESENTA:**

BLANCA OLGA SERRANO DEL VALLE

AUTORIZACIONES:


DR. JUAN JOSE MAZON RAMIREZ
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.


DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACION
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.


DRA. MA. DEL ROCIO NORIEGA GARIBAY
COORDINADORA DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
U.N.A.M.



DR. RAFAEL H. CAMPOS VERGARA

Director C.M.F. "MOCTEZUMA"

I.S.S.S.T.E.

DR. HERMINIO CALDERON MELENDEZ

Subdirector Médico

C.M.F. "MOCTEZUMA"

I.S.S.S.T.E.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. HERMINIO CALDERON MELENDEZ

Por el valioso apoyo y su paciencia brindados en la realización de este trabajo.

A la Dra. XOCHITL GRISELDA GUIDO GARCIA

Por su atención, su gentileza y todo el tiempo que aportó para la realización del Curso de Especialidad de Medicina Familiar llevado a cabo en la Clínica Moctezuma, ISSSTE.

Al Dr. RAFAEL H. CAMPOS VERGARA

Quién de alguna manera dió el apoyo que contribuyera a la culminación de mi tesis

A la Lic.en Biología, Profra. E.LIRIO SERRANO DEL VALLE

Que con sus conocimientos dió luz a mi camino en lo referente al ordenamiento de los datos recopilados para este estudio

Gracias a mis compañeros del curso por haber tenido a bién colaborar para que, todo lo que duró el curso, fuera de unión y codialidad, que hicieron de ésto una experiencia de amistad muy bella.

A todas las personas que creen en mi y que de alguna forma me han estimulado para seguir adelante.

DEDICATORIA

A quienes me dieron la vida y que ya no están aquí para disfrutar mi crecimiento profesional, donde quiera que se encuentren...

A MIGUEL ANGEL, DANIEL EDGAR Y EMMA LIRIO

Por su fé en mí.

A LIZBETH EVELYN y a LUIS ERNESTO

Por su colaboración y por tolerar con paciencia todo el tiempo que duró la realización de la Especialidad.

Dedico muy especialmente al Grupo de la Tercera Edad de la Clínica Moctezuma, ISSSTE por contribuir conmigo con amor y paciencia, de manera tan formal en la cristalización de esta investigación, que sin su apoyo, no habría podido ser.

A DIOS INFINITAS GRACIAS.

" Presta al "viejo" hoy
el amor y el respeto
que necesitaras
mañana... "

B.O.S.V.

INDICE

CAPITULOS	Pags.
I MARCO TEORICO.....	1
INTRODUCCION	1
II ANTECEDENTES DE DEPRESION.....	2 - 7
CLASIFICACION DE LAS ENFERMEDADES DEPRESIVAS.....	7 - 10
CLASIFICACION DE LOS TRASTORNOS AFECTIVOS EN EL DSM-III.....	10-12
DIFERENCIA ENTRE DUELO Y DEPRESION.....	12
EPIDEMIOLOGIA: INCIDENCIA Y PREVALENCIA.....	13-15
FACTORES BIOLOGICOS.....	15-20
FACTORES PSICOSOCIALES.....	20-24
CAUSAS ECOLOGICAS.....	25
CAUSAS SOCIALES	25
DEPRESION Y EDAD AVANZADA.....	26
DIAGNOSTICO DE DEPRESION.....	26-27
III INSTRUMENTOS O ESCALAS DE MEDICION.....	27-29
COMO USAR LA ESCALA AMD (O DE ZUNG).....	29-30
PROTOCOLO DE LA ESCALA DE ZUNG.....	31
CALIFICACION BASICA Y DIAGNOSTICO BASADA EN LA ESCALA DE ZUNG.....	32-33
DIAGRAMA DE ATENCION DEL PACIENTE: RECONOCIMIENTO DE LA DEPRESION.....	34
ERRORES QUE CONDUCEN A FRACASO EN EL DIAGNOSTICO....	35-36
TRATAMIENTO.....	36
HOSPITALIZACION.....	37-38
PSICOTERAPIAS.....	38-41
TERAPIA FAMILIAR.....	41
COMBINACION DE PSICOTERAPIA Y MEDICACION.....	42
TERAPIAS ELECTROCONVULSIVAS.....	42-43
ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS (ADT).....	43
INHIBIDORES DE LA MONOAMINOXIDASA.....	43-44

CAPITULO	Pags.
LITIO	44-45
PREDICTORES DE RESPUESTA TERAPEUTICA.....	45-46
EVALUACION DEL TRATAMIENTO.....	46
CURSO Y PRONOSTICO DE DEPRESION.....	47-48
PREVENCION DE LA DEPRESION.....	48-49
ETAPAS DE LA TRANSFORMACION METABOLICA DE LAS CATECOLAMINAS.....	49
BIOSINTESIS Y DEGRADACION DE LA SEROTONINA.....	50
DIAGRAMA DE ATENCION DEL PACIENTE SUICIDA POTENCIAL.	51-52
ACONTECIMIENTOS NORMALES EN LAS SINAPSIS NEURONALES.	52
PSICOLOGIA DE LA SENECTUD.....	53-61
IV PROBLEMA.....	62
V JUSTIFICACION.....	63
VI OBJETIVO GENERAL.....	64
HIPOTESIS.....	64
VII METODOLOGIA.....	65-66
VIII RESULTADOS.....	67-72
IX ANALISIS DE RESULTADOS.....	73
X CONCLUSIONES.....	74
XI SUGERENCIAS.....	75
RESUMEN.....	76
BIBLIOGRAFIA.....	77-78

CAPITULO I MARCO TEORICO

INTRODUCCION

La Depresión es un problema médico de siglos, que se ha incrementado en los últimos años, se considera actualmente como uno de los problemas mas frecuentes en Salud Pública.

Anteriormente por la diversidad del cuadro clínico, la Depresión pasaba practicamente inadvertida al médico, quién no la tomaba en cuenta en su Diagnóstico; actualmente sale del tradicional marco de la Salud Mental o de la Psiquiatría, para quedar colocada en el campo de la Medicina General Familiar y de la Salud Pública, ya que la tendencia al suicidio en pacientes deprimidos graves, se ha incrementado.

Expertos internacionales consideran que de 100 a 200 millones de seres humanos padecen hoy día Depresión, en el mundo, quizá como resultado de la influencia que la moderna tecnología ejerce sobre la población, modificando en forma importante el ambiente social, así como la naturaleza, lo cual, el ser humano, no ha podido superar, a pesar de su capacidad de adaptación psicobiológica.

la Escala de Automedición de la Depresión de Zung, es un útil instrumento de apoyo para el Diagnóstico de Depresión, y que por su fácil aplicación, puede ser utilizada por el Médico Familiar en la consulta cotidiana y que solo requiere de 10 minutos aproximadamente para su evaluación.

Los grupos de la tercera edad, dan una vía de acceso para la utilización de su tiempo libre, participando en actividades diversas, entre las que destacan: recreación, diversión y convivencia.

CAPITULO II ANTECEDENTES

Antecedentes de Depresión.

DEFINICION: Depresión (del latín *Depressio-onis*), "Estado de abatimiento que imposibilita para la acción", puede dar éñ tomas físicos o psíquicos.

El término *DEPRESION* alude a una emoción humana normal y -- también a un grupo de síndromes o desórdenes de la *AFFECTIVIDAD*.

Este término tiene diferentes significados en los diversos ámbitos científicos, como la Neurofisiología, la Farmacología, la Psicología y la Psiquiatría.

Para el Psicólogo, la depresión se refiere a cualquier de-- cremento del rendimiento cognitivo, perceptivo, o motor nog mal. Para el Psiquiatra clínico, la Depresión cubre una amplia gama de cambios de los estados emocionales, que en los términos de gravedad van desde las fluctuaciones normales - del humor en la vida cotidiana, hasta episodios psicóticos graves.

En general la Depresión es un trastorno persistente del estado de ánimo o humor, caracterizado por tristeza, temor, - angustia, indiferencia, pesimismo, irritabilidad, lentitud para pensar y disminución de la autoestima, lo cual repercu te en síntomas físicos y/o psíquicos.

Es un trastorno afectivo que se caracteriza por visión sombria del entorno y de sí mismo.

Se puede decir que la Depresión es el resultado de determinadas fuerzas biológicas o sociales que en un medio complejo, actúan en forma nociva sobre el funcionamiento del Sistema Nervioso de una persona; a su vez, la alteración depresiva cambia en forma negativa el comportamiento de la persona, el contenido de sus sentimientos y de sus pensamientos. Es frecuente que la persona afectada pierda el apetito y -- tenga insomnio o despierte muy temprano.

Otro autor menciona que la vivencia depresiva es indefinible, parece consistir en una mezcla de tristeza, amargura,

congoja, desesperanza, apatía, conciencia de incapacidad, sentimientos de culpa, con algunas de estas sensaciones en el -- grado máximo de intensidad. Si los síntomas son severos, la -- persona no puede enfrentar sus responsabilidades diarias y -- puede perder el deseo de vivir.

Además de los síntomas mencionados, en las depresiones se encuentran sentimientos de desamparo o impotencia, fatiga, agotamiento, falta de decisión, aburrimiento, pérdida de peso, disminución del interés sexual y síntomas somáticos que sugieren otras enfermedades.

La Depresión se presenta en cerca del 4% de la población, aunque es frecuente que no se le reconozca. Una proporción de pacientes deprimidos está más consciente de algún síntoma físico, como dispepsias, aceleración de los latidos cardíacos y agotamiento intenso, entre otros, que del estado mental.

Se dice que existe depresión cuando la intensidad y duración del bajo estado de ánimo altera seriamente el funcionamiento normal y la conducta del paciente.

Desde la antigüedad y en diferentes culturas, existen descripciones del fenómeno depresivo endógeno, son parecidas a las de hoy, aunque expresadas en diferente lenguaje y con interpretaciones mágicas o religiosas, o dependiendo de la época, de tipo científico oficial. El propio enfermo y los espectadores, no la valoraron como enfermedad.

En nuestra cultura, la Depresión también tiene un precedente en la cultura Griega; Hipócrates, en el siglo IV A. de C., afirmaba que los problemas que hoy se consideran psiquiátricos, estaban relacionados con la interacción conjunta de los cuatro humores corporales: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema, y que la MELANCOLIA era producida por la bilis negra o atrabilis, teniendo también otras acepciones por otros siglos, como: "Melancolia ventosa", "vapores del bazo", "el fermento demoníaco" y la "sucedidad melancólica".

En los escritos de Hipócrates, Homero, Aristóteles, Areteo, Plutarco y otros de la antigüedad, se encuentran descripciones de procesos depresivos y maníacos, así como la evolución de los mismos.

Con las invasiones de los bárbaros, se diluye la influencia de la cultura Greco-romana de Occidente. Los eruditos y los pensadores son casi todos religiosos, con lo que consecuentemente, la depresión tendrá un enfoque nuevo, "espiritual".

San Isidoro de Sevilla quien en su obra literaria "De lamentationes anima dolentis" libera a los deprimidos de la convicción colectiva de ser ellos mismos con sus culpas los responsables de la situación, explicando que es una enfermedad producida o por una alteración de los humores, o por el efecto en el cuerpo de un disgusto."

Santo Tomas de Aquino, durante la edad media, sostenía que la Melancolía era producida por demonios en influencias astrales. Durante muchos siglos la Depresión no fué enfocada como tema médico, sino espiritual. En el siglo XVI, hay un retorno del enfoque religioso al médico, resurgiendo el término Melancolía. Algunos libros sobre la Depresión de fines del siglo -- XVI y del XVII causaron gran impacto en su tiempo, obras literarias que influyeron en el pensamiento clínico durante dos siglos, entre ellas se encuentra el famoso "Anatomy of Melancholy" de Roberto Burton, publicado en 1654, el cual fué considerado como un "Best Seller" continuo.

Philippe Pinel, a principios del siglo XIX, sostuvo que el -- pensamiento de los melancólicos estaba concentrado en un objeto en forma obsesivamente y que la memoria y la asociación de ideas estaban perfectamente perturbadas, pudiendo en ocasiones inducir al suicidio.

En 1809, Haslam, boticario del Hospital de Behtlem en Londres escribió: "Los individuos que se encuentran bajo influencia -- de pasiones depresivas, con frecuencia se desesperan y tratan de terminar con su existencia que les parece conflictiva y odiosa."

Los avances del pensamiento médico se centran en Francia en el siglo XIX con las aportaciones que hacen dos psiquiatras, padre e hijo, Falret, dejando establecido el concepto de "La cura circular" y del carácter hereditario de ésta.

En Alemania Kahlebaum describe la Melancolía y la Manía, no - como dos enfermedades independientes, sino como dos fases o puestas de una misma dolencia. Por el carácter "circular" de la enfermedad, si es grave la llama "versania typica circula ris" y si es de manifestaciones leves con recuperaciones rápidas, espontáneas, "Ciclotimia".

En Psiquiatría, el paso del siglo XIX al XX, se marcó por -- dos grandes talentos: Kraepelin y Freud, aunque sus conceptos diametralmente opuestos al respecto de la Depresión, nunca - los dejaron ponerse de acuerdo, transmitieron cada uno de e-- llos sus conocimientos a sus discípulos, lo que hizo que se dividiera la Psiquiatría en "Psicodinámica y Organicista".

Los seguidores de Freud y del Psicoanálisis consideraron que la causa de muchas depresiones eran de origen psicológico, y valoraron al estado de ánimo depresivo como una forma de a-- adaptación funcionando como mecanismo de defensa, con acepció nes al respecto de ser una manifestación de hostilidad, con-- tra la persona amada, a la que se perdió en la infancia.

Existe una reacción de odio contra el objeto de amor perdido, por "haber desaparecido", ésto a su vez produce en el indivi duo sentimientos de culpa, para defenderse de este sentimien to, revierte ese odio contra sí mismo, de esta manera experi mentará un autocastigo, siendo a lo que se debe la intensi-- dad del sufrimiento del deprimido y que a su vez entre en la etapa en que se cierre a sí mismo todas las salidas.

Freud distinguió dos estados comparándolos entre sí: uno de ellos, el duelo, era normal; el otro, la melancolía, patoló gico, aun cuando ambos compartían el cuadro de las manifesta ciones depresivas. Con el tiempo la depresión ha venido sien do considerada un término que abarca el duelo, la melancolía y otros estados de ánimo. Freud señaló que en la Melancolía, la fase oral de la libido es predominante.

Los avances del pensamiento médico se centran en Francia en el siglo XIX con las aportaciones que hacen dos psiquiatras, padre e hijo, Falret, dejando establecido el concepto de "Lo cura circular" y del carácter hereditario de ésta.

En Alemania Kahlbaum describe la Melancolía y la Manía, no como dos enfermedades independientes, sino como dos fases opuestas de una misma dolencia. Por el carácter "circular" de la enfermedad, si es grave la llama "versania typica circula^ris" y si es de manifestaciones leves con recuperaciones rápidas, espontáneas, "Ciclotimia".

En Psiquiatría, el paso del siglo XIX al XX, se marcó por -- dos grandes talentos: Kraepelin y Freud, aunque sus conceptos diametralmente opuestos al respecto de la Depresión, nunca los dejaron ponerse de acuerdo, transmitieron cada uno de ellos sus conocimientos a sus discípulos, lo que hizo que se dividiera la Psiquiatría en "Psicodinámica y Organicista".

Los seguidores de Freud y del Psicoanálisis consideraron que la causa de muchas depresiones eran de origen psicológico, y valoraron al estado de ánimo depresivo como una forma de adaptación funcionando como mecanismo de defensa, con acepciones al respecto de ser una manifestación de hostilidad, contra la persona amada, a la que se perdió en la infancia.

Existe una reacción de odio contra el objeto de amor perdido, por "haber desaparecido", ésto a su vez produce en el individuo sentimientos de culpa, para defenderse de este sentimiento, revierte ese odio contra sí mismo, de esta manera experimentará un autocastigo, siendo a lo que se debe la intensidad del sufrimiento del deprimido y que a su vez entre en la etapa en que se cierre a sí mismo todas las salidas.

Freud distinguió dos estados comparándolos entre sí: uno de ellos, el duelo, era normal; el otro, la melancolía, patológico, aun cuando ambos compartían el cuadro de las manifestaciones depresivas. Con el tiempo la depresión ha venido siendo considerada un término que abarca el duelo, la melancolía y otros estados de ánimo. Freud señaló que en la Melancolía, la fase oral de la libido es predominante.

Rado y Fenichel han profundizado en el tema de la oralidad relacionada a la depresión. Para muchos Psicoanalistas, el carácter oral se ha convertido en sinónimo de necesidades afectivas y de apoyo exageradas, así como de rasgos que denotan una dependencia excesiva.

Edward Bibring propuso un modelo de depresión, basado en el conflicto que implicaba la expresión emocional de un estado de desvalimiento e impotencia del yo. Durante algún tiempo se aceptaron estos planteamientos, pero fué Rubinfine quien amplió la teoría al insistir en los factores del desarrollo incluyendo la pulsión agrevisa.

Melanie Klein definió la depresión como un estado mental en el que se experimentan total o parcialmente los sentimientos dolorosos de la posición depresiva, definida como la fase del desarrollo en la cual el niño reconoce un objeto global y establece relación con él. Se cree que esta posición se inicia en la fase oral, superada normalmente durante el primer y segundo años de vida. La angustia del niño reside en que sus propias pulsiones destructivas han destruído o van a destruir el objeto que ama y del cual depende. Según la neuropsicología actual, esta temprana constatación es muy improbable en la infancia, pero no por ello se invalidan totalmente los conceptos vertidos.

Kraepelin y posteriormente todos los seguidores de la psiquiatría "oficial" universitaria de los primeros cuarenta años de este siglo, rechazaron la interpretación psicoanalística de Freud. Desde 1896, Kraepelin estableció la diferencia entre la psicosis maniacodepresiva y la demencia precoz, llamada posteriormente Esquizofrenia. Para él, las depresiones, muy en particular las maniacodepresivas, eran "endógenas", de causa orgánica asociada a factores hereditarios. La esencia está en una alteración del metabolismo en los sectores que afectan al sistema nervioso, sin poderlo demostrar, pero estaban convencidos de que existe este trastorno químico o endócrino. En esencia era volver a la antigua interpretación "humoral" a la bilis negra que causa la melancolía de los griegos. Los últimos descubrimientos parecen haberles dado la razón.

El reconocimiento de la Melancolía y su clasificación dentro de un grupo de enfermedades, indican un alto grado de adelanto en la medicina azteca.

CLASIFICACION DE LAS ENFERMEDADES DEPRESIVAS.

Desde el principio de este siglo ha habido controversia al respecto de la nomenclatura para las enfermedades depresivas y su clasificación. Desde que Mobius, en 1893, introdujo la diferencia entre trastornos endógenos y reactivos, Kraepelin distinguió entre depresiones psicógenas y endógenas en base a la reactividad emocional durante la enfermedad.

Gullespie en 1929, en base a la sintomatología, distinguió los desórdenes autónomos de los desórdenes reactivos.

Maphoter en 1926, señaló la diferencia endógeno-neurótica, la cual dura hasta nuestros días. Así se pueden distinguir posiciones dualistas, que sugieren la existencia de dos tipos de desórdenes depresivos; y los monistas que insisten en que se trata de un solo padecimiento, que difieren en intensidad. Leonhard, en 1957, reconoce ampliamente que una distinción útil para clasificar la depresión es: Trastornos de presivos unipolares y bipolares.

En la actualidad se utilizan los términos de Trastornos afec tivos y trastornos del estado de ánimo, siendo éste un tono emocional prolongado que domina las actitudes del individuo. Dentro de los trastornos afectivos, las comunes son la Depresión y la Excitación emocional. La Depresión sola es el estado más común. Se ha aceptado los términos unipolar y bipolar, con el objeto de separar a los estados de depresión que no están complicados por manía. La persona con un trastorno uni polar sufre solo de depresión, mientras que el que sufre un trastorno bipolar, padece ya sea de manía sola o que alterna cíclicamente con depresión.

Un método útil para clasificar los trastornos afectivos consiste en separarlos en primarios y secundarios a otras enfermedades.

Los trastornos afectivos primarios se originan fuera del contexto de procesos patológicos, ya sean psiquiátricos o no. La enfermedad maniaco-depresiva es un ejemplo de un trastorno afectivo primario. Los trastornos afectivos secundarios se presentan como respuesta a enfermedades psiquiátricas o médicas como: el alcoholismo, las cardiopatías o el cáncer.

Si el trastorno es primario o secundario es importante su reconocimiento por el clínico, por las siguientes 3 razones:

- 1) Mientras que la enfermedad depresiva es la más común entre los trastornos psiquiátricos, es pasada por alto por los médicos no psiquiatras, o bien es mal diagnosticada en la mitad de los casos que se presentan en la consulta.
- 2) A la mayoría de los trastornos afectivos se les puede tratar o al menos controlar con éxito.
- 3) El riesgo de suicidio es alto entre los pacientes con trastornos del estado de ánimo.

ENFERMEDADES AFECTIVAS:

I ENFERMEDADES AFECTIVAS PRIMARIAS:

a) ENFERMEDADES UNIPOLARES. Episodios mayores únicos de depresión mayor recurrente.

b) ENFERMEDADES BIPOLARES. Manía, Psicosis maniaco-depresiva.

II ENFERMEDADES AFECTIVAS SECUNDARIAS:

a) Como parte de otras enfermedades psiquiátricas: (Esquizofrenia y Alcoholismo)

b) Como parte de una enfermedad sistémica: (Hipotiroidismo, Encefalitis).

c) Como respuesta al uso de medicamentos: (Reserpina, Esteroides)

Los trastornos afectivos constituyen un grupo de trastornos clínicos cuyo rasgo común es esencial, es una alteración del estado de ánimo unida a problemas cognitivos, psicomotores, psicofisiológicos e interpersonales relacionados con ella. Los estados de ánimo suelen hacer referencia a los estados emocionales sostenidos que colorean toda la personalidad y la -

vida psíquica.

El estado de ánimo suele estar normal o estar elevado o deprimido. Los pacientes con estado de ánimo elevado muestran expansividad, fuga de ideas, disminución del sueño, alta autoestima e ideas de grandeza. Los pacientes con el estado de ánimo deprimido muestran pérdida de energía e interés, sentimientos de culpa, problemas de concentración, pérdida del apetito e ideas de muerte o suicidio.

La categoría de enfermedad maníaco-depresiva introducida por Kraepelin, es casi idéntica a la de trastorno bipolar, pero no es totalmente igual a la categoría del DSM-III, Algunos de los pacientes maníaco-depresivos de Kraepelin no han tenido nunca episodios de manía, mientras que los pacientes clasificados -- con trastorno bipolar, tienen uno o más episodios de manía.

LA DEPRESION COMO EMOCION HUMANA NORMAL.

El término depresión alude a una emoción humana normal y también a un grupo de síndromes o trastornos. Para el Neurofisiólogo, la depresión hace referencia a cualquier disminución de actividad electrofisiológica, por ejemplo, una depresión cortical. Para el farmacólogo, la depresión se refiere al afecto de los fármacos que disminuyen la actividad del órgano a que se dirigen. Así, los depresores del sistema nervioso central incluyen fármacos tales como los barbitúricos y los anestésicos que disminuyen la respuesta a los estímulos, produciendo sueño o coma.

El uso del término "depresión" en diversos campos científicos ha tendido a prestar apoyo a la idea o, quizá con más precisión, al deseo de que mecanismos comunes subyazcan en los fenómenos neurofisiológicos, farmacológicos, psicológicos y clínicos. En consecuencia, muchos clínicos e investigadores han postulado -- que los síntomas depresivos clínicos son el resultado de una reducción de alguna función generalizada o específica del sistema nervioso central y, por lo tanto, se tratan efectivamente con un fármaco que tenga un contraefecto, es decir, un fármaco estimulante.

Sin embargo, la experiencia clínica demuestra que los métodos psicoterapéuticos son muchas veces efectivos en el tratamiento de algunos estados depresivos, lo que presta apoyo a la validez de las teorías psicoanalíticas y psicológicas de la depresión.

CLASIFICACION DE LOS TRASTORNOS AFECTIVOS EN EL DSM-III
(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)

TRASTORNOS AFECTIVOS MAYORES.

Código de episodio deprimido en quinto dígito: 6=remisión,
4=con rasgos psicóticos, 3=con melancolía, 2=sin melancolía,
0=no especificado.

Código de episodio maníaco en quinto dígito: 6=remisión, -
4=con rasgos psicóticos, 2=sin rasgos psicóticos, 0=no especificado.

TRASTORNO BIPOLAR

296.6x Mixto

296.4x Maníaco

296.5x Deprimido

DEPRESION MAYOR

296.2x Episodio único

296.3x Recurrente

OTROS TRASTORNOS AFECTIVOS ESPECIFICOS

301.13 Trastorno ciclotímico

300.40 Trastorno distímico (Neurósis depresiva)

TRASTORNOS AFECTIVOS ATIPICOS

296.70 Trastorno bipolar atípico

296.82 Depresión atípica

DE ACUERDO CON LA CLASIFICACION INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES
(ICD-9), A LA DEPRESION PSICOTICA LE CORRESPONDEN LOS RUBROS
SIGUIENTES:

295 Psicosis Esquizofrénicas:

295.7 De tipo Esquizoafectivo

296 Psicosis afectivas

296.1 Psicosis maniacodepresiva de tipo depresivo

296.3 Psicosis maniacodepresiva de tipo circular, gene-

ralmente depresiva.

296.4 Psicosis maniacodepresiva, de tipo circular, mixta.

296.5 Psicosis maniacodepresiva de tipo circular, con estado general no especificado.

296.6 Psicosis maniacodepresiva, otras y no especificadas.

296.8 Otras.

296.9 No especificadas.

298 Otras Psicosis No Orgánicas

298.0 De tipo depresivo

A la DEPRESION NEUROTICA le corresponde el rubro:

300 Trastornos Neuróticos

300.4 Depresión Neurótica

La DEPRESION SIMPLE podría incluirse así:

308 Reacción Aguda al Estrés:

308.0 Con trastornos predominantemente de las emociones, - si son depresivas.

308.4 Mixtas, si incluyen Depresión.

309 Reacciones de Ajuste:

309.0 Reacción depresiva breve.

309.1 Reacción Depresiva prolongada.

309.4 Con trastornos mixtos de las emociones y de la conducta, si hay depresión.

311 Trastorno Depresivo no clasificado en otra parte

312 Trastorno de la conducta no clasificado en otra parte

312.3 Trastornos mixtos de la conducta y de las emociones, si hay depresión.

313 Trastornos de las emociones específicos en la infancia y de la adolescencia:

313.1 Con pena e infelicidad.

313.8 Otros y Mixtos.

De lo anterior se infiere que hay un gran número de padecimientos que implican depresión y que corresponden a 19 grupos:

18 a nivel de cuatro dígitos, y uno, el 311, sin subdivisiones.

Para diferenciar con claridad los 3 tipos de depresión, hay que recalcar lo siguiente:

En la depresión psicótica los elementos genéticos desempeñan un papel muy importante: se caracteriza por la seria alteración de la personalidad, pérdida de la autocrítica y choque importante con el medio.

En la Depresión Neurótica, la personalidad del sujeto ha sido mal integrada durante la etapa evolutiva, debido a problemas que se presentan durante la infancia o la adolescencia.

En la Depresión simple la personalidad no sufre ningún trastorno, por lo que se le considera como un trastorno psiquiátrico en el sentido hasta ahora reconocido para dicho término, el enfermo es una persona con un estado satisfactorio de salud mental, cuyos problemas psicológicos, ecológicos o sociales, le han provocado un desequilibrio bioquímico que afecta el metabolismo de las aminas biógenas cerebrales, originando el cuadro depresivo. Cuando el paciente se recupera, actúa seguro de no haber sufrido en algún momento un trastorno mental.

DIFERENCIA ENTRE DUELO Y DEPRESION

La pérdida de un ser querido, una situación desfavorable, ya sea económica, de poder o de otra índole, o el enfrentamiento a situaciones afectivas, pueden originar en cualquier persona un estado de tristeza o pena al que se le llama duelo y que se considera normal en el sentido de que se espera que ocurra dada una situación determinada. El duelo incluye tres períodos: el de desesperación, el de depresión, y el de adaptación. La duración del duelo es variable, y va desde unas cuantas semanas hasta varios meses.. Cualquier variación en intensidad y duración de los síntomas debe considerarse patológica.

EPIDEMIOLOGIA

INCIDENCIA Y PREVALENCIA:

Los trastornos afectivos, sobre todo la depresión, figuran - entre los trastornos psiquiátricos más frecuentes entre los adultos. Sin embargo el significado de estas afirmaciones - pueden variar, y las estadísticas y los registros de la frecuencia derivan de diversas medidas.

La incidencia se deriva de casos nuevos, y la prevalencia - al número total de casos al año hallados en un determinado momento o lapso de tiempo.

Un factor de riesgo es cualquiera que aumenta la probabilidad de que una persona desarrolle un trastorno determinado. La expectativa de por vida de desarrollar un trastorno afectivo de cualquier tipo es de alrededor del 20% para las mujeres y del 10% para los hombres. En las naciones occidentales, si limitamos la atención al trastorno bipolar, la expectativa en vida es de alrededor del 1% para ambos sexos. Sin embargo, si se incluyen depresiones de todo tipo ampliamente definidas, las tasas de expectativa aumentan notablemente, alcanzando hasta un 30% en algunas estimaciones.

Una considerable proporción de personas con depresión nunca ven al médico. En todas las categorías de depresión, solo - el 20 al 25% de las personas deprimidas reciben tratamiento. Sin embargo, las cifras registradas de prevalencia e incidencia, sobre todo las basadas en ingresos de hospital, deben ser consideradas estimaciones mínimas.

SEXO

Una tendencia casi universal, independientemente del país, - es la mayor prevalencia de la depresión entre las mujeres - que entre los hombres. Siendo dos veces mayor en ellas, por razones que no están del todo claras. Algunas explicaciones incluyen estrés, el parto, la desesperanza aprendida y las variaciones hormonales. Aunque en los trastornos bipolares, los índices son aproximadamente iguales entre ambos sexos.

CLASE SOCIAL

En el trastorno bipolar parece haber una incidencia ligeramente superior en los estratos socioeconómicos superiores - que en las demás clases. La depresión mayor no tiene correlación con la clase social.

ESTADO CIVIL

Los índices de ingresos hospitalarios por trastornos afectivos son ligeramente superiores a lo normal entre quienes carecen de relaciones íntimas con otra persona o que están solteros o divorciados. El trastorno bipolar puede ser más común entre divorciados que en los demás.

EDAD

El trastorno bipolar tiene una temprana edad de inicio, al final de la adolescencia o antes de los 30 años. En las depresiones unipolares las mujeres alcanzan una incidencia - máxima entre los 35 y los 45 años, y los hombres, después de los 55 años.

RAZA

No existen pruebas concluyentes de que haya diferencias entre blancos y negros. Sin embargo, es mayor el número de - negros hospitalizados por trastornos afectivos que el de - blancos.

HISTORIA FAMILIAR

Los familiares en primer grado de las personas depresivas muestran un riesgo en vida del 20% para los trastornos a--fectivos. Los familiares de primer grado de los pacientes bipolares muestran un riesgo en vida del 25% para estos - trastornos.

RECURRENCIA

Entre 50 y 60% de los pacientes en remisión de una depre--sión unipolar o bipolar tienen otro ataque.

Los episodios suelen reproducirse cada 3 a 9 años.

CAUSAS

Cualquier discusión de las causas de los trastornos afectivos mayores, deben tener en cuenta tanto los factores biológicos, como los factores sociales implicados en el proceso de la enfermedad.

FACTORES BIOLÓGICOS:

GENÉTICA. Los estudios familiares hallaron que los familiares de los pacientes bipolares tienen un riesgo significativamente más alto de enfermedad bipolar que de enfermedad unipolar, pero los familiares de los pacientes unipolares tenían más riesgo de contraer una enfermedad unipolar que bipolar. Los estudios de gemelos indican un riesgo significativamente más alto entre los gemelos monocigotos que entre los dicigotos para procesos de enfermedades afectivas similares. Los monocigotos criados aparte, tienen aproximadamente un 65% de concordancia con respecto a los trastornos afectivos.

Otros factores genéticos son las posibles vinculaciones entre el cromosoma X y la enfermedad bipolar o maníaco-depresiva. El estudio directo de los rasgos ligados a X, como la ceguera cromática y el grupo sanguíneo XG^A , sugieren que el trastorno afectivo bipolar se transmite por un gen dominante ligado a X. También se han descrito asociaciones de HLA (Antígenos de leucocitos humanos) con el trastorno afectivo bipolar. Sin embargo existen dudas sobre la significación de estos hallazgos de vinculación a X, sobre todo por la repetida constatación de parejas padre-hijo enfermas, un hallazgo que contradice directamente la hipótesis.

Los trabajos recientes demuestran la transmisión padre a hijo de anomalías del transporte de la membrana de litio en los glóbulos rojos.

OTROS FACTORES BIOLÓGICOS

Además de los factores genéticos de la transmisión, otros factores biológicos pueden ser significativos en la etiología y patogenia de los trastornos afectivos. Estos factores incluyen las alteraciones electrolíticas, especialmente de sodio y potasio; las alteraciones neurofisiológicas basadas en los hallazgos de los estudios electrofisiológicos que utilizan métodos electroencefalográficos y de potenciales evocados; anomalías neuroendócrinas, incluidos los cambios hipotalámicos, hipofisarios, de la corteza suprarrenal, de tiroides y los cambios gonadales; y alteraciones neuroquímicas en los neurotransmisores, sobre todo en las aminas biogénicas, que sirven como neurotransmisores en el sistema nervioso central y periférico.

AMINAS BIOGÉNICAS

Las aminas biogénicas incluyen tres catecolaminas: dopamina, noradrenalina y adrenalina. La indolamina es otra amina biogénica representada por la serotonina. Y la acetilcolina que es también una amina biogénica.

CATECOLAMINAS

La hipótesis de la catecolamina se basa, en parte, en las observaciones de que los fármacos como inhibidores de la monoaminoxidasa y los antidepresivos tricíclicos que potencian o aumentan las catecolaminas cerebrales, producen estimulación de la conducta y excitación y tienen un efecto antidepresivo. Inversamente, los fármacos que agotan o desactivan las aminas centrales producen sedación o depresión. El carbón activo es efectivo en el tratamiento de la manía, disminuye la descarga y aumenta la recaptación de noradrenalina. Algunos estudios han demostrado que puede haber escasez de noradrenalina cerebral en la depresión.

Se ha hallado una disminución del metabolito 3-metoxi-4-hidroxifeniletileno-glico (MHPG) en el líquido cefalorraquídeo y la orina de pacientes deprimidos. Los fármacos que reducen la noradrenalina, como la metildopa, propranolol y la reserpina, pueden producir depresión y la anfetamina, que produce descarga sináptica de noradrenalina, produce un estado de ánimo elevado. Todavía esta por determinarse el uso clínico de MHPG como medida de la presencia o ausencia de depresión.

ACETILCOLINA

La relación de Acetilcolina y catecolaminas ha sido implicada también en la depresión, porque ciertos pacientes depresivos se deprimen aún más cuando se aumenta la actividad de la acetilcolina del sistema nervioso central. El sistema colinérgico desempeña un papel en el sueño REM y la reducida latencia REM en la depresión puede reflejar una hiperactividad de la acetilcolina en el SNC.

SEROTONINA

La serotonina, otra amina biogénica, se distribuye en el sistema nervioso central, y se ha hallado en algunos pacientes deprimidos disminución del metabolito de la serotonina, que es el ácido 5-hidroxiíndoleacético (5-HIAA), en su líquido cefalorraquídeo. Sin embargo, los hallazgos no son consistentes por cuanto la cantidad de 5-HIAA derivada del tejido cerebral o de las zonas del SN no central no ha sido determinada.

Otra prueba que sugiere la implicación de la serotonina en la depresión, es la observación de que el triptofano, un precursor de la serotonina, alivia la depresión en algunos pacientes. Igualmente, la reserpina agota la serotonina cerebral y los antidepressivos aumentan la actividad de la serotonina cerebral.

Otros estudios han demostrado una posible alteración del ritmo de la serotonina, más que una insuficiencia absoluta, en determinados subgrupos de depresión. Se ha informado de que la serotonina plaquetaria, que muestra un ritmo diurno normal, estaba desincronizada en los depresivos unipolares, sobre todo en las mujeres postmenopáusicas.

TRASTORNOS ENDOCRINOS

Durante muchos años se ha sospechado la implicación del sistema endocrino en la depresión. Entre los síntomas somáticos observados que sugieren cambios endocrinos en los trastornos afectivos, figuran la pérdida del apetito, pérdida de peso, insomnios, disminución del impulso sexual, disfunción gastrointestinal y variaciones diurnas predecibles del estado de ánimo.

Las técnicas de ensayo recientemente desarrolladas, de alta sensibilidad, han podido detectar marcadas alteraciones de la actividad hormonal simultáneas a los procesos depresivos.

Los cambios de estados de ánimo se han asociado clínicamente con diversos trastornos endocrinos. Los estados paranoides de depresivos del hiperadrenalismo (Enf. de Cushing), la hiperactividad y euforia del hipertiroidismo (tirotoxicosis), la depresión asociada en ocasiones a la terapéutica exógena con estrógenos, son fenómenos que sugieren esta relación.

La depresión es común en el período del postparto, cuando cambian los niveles hormonales.

HORMONA DEL CRECIMIENTO

Las secreciones basales de hormona del crecimiento (GH), por la hipófisis aumentan normalmente en respuesta a un descenso de azúcar en sangre, el hambre, estrés, ejercicio y los estrógenos. Una prueba convencional de la actividad de la GH consiste en la administración de insulina seguida de la medición del aumento esperado de los niveles de GH en plasma. Utilizando este método, los investigadores han demostrado que en muchos casos de depresión hay una menor respuesta a esta

hipoglucemia inducida por insulina. El fenómeno se observa con más frecuencia en la depresión unipolar, en las bipolares, la respuesta es normal o mejor. La descarga de GH se altera en un porcentaje significativo en mujeres potmeno - páusicas con diagnóstico de depresión unipolar. Diversas - investigaciones clínicas y de laboratorio han demostrado u na asociación entre la deprivación materna y la inhibición de la secreción de la hormona del crecimiento.

CORTISOL

Muchos pacientes deprimidos muestran hipersecreción de cortizol. El hallazgo de que la hipersecreción de cortisol se presenta en algunos pacientes deprimidos, se ha utilizado en el test de supresión de la dexametazona (DST) en el que la dexametazona es un esteroide exógeno que suprime el nivel - de cortisol en sangre.

El test de supresión de dexametazona es utilizado en laboratorio para determinar el estado depresivo endógeno, (de - presión mayor con melancolía). El test consiste en adminis-- trar a la hora de acostarse 1 mg de dexametazona oral y en recoger varias muestras seriadas del plasma al día siguien-- te, habitualmente a las 8 de la mañana, a las 4 de la tarde y a las 11 de la noche. Aproximadamente el 98% de los pa - cientes normales muestran la supresión del nivel de corti - sol . Esto se considera un hallazgo negativo. Sin embargo, en 50% de los pacientes con depresión endógena, esta supre - sión no tiene lugar. En aquellos pacientes, el cortisol es - capa a la acción supresora de la dexametazona y el hallazgo se considera positivo. Un nivel de cortisol en suero mayor - de 4,5 a 5 μ g/dl para cualquiera de las muestras de sangre es anormal. Se cree que el test refleja un cambio de la ac - tividad del eje hipotalámico-hipofisiario-suprarrenal en - ciertos pacientes deprimidos.

En diversas enfermedades aparecen falsos resultados posi - tivos, como en la enfermedad de Cushing, las enfermedades re - nales y hepáticas y la anorexia nervosa.

Los hallazgos estan afectados también por medicamentos, como el fenobarbital, Meprobamato, benzodiacepina y esteroides, es por eso que el DST se utiliza mas bién actualmente como instrumento de investigación.

OTRAS HORMONAS

Una parte significativa de pacientes deprimidos muestran falta o disminución de respuesta de la hormona estimulante tiroidea (TSH) a la estimulación de la hormona liberadora de tirotrópina (TRH).

Los niveles de prolactina pueden mostrar un ritmo circadiano elevado, y la secreción de hormona luteinizante (LH) es, muchas veces, menor en las mujeres menopáusicas.

CROMOPSICOBIOLOGIA

Se producen variaciones periódicas de las funciones fisiológicas y psicológicas. El ritmo circadiano muestra una periodicidad de unas 24 hs. El sueño es uno de estos estados periódicos, divididos en períodos REM y no REM.

Los estudios polisomnográficos muestran que en una depresión mayor hay una disminución del tiempo de sueño total, y un mayor porcentaje del tiempo del sueño, así como una menor latencia REM (el tiempo entre el momento de dormirse y el primer período REM). También hay un primer período REM muy largo.

FACTORES PSICOSOCIALES

SUCESOS DE LA VIDA Y ESTRÉS AMBIENTAL.

La mayoría de los clínicos e investigadores norteamericanos han compartido la convicción de que existe una relación entre los sucesos estresantes de la vida y la depresión clínica. Afirman con frecuencia la relación del estrés, sobre todo el producido por situaciones cotidianas, con el comienzo de los episodios depresivos, considerando que los sucesos de la vida son fundamentales para la etiología de la misma.

FACTORES DE PERSONALIDAD Y FACTORES PSICODINAMICOS.

Por lo general, se cree que las personas proclives a la depresión se caracterizan por un bajo amor propio, un superyo fuerte, relaciones interpersonales dependientes y una limitada capacidad para las relaciones objetales maduras y duraderas. Aunque estos rasgos son comunes entre los sujetos depresivos, no se ha establecido ningún rasgo de constelación o tipo de personalidad como singularmente predispuesto a la depresión. Todos los seres humanos, cualquiera que sea su tipo de personalidad, pueden deprimirse, y se deprimen en las circunstancias apropiadas, aunque ciertos tipos de personalidad (oral-dependiente, obsesiva-compulsiva e histérica) pueden estar en mayor riesgo de depresión que el tipo antisocial, el paranoide y otros varios tipos de personalidad que utilizan la proyección y otros modos de defensa externos.

Las formulaciones psicodinámicas se interesan no solo por los conflictos dinámicos existentes (que se manifiestan en la culpa, las reacciones a la pérdida y la hostilidad contra sí mismo) que pueden estar implicados en el episodio depresivo, sino también con los rasgos que preceden al episodio depresivo agudo y que, por consiguiente, pueden ser considerados causales. Algunos de estos rasgos están arraigados en la personalidad, pues una de las principales hipótesis psicodinámicas se centra en la predisposición de ciertos tipos de personalidad a la depresión.

En la actualidad, las hipótesis psicodinámicas tienen principalmente un valor heurístico, contribuyendo a la formulación del caso, el asesoramiento de la práctica psicoterapéutica y el diseño de la investigación futura.

FACTORES PSICOANALITICOS

Karl Abraham pensó que los episodios de enfermedad manifiesta son precipitados por la pérdida de un objeto libidinal, propiciando un proceso regresivo en el que el yo se retrae de su estado de funcionamiento maduro a un estado en el que

domina el trauma infantil de la etapa sádico-oral de desarrollo libidinal, a causa de un proceso de fijación en la primera infancia.

En la teoría estructural de Freud, la introyección del objeto perdido en el yo determina los típicos síntomas depresivos diagnósticos de pérdida de energía del yo. El superyo, incapaz de vengarse exteriormente contra el objeto, recurre a la representación psíquica del objeto perdido, ahora interiorizado en el yo como un introyecto. Cuando el yo supera al superyo o se fusiona con él, existe una descarga de energía previamente acumulada en los síntomas depresivos, y sobreviene la manía con los típicos síntomas de exceso.

Posteriores autores analíticos han desarrollado diversas formas la conceptualización básica de Abraham-Freud. Aunque la mayoría de autores analíticos afirman superficialmente que la enfermedad tiene un sustrato neurofisiológico subyacente, pocos han intentado conceptualizar este estado en otros términos distintos de los puramente psicológicos.

El trastorno de la personalidad narcisista es una de las frecuentes consideraciones del diagnóstico diferencial en los pacientes maniaco-depresivos, porque los pacientes con trastornos narcisista de la personalidad muestra con frecuente periodicidad júbilo y depresión, a menudo con grandiosismo y euforia en una fase y autodesprecio en la fase siguiente, al igual que en el trastorno maniaco-depresivo clásico.

FACTORES PREMORBIDOS DE LA PERSONALIDAD

En algunos pacientes depresivos hay una organización premórbida de la personalidad. Los pacientes deprimidos suelen deprimirse o desequilibrarse en situaciones de estrés, no se relacionan fácilmente en sociedad, requieren un excesivo apoyo ambiental y tienden a ser sujetos obsesivos. También son introvertidos, dependientes, narcisistas e inseguros, y además se sienten culpables.

Aaron Beck, quien ideó la terapéutica cognitiva, confía en la capacidad del paciente para aprender nuevos mecanismos defensivos. Los pacientes aprenden también su imagen negativa (de sí-mismos) y de su experiencia pasada, y desaprenden sus expectativas de futuro negativas.

DESAMPARO APRENDIDO.

En algunos experimentos animales en los que se expuso a perros a choques eléctricos de los que no podían escapar, los perros reaccionaron con desamparo y no hicieron intento alguno de huir. Aprendían a ceder y tenían aspecto desamparado. En los individuos deprimidos, puede hallarse un similar estado de desesperanza. Si el psiquiatra puede inculcar en el paciente una sensación de control y dominio del ambiente, la depresión suele remitir. Igualmente, la recompensa y el esfuerzo positivo del ambiente puede ayudar muchas veces a superar una depresión. - Estas son las técnicas conductuales que se utilizan en la terapéutica individual y de grupo.

UNA TEORIA UNIFICADA

En la actualidad, parece provechoso concebir los trastornos afectivos mayores como trastornos genéticamente controlados en los que cambios espontáneos de los ciclos de actividad producen los síntomas típicos del trastorno. Alternativamente, factores psicógenos específicos que significan una "pérdida" actúan como desencadenantes y pueden precipitar un episodio, maníaco o depresivo. Una vez iniciado, el episodio no responde habitualmente a la interpretación, y en determinados subgrupos, uno u otro tratamiento químico es el indicado. Una vez que esta químicamente controlado el episodio, puede ser necesario el tratamiento psicológico para ayudar al paciente a hacer frente a las consecuencias secundarias de su enfermedad, para ayudar a superar los efectos desencadenantes psicógenos específicos o para hacer frente a los problemas psicológicos diagnósticos de un segundo trastorno. Así, algunos pacientes con enfermedad bipolar necesitan carbonato de litio y ayuda psicológica para ha

cer frente a las pérdidas psicológicas, y otros necesitan - carbonato de litio y tratamiento psicológico de un trastorno de personalidad narcisista u otro trastorno de personalidad..

OTRAS CAUSAS DE EPISODIOS DEPRESIVOS

- ENFERMEDAD SOMATICA Se sabe que los síndromes depresivos se presentan tras el uso de ciertas sustancias, por ejemplo, - en la depresión inducida por reserpina, y las enfermedades orgánicas, por ejemplo, en los cánceres de todo tipo, y las enfermedades infecciosas. En ambos casos, el trastorno se considera un síndrome afectivo orgánico secundario al agente causal conocido. Si se desarrolla un síndrome afectivo - pleno en reacción a una alteración funcional secundaria a u na enfermedad física, el síndrome es un trastorno afectivo pleno, y también se diagnostica el trastorno físico.

- La demencia senil, presente y subsiguiente a varios infartos cerebrales debe ser diferenciada de los episodios depresivos de las personas ancianas. En el caso de la pseudodemencia, la depresión se presenta con síntomas que simulan un estado orgánico que desaparece con el apropiado tratamiento de la depresión. En las demencias, el tratamiento de la depresión no ofrece resultados positivos.

- Alteración psicológica. Se puede presentar con síntomas de depresión . Los trastornos depresivos, esquizofrénicos y ci clotímicos crónicos pueden tener episodios depresivos super puestos. Esta situación se presenta también en alcohólicos.

- El duelo simple no se considera una patología mental, incluso si se desarrolla un síndrome depresivo pleno, a menos que no tenga lugar la resolución.

- Factores biotipológicos. Hay diversos resultados que corroboran la correlación entre el tipo pánico, el temperamento ciclotímico y la psicosis maníaco-depresiva; el 54% de los sujetos son de tipo pánico.

CAUSAS ECOLOGICAS DE DEPRESION

PROBLEMA	MOTIVO	CONSECUENCIA
Contaminación Atmosférica	Productos de la combustión de - vehículos de mo tor, industrias, talleres, quema de desechos, pol vo.	Mala calidad del aire inhalado.
Problemas de tránsito	Exceso de vehí- culos, Falta de estacionamientos	Mayor número de acciden tes. Pérdida económica Disminución de las ho ras de descanso.
Ruido excesivo	Autotransportes, Aviones de reac- ción. Fábricas de Meta lúrgia. Equipos de sonido	Insomnio Fatiga física e intelec tual. Aumento de la FC y la TA Irritabilidad, Sordera.

CAUSAS SOCIALES

- Desintegración familiar
- Disminución del apoyo espeiritual de la iglesia
- Falta de vínculos con los vecinos.
- Migraciones.

Durante siglos los tres sistemas de apoyo social más importan tes han sido la familia, la iglesia y la comunidad de vecinos, y desde que se inició la vida urbana hemos encontrado en ellos un apoyo contra estados emocionales disruptivos, como la depre sión, el miedo y la ira. Sin embargo, se sabe que los lazos fa miliares se han debilitado en los últimos tiempos.

DEPRESION Y EDAD AVANZADA

Levin y Goldfarb, han indicado que las personas de edad avanzada sufren depresión con frecuencia. Otros autores han descrito el estado afectivo del adulto de edad avanzada deprimido, como apatía o desinterés. Sin embargo, otros escritores hacen creer que los ancianos son inmunes a las depresiones, ya que la mayor incidencia de depresiones psicóticas es menor en personas después de los 65 años, creen que esta reacción depresiva en el viejo es en general un síndrome benigno, en el que aparecen los síntomas neuróticos de la vida pasada.

DIAGNOSTICO

Debido a que la tristeza forma parte de la condición humana, cualquier discusión sobre los trastornos del estado de ánimo, implica la búsqueda confusa para la delimitación entre el estado de ánimo normal y el anormal.

La información sobre la depresión, al igual que en todos los síndromes psiquiátricos, se hace de la siguiente forma:

1. Historia clínica (Interrogatorio directo y exploración física).
2. Información proporcionada por la familia o amigos cercanos.
3. Instrumentos o escalas de medición.

Una vez reconocido el síndrome depresivo se hará lo siguiente:

A) PRECISAR EL MODO DE INSTALACION

a) El modo de comienzo suele estar caracterizado por:

- La precocidad de los trastornos del sueño
- La progresión de la astenia
- La agravación de la tristeza

b) Las circunstancias desencadenantes:

- Hay que hacer hincapié para encontrar un traumatismo afectivo (separación, duelo, fracaso social o profesional)
- Interrogar al respecto de un traumatismo orgánico (Enfermedad, TCE).

B) VOLVER A SITUAR EL SINDROME DEPRESIVO EN LA VIDA DEL PACIENTE.

Existen 8 criterios que forman la clave para el diagnóstico - de depresión, según lo definido en la American Psychiatric Association en su DSM III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders):

1. Poco apetito con pérdida de peso o aumento del apetito con aumento de peso.
2. Insomnio o Hipersomnia
3. Agitación o Retraso Psicomotor
4. Pérdida del interés o del placer en las actividades comunes o disminución del impulso sexual.
5. Pérdida de energía y sentimiento de fatiga.
6. Sentimientos de invalidéz, autoreproche o de culpa inapropiada.
7. Disminución de la capacidad para pensar o para concentrarse
8. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.

El paciente con 5 de estos 8 datos, está deprimido definitivamente, con 4 probablemente está deprimido. De acuerdo con el -- DSM-III, el estado de depresión deberá estar presente durante un mes para ser considerado como tal.

CAPITULO III INSTRUMENTOS O ESCALAS DE MEDICION

Hay una relación estrecha entre el uso de escalas de evaluación y el nivel de la práctica médica.

En la mayor parte de las investigaciones clínicas, se incluye la aplicación de una o varias escalas y son bien aceptadas por los médicos que se dedican a este tipo de investigaciones. Por el contrario la gran mayoría de los profesionales que trabajan en la práctica clínica no las usan y algunos las consideran artificiales. El desarrollo de las primeras escalas de evaluación prácticas, aún en uso, coincidió con el advenimiento de la psicofarmacología y su aplicación seguramente fué estimulada por la necesidad de tener un método preciso para valorar la natura

leza del padecimiento que los originaba.

En nuestros días, podemos considerar que, el uso de las escalas de medición apenas se inicia en la práctica clínica, ya que éstas simplifican el registro de datos para su estudio en computadoras, permiten recabar el máximo de información importante y facilitan la estandarización, que disminuye la variabilidad y la información acerca de los pacientes; sin embargo es preciso señalar que el mejor cuestionario o la más elaborada escala de evaluación no puede suplir a un buen estudio clínico efectuado por un médico competente.

La depresión puede ser medida en dos categorías básicas:

1. MEDICION COMPRESIVA. Es aquella que integra información del sistema de respuestas múltiples y provee una descripción comprensiva del estado depresivo; por ejemplo: Escala de Hamilton, Escala de Zung, etc.

2. MEDICION ESPECIFICA. Describe un inicio específico de la sintomatología depresiva, utiliza la información de un sistema único de respuesta. Por ejemplo: el registro telemétrico de la actividad motora.

Los estudios frecuentemente utilizan una medición comprensiva aislada e infieren de la medición toda la sintomatología depresiva.

Actualmente las escalas para medir la depresión, más conocidas y utilizadas son: El Inventario Multifásico de la personalidad de Minnesota (más de 500 preguntas), la Escala de Hamilton (más de una hora para ser respondida), el Inventario de Beck, El cuestionario General de Salud y la Escala de Automedición de la Depresión (Escala AMD o de Zung).

- En 1964, Zung y Drurham, realizaron una investigación sobre depresión y en 1965 publicaron los resultados de una escala que reuniera los siguientes requisitos:

1. Que fuera autoaplicable a enfermos con diagnóstico de depresión o Depresión Enmascarada, incluyendo los síntomas más representativos de la entidad clínica.
2. Que fuera breve y sencilla, de aplicación más cuantitativa.
3. Que pudiera ser autoaplicada por el enfermo, a fin de reca-

bar su respuesta directa.

Los estudios estadísticos realizados, indican que las mediciones obtenidas de esta manera pueden correlacionarse de manera segura con otras escalas de medición de la depresión, que requieren mas tiempo, que están en uso actualmente.

COMO USAR LA ESCALA AMD (O DE ZUNG).

La escala comprende una lista de 20 declaraciones. Cada una de ellas se refiere a una característica específica y común de la depresión. Los 20 temas esbozan, de manera comprensiva, los síntomas ampliamente reconocidos como desórdenes de la afectividad. A un lado de las declaraciones aparecen cuatro columnas cuyos encabezados dicen : MUY POCAS VECES, ALGUNAS VECES, LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO Y CONTINUAMENTE.

Se le da al paciente el cuestionario y se le pide que ponga una marca en el recuadro mas aplicable a su caso, en el momento de hacer la prueba.

Para obtener la medición de la depresión del paciente, se escribe en el margen derecho el valor para cada declaración y luego se suma; esta calificación se convierte a un índice basado en 100. La Escala esta planeada de tal manera que un índice bajo indica poca o ninguna depresión y un índice alto señala una depresión de significación clínica.

En ocasiones los pacientes tendrán dudas sobre ciertos temas, A algún paciente se le ocurrirá preguntar como contestar la pregunta número 5, siéndo que se encuentra a dieta y en consecuencia no come igual que antes; en tal caso se pide al paciente que conteste como si no estuviera a dieta.

El tema 6 cuestiona al respecto de las relaciones sexuales, de tal manera que algunos pacientes titubean, en tal caso y si no las tiene, se le preguntara si disfruta de estar con personas del sexo opuesto.

Se han incorporado ciertas medidas de protección, comunes a todas las pruebas psicológicas, en los encabezados de las columnas de calificación. Pero el paciente no podrá discernir al

alguna tendencia en sus respuestas, porque la mitad de las declaraciones estan redactadas de manera sintomáticamente positiva y la otra mitad como negativa.

Por ejemplo: el primer tema, "Me siento abatido y melancólico" es positivo; el segundo "En la mañana me siento mejor", es una declaración negativa, que refleja lo contrario del estado de ánimo de la mayoría de los pacientes deprimidos que se sienten peor en la mañana.

INTERPRETACION DE LAS CALIFICACIONES EAMD. La escala AMD no esta destinada a diferenciar la depresión como enfermedad de la depresión como síntoma. Sirve para medir cuantitativamente la intensidad de la depresión, sin tomar en cuenta el diagnóstico. En consecuencia, las calificaciones altas son una indicación de la presencia de síntomas que pueden tener importancia clínica.

RELACION DE LOS SINTOMAS DE DEPRESION CON LOS TEMAS DE LA ESCALA AMD.

Las declaraciones de la Escala AMD, estan redactadas en el lenguaje común de los pacientes que sufren depresión. Si bien, esas palabras son las que puede usar el paciente, su significado identifica de manera precisa, un síntoma aceptado de depresión. Las declaraciones contenidas en el test, nos indican la evolución del estado depresivo, si se aplica cuantas veces se estime oportuno.

PROTÓCOLO DE LA ESCALA DE ZUNG.

	MUY POCAS VECES	ALGUNAS VECES	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO.	CONTI DELNUAMEN TE.
1. Me siento abatido y melancólico	1	2	3	4
2. En la mañana me siento mejor	4	3	2	1
3. Tengo accesos de llanto o deseos de llorar.	1	2	3	4
4. Me cuesta trabajo dormirme en la noche	1	2	3	4
5. Como igual que antes solía hacerlo	4	3	2	1
6. Todavía disfruto de las relaciones sexuales	4	3	2	1
7. Noto que estoy perdiendo peso	1	2	3	4
8. Tengo molestias de constipación	1	2	3	4
9. El corazón me late mas aprisa que de costumbre	1	2	3	4
10. Me canso sin hacer nada	1	2	3	4
11. Tengo la mente tan clara como antes	4	3	2	1
12. Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro	4	3	2	1
13. Me siento intranquilo	1	2	3	4
14. Tengo esperanza en el futuro	4	3	2	1
15. Estoy mas irritable	1	2	3	4
16. Me resulta fácil tomar decisiones	4	3	2	1
17. Siento que soy útil y necesario	4	3	2	1
18. Mi vida tiene bastante interés	4	3	2	1
19. Creo que les haria un favor a los demás muriéndome	1	2	3	4
20. Todavía disfruto las cosas	4	3	2	1

CALIFICACION BASICA

DIAGNOSTICO

Menor de 40

Normal (umbral superior)

40 a 47

Depresión Moderada

48 a 55

Depresión Marcada

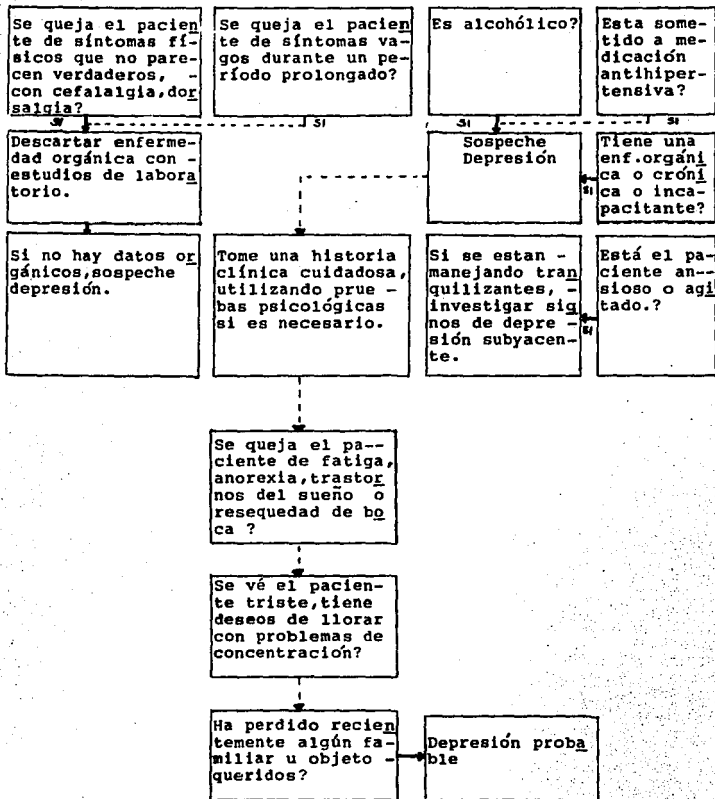
56 o más

Depresión Grave

SINTOMAS DE LOS DESORDENES DEPRESIVA	TEMAS DE LA ESCALA AMD	No. del TEMA
I. AFECTIVOS PERSISTENTES		
Deprimido, triste y melancólico	Me siento abatido y melancólico	(1)
Accesos de llanto	Tengo accesos de llanto o deseos de llorar	(3)
II. EQUIVALENTES FISIOLÓGICOS:		
Variación diurna: Exageración de síntomas en la mañana y alivio conforme avanza el día	En la mañana me siento MEJOR	(2)
Sueño: Despertar temprano o frecuente	Me cuesta trabajo dormirme en la noche	(4)
Apetito: Disminución en la ingestión de alimentos	Cómo igual que antes solía hacerlo	(5)
Pérdida de peso: Asociada con ingestión de alimentos	Nota que estoy perdiendo peso	(7)
Sexuales: Libido disminuída	Todavía disfruto de las relaciones sexuales.	(6)

Gastrointestinales: Constipación	Tengo molestias de constipación (8)
Cardiovasculares: Taquicardia	El corazón me late mas aprisa que de costumbre. (9)
Musculoesqueléticas: Fatiga	Me canso sin hacer nada. (10)
III. EQUIVALENTES PSICOLOGICOS	
Agitación psicomotora:	Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto. (13)
Retardo psicomotor	Me resulta FACIL hacer las cosas que acostumbro. (12)
Confusión	Tengo la mente tan clara como antes. (11)
Vacuidad	Mi vida tiene bastante interés. (18)
Desesperanza	Tengo esperanza en el futuro. (14)
Indecisión	Me resulta fácil tomar decisiones. (16)
Irritabilidad	Estoy más irritable de lo usual. (15)
Rumiación suicida	Creo que les haría un favor a los demás muriéndome (19)
Devaluación personal	Todavía disfruto con las mismas cosas (20)

DIAGRAMA DE ATENCION DEL PACIENTE: RECONOCIMIENTO DE LA DEPRESION.



Esquema de vigilancia para reconocer al paciente deprimido.

ERRORES QUE CONDUCEN A FRACASO EN EL DIAGNOSTICO:

Los médicos que no hacen el diagnóstico de depresión en forma correcta, cometen una falla por una o varias razones, tal vez la más universal es el hecho de que, hasta hace poco, los estudiantes de medicina y el personal facultativo estaban orientados mayormente para diagnosticar y tratar las enfermedades que se consideraban resultado de problemas orgánicos - nada más. Los pacientes con quejas orgánicas vagas, se consideraban "personas fatigadas" y el médico se llega a deshacer de ellas tan pronto como le era posible, si sus síntomas no correspondían a los datos encontrados.

Muchos pacientes presentan síntomas que podrían ser resultado de un proceso patológico orgánico o de un trastorno psicológico por la tensión de la vida. Hacer el diagnóstico diferencial entre la enfermedad funcional y la orgánica, es lo más importante para el médico y para el paciente. El buen médico debe estar preparado para atender cualquier enfermedad. Tratar una enfermedad funcional como si se tratara de una enfermedad orgánica, representa un error tan grave para el paciente como lo haría la actitud contraria.

Cuando no está claro cual de las dos entidades tiene frente a sí el médico, será mejor indicarle al paciente, desde un principio, que creó que el problema podría ser una enfermedad funcional y dejar claro que este tipo de enfermedades son reales y no imaginarias y que el problema no es "lo que tiene en la cabeza" el paciente.

Desde luego que la exploración física y los exámenes de laboratorio y de gabinete son importantes para descartar la existencia de enfermedad orgánica, no es difícil explicar al paciente el diagnóstico, quien de manera invariable lo aceptará con facilidad y seguirá las medidas terapéuticas indicadas. Por otra parte, si el médico toma la actitud contraria, e indica al paciente que su padecimiento no es orgánico, después

de efectuar estudios caros y peligrosos, le dice "no hay nada malo en usted", el paciente no aceptará por lo general dicho diagnóstico. Puede a continuación buscar ayuda en otros médicos, que quizá puedan confundir verdaderamente al paciente, siéndonos entonces para el médico, el pago de ejecutar operaciones innecesarias para encontrar enfermedad orgánica existente, perder al paciente, o la muerte por suicidio por progresión del proceso patológico funcional en él.

TRATAMIENTO

El tratamiento de los estados depresivos constituye probablemente uno de los capítulos de la psiquiatría que ha experimentado mayores avances en los últimos años, siéndonos el manejo de los trastornos afectivos mayores, uno de los más recom-pensantes para el psiquiatra. En la actualidad se dispone de tratamiento específico en la fase aguda para prevenir la recurrencia de episodios maníacos y depresivos. Se plantea un primer problema ante la realización del tratamiento en régimen ambulatorio o de internamiento. La única indicación del internamiento, es la posibilidad formal de suicidio, una posibilidad que existe cuando el paciente empieza a salir de la depresión y tiene la energía necesaria para llevar a cabo el impulso suicida que planeó cuando estaba profundamente deprimido, pero carecía de la energía necesaria para llevarlo a cabo. Aún en estos casos, si existe garantía de un control sistemático y permanente del paciente, la cura puede intentarse en el propio domicilio. Como el pronóstico de cada episodio individual es bueno, a pesar de los resultados negativos de los esfuerzos iniciales de tratamiento, el optimismo está siempre garantizado y es bien recibido por el paciente y su familia.

CONDUCTA NECESARIA:

- A) La Depresión sintomática de una afección orgánica, implica el tratamiento de la afección causal.
- B) Las depresiones psicóticas deben ser tratadas con el es-

cialista en salud mental.

C) Depresiones neuróticas. El manejo depende:

- De la calidad del medio ambiente (allegados).
- Del grado de Síndrome depresivo, y de las ideas de suicidio e intentos anteriores del mismo
- De la estructura de la personalidad del paciente.
- Las depresiones neuróticas graves requieren hospitalización en medio especializado.
- En las depresiones de gravedad moderada, cuando no hay allegados o cuando la asistencia de los mismos es poco eficiente se aconseja la hospitalización.
- Las depresiones de gravedad moderada, que son las más frecuentes, cuando están asistidas por allegados eficaces, pueden ser tratadas en forma ambulatoria.

D) Otras depresiones.:

- La depresión reactiva o secundaria (respuesta a la pérdida generalmente solo requiere apoyo psicológico.
- La depresión endógena, amerita tratamiento farmacológico
- Tanto la depresión psicótica como la neurótica deben ser atendidas por el psiquiatra,
- La depresión simple, puede además ser atendida por el Médico General Familiar, el Internista o especialista - no psiquiatra.

Se analiza a continuación los métodos mas importantes de abordaje terapéutico ante un estado depresivo:

-HOSPITALIZACION.

La primera y mas crítica decisión que debe tomar el médico es la de si hay que hospitalizar al paciente o puede intentar un tratamiento ambulatorio, ésto basado en consideraciones clínicas. En presencia de una depresión aguda, la hospitalización es de necesidad imperiosa.

La depresión leve puede ser manejada con seguridad en la consulta si el médico evalúa con frecuencia al paciente, si no existen signos de pérdidas de juicio o de peso, o insomnios, y si el sistema de apoyo ambiental se considera fuerte y no excesivo ni insuficientemente preocupado por el paciente. Habiendo historia de un episodio anterior, el episodio actual tendrá la misma gravedad en la mayoría de los casos, cual -quier signo de cambio a peor de los síntomas, de la conducta exterior o de la actitud del ambiente hacia el paciente basta para requerir la hospitalización.

PSICOTERAPIAS

La psicoterapia es esencial, al menos como suplemento de los tratamientos medicamentosos en aquellos casos en los que el paciente parece sufrir una forma básicamente fisiológica de la enfermedad, y la psicoterapia es absolutamente de importancia central para el tratamiento de los pacientes que parecen tener una enfermedad psicológica además de una enfermedad fisiológica. Sin una psicoterapia efectiva, éstos pacientes -- pueden destruir su vida. Otros pacientes necesitan aislar una experiencia de pérdida, desencadenando un episodio de enfermedad para eliminar estas experiencias.

TIPOS DE PSICOTERAPIA

PSICOTERAPIA PSICOANALITICA. Freud describió que la vulnerabilidad a la depresión producida por un desaliento interpersonal al comienzo de la vida determinaba relaciones de amor posteriores caracterizadas por la ambivalencia. Las pérdidas interpersonales amenazadas o reales en la vida adulta desencadenarían una lucha destructiva en el YO, que se manifestarían como depresión. Estos individuos tienen una dependencia anormal de los demás para la gratificación narcisista y el mantenimiento de su amor propio. La frustración de sus necesidades de dependencia determinan una crisis de su autoesti-

ma y, posteriormente, una depresión. En general, el objetivo de la psicoterapia psicoanalítica consiste en promover un cambio de la estructura de la personalidad o el carácter, y no simplemente en aliviar los síntomas. La mejora de la confianza interpersonal, la intimidad y creatividad, de los mecanismos defensivos, de la capacidad para experimentar una amplia gama de emociones y de la capacidad para la aflicción son algunos de los objetivos. El tratamiento puede requerir en ocasiones que el paciente experimente una alta ansiedad y malestar durante el curso de la terapia, que habitualmente prosigue durante varios años.

-PSICOTERAPIA BREVE.

Las terapias breves difieren del psicoanálisis clásico en su énfasis en la identificación de un foco diagnóstico específico. Se selecciona una cuestión particular, habitualmente un problema interpersonal y el paciente y el psicoterapeuta acuerdan tratar primero este problema en la terapia. Este foco se considera dinámico porque se utiliza como vínculo con los conflictos nucleares que se remontan a los primeros años de vida. Esta técnica utiliza activamente el conflicto actual como microcosmos para los conflictos más sustanciales y duraderos de la vida del paciente.

-TERAPIA INTERPERSONAL

Es una psicoterapia breve que normalmente consiste en 12 a 16 sesiones semanales, y fué desarrollada específicamente para el tratamiento de los pacientes depresivos ambulatorios, no bipolares y no psicóticos. Se caracteriza por un enfoque activo por parte del psicoterapeuta y por un énfasis en las cuestiones actuales y el funcionamiento social en la vida del paciente. Los fenómenos intrapsíquicos, como los mecanismos defensivos o los conflictos internos, no son considerados en la terapia.

El objetivo son las conductas discretas, como la falta de afirmación, las facultades sociales y el pensamiento, pero solo en el contexto de su significado o efecto sobre las relaciones interpersonales.

- TERAPIA CONDUCTUAL.

Se han desarrollado varias terapias conductuales para el tratamiento de la depresión. Aunque varían en sus técnicas específicas y enfoque, estas terapias tienen ciertos supuestos y estrategias comunes:

- 1) El programa de tratamiento esta altamente estructurado y suele ser breve.
- 2) El principio del refuerzo suele considerarse el elemento clave de la depresión.
- 3) El cambio de conducta se considera la forma más efectiva para aliviar la depresión.
- 4) El objetivo es la articulación y alcance de metas específicas.

Algunos tratamientos conductuales se caracterizan por enfoques de tratamiento de componentes múltiples que combinan diversas técnicas conductuales, moldeándose el uso de estas técnicas en función de las necesidades individuales del paciente. Normalmente existen elementos nucleares, - considerados esenciales, unidos a otras técnicas opcionales.

TERAPIA COGNITIVA

La teoría cognitiva de la depresión indica que las disfunciones cognitivas son el núcleo de la depresión y que los cambios físicos y afectivos, así como otros rasgos asociados a la depresión, son consecuencias de las disfunciones cognitivas. Por ejemplo la apatía y la baja energía son el resultado de la expectativa de fracaso del individuo en todas las áreas.

De forma similar, la parálisis de la voluntad deriva del pesimismo y los sentimientos de desamparo del individuo. El objetivo de la terapia cognitiva desarrollada por Aaron Beck consiste en aliviar la depresión e impedir su reaparición ayudando al paciente a:

- 1) Identificar y comprobar sus conocimientos negativos
- 2) Desarrollar esquemas alternativos y más flexibles, así como formas de pensamiento más positivas
- 3) Crear nuevas respuestas conductuales y cognitivas.

El objetivo es también el de cambiar la forma de pensar del individuo y, posteriormente, aliviar el síndrome depresivo.

- TERAPIA FAMILIAR

No suele considerarse a la terapia familiar como una terapia primaria para el tratamiento de la depresión, pero su uso está indicado en los casos en que:

- 1) La depresión de un individuo parece alterar seriamente su funcionamiento familiar o matrimonial (o ambos) ó;
- 2) En que la depresión del individuo parezca estar promovida y mantenida por pautas de interacciones matrimoniales o familiares.

La terapéutica familiar examina el papel del miembro deprimido en el bienestar psicológico general de toda la familia; también se examina el papel de la familia en el mantenimiento de la depresión. Este enfoque tiene un valor especial cuando el paciente deprimido es la madre de niños pequeños. Sin embargo, por lo general, el diagnóstico de la dinámica familiar debe formularse con precaución cuando uno de los miembros sufre una depresión aguda. Las pautas de interacción familiar pueden haber resultado significativamente alteradas por la depresión.

- COMBINACION DE PSICOTERAPIA Y MEDICACION

La depresión es un complejo grupo de trastornos que implica a muchos sistemas corporales. Las medicaciones pueden estar indicadas en ciertas depresiones, mientras que en otras son preferibles los enfoques psicoterapéuticos. En muchos casos, lo mejor es una combinación de fármacos y psicoterapia. Existen pruebas en apoyo de la idea de que los fármacos tienden a afectar a los síntomas somáticos y vegetativos específicos de la depresión, mientras que la psicoterapia afecta a los aspectos interpersonales y cognitivos. Por ello, un enfoque global incluiría a ambas modalidades que se complementan mutuamente.

- TERAPIAS ELECTROCONVULSIVAS

El uso de la terapéutica electroconvulsiva (TEC) sigue teniendo una de sus más claras indicaciones en el campo de las depresiones endógenas (BIPOLARES Y UNIPOLARES), donde su eficacia es claramente superior a los antidepresivos y la psicoterapia, punto en que coinciden todas las revisiones que se han realizado en los últimos años. Sin embargo, su uso ha quedado restringido ultimamente por la acción cada vez más eficaz de los fármacos antidepresivos.

Las indicaciones actuales son las siguientes:

- a) Fracaso farmacológico
- b) Depresiones muy inhibidas, agitadas o con ideas delirantes
- c) Situaciones somáticas críticas (Desnutrición, Deshidratación).
- d) Riesgo grave de suicidio
- e) Reacciones adversas o enfermedades físicas que desaconsejan la utilización de fármacos.
- f) Antecedentes de fracaso farmacológico y buena respuesta a la TEC.

Suelen ser suficientes de 6 a 10 sesiones para obtener en ocasiones resultados espectaculares.

Las condiciones en que se practica esta técnica actualmente (narcosis, curarización, atropina, oxigenación, implantación unilateral de electrodos, etc...), han disminuído notablemente los riesgos físicos.

La técnica unilateral esta especialmente indicada en pacientes de edad avanzada, disfácicos y con trastornos cognitivos y en aquellos que precisan unas capacidades mnésicas elevadas por su trabajo, lo que aconseja mitigar los trastornos de memoria y la confusión postshock.

ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS (ADT)

NUEVOS ANTIDEPRESIVOS:

La indicación específica de estos fármacos son las depresiones endógenas en cualquiera de sus modalidades (Unipolares, Bipolares). Aunque las depresiones neuróticas (a no ser que se ingerte un timia endógena, como en ciertas depresiones - endorreactivas), responden mejor a los IMAO, los ADT son fármacos alternativos. Ningún nuevo antidepresivo ha demostrado una acción superior a la Imipramina o la Amitriptilina, siempre que se utilicen las dosis correctas (150-300 mg/día), - aunque en general ocasionan menos efectos secundarios. Tienen no especial los recientes antidepresivos selectivos Serot_o nérgicos (Fluoxetina, Fluvoxamina, Trazadone), ya que ocasionan menos efectos colaterales anticolinérgicos. Por otra parte, la duración mínima antes de juzgar el efecto terapéutico de un antidepresivo es de 4-6 semanas y el tiempo de mantenimiento de la medicación, no menos de 6 meses; por contra el riesgo de recaída, es elevado.

INHIBIDORES DE LA MONOAMINOXIDASA (IMAO)

Marginados hasta hace pocos años de la práctica clínica a raíz de un cúmulo de errores metodológicos en su investigación, estan especialmente indicados en las "depresiones atípicas" (neuróticas, situacionales, por agotamiento, psicastenia, etc.)

que no tienen índices claros de endogenidad y, por el contrario, están contaminadas con síntomas como la ansiedad, somatizaciones, astenia, despersonalización, bulimia, hipersomnia, ideas fóbicas, hipocondríacas, rasgos histeroídes, etc. La acción beneficiosa que resulta al asociarlos con la psicoterapia ya ha sido comentada. Así mismo, algunas depresiones endógenas inmodificables por tricíclicos - responden favorablemente a los IMAO. Se usa la fenelcina - (45-75 mg/día) y la iproniacida (75-150 mg/día), ésta sobretodo cuando predomina la astenia. La duración mínima del tratamiento es de 6 meses, similarmente a los ADT.

LITIO

La eficacia del litio como antimaníaco y en la profilaxis de los trastornos bipolares no ofrece dudas, ya que dos tercios de pacientes responden en alguna medida. La profilaxis de las depresiones unipolares con litio puede intentarse especialmente en aquellos casos que tienen riesgo de evolución bipolar.

Schou, recientemente ha señalado algunos puntos complementarios respecto al litio:

- a) El tratamiento profiláctico con litio es igualmente efectivo en mujeres y en varones, jóvenes y viejos con los siguientes ajustes de medicación;
- b) Los cicladores rápidos pueden ser refractarios al litio y responder a otras terapéuticas (levotiroxina, carbamacepina, clorgilina), pero en algunos pacientes los resultados son excelentes;
- c) No es raro que la acción sea gradual, de forma que el efecto óptimo se alcance a los 6-12 meses de tratamiento, aunque en algunos pacientes la acción es inmediata;
- d) El efecto del litio no parece decrecer con el tiempo y;
- e) El litio no crea adicción y puede suspenderse bruscamente sin que aparezca síndrome de abstinencia.

Si bien como antimaníaco las litemias se sitúan entre 1,2-16 mEq/l), como profiláctico los niveles son inferiores - (0,6-1,2 mEq/l), aunque en casos concretos y Ancianos pueden aconsejarse litemias más bajas. Determinadas circunstancias que pueden modificar la litemia (sobredosis, nefropatías, -- deshidratación, dietas hiposódicas o adelgazamiento, fiebre alta, sudación profusa, vómitos, diarreas, dietas preoperatorias, tratamientos con diuréticos) requieren una atención especial y frecuentemente obligan a disminuir o suspender - el tratamiento. Una contraindicación específica es el embarazo, sobre todo durante el primer trimestre de gestación, ya que se han descrito "niños-litio" que nacen con malformaciones cardiovasculares importantes. De cualquier forma, antes de iniciar el tratamiento con litio y durante el mismo (anualmente) deben realizarse, además de las litemias periódicas (4-6 meses), exámen de orina, hemograma completo y -- fórmula leucocitaria, ionograma, ECG, y estudio de la función tiroidea y renal.

PREDICTORES DE RESPUESTA TERAPEUTICA.

Aunque se han establecido diagramas de acción antidepressiva en función de síntomas diana, consideremos que existen para metros clínicos y biológicos más adecuados:

1. Predictores demográficos.

Se ha señalado mejor respuesta a la Imipramina en varones y a la asociación imipramina T3 en mujeres.

2. Personalidad y antecedentes familiares.

Los antecedentes familiares de trastorno bipolar, incluso en pacientes unipolares, indica buena respuesta al litio

3. Predictores nosológicos y clínicos.

Las depresiones atípicas y no endógenas responden más favorablemente a IMAO.

Las depresiones inhibidas responden a los antidepressivos tricíclicos (Imipramina).

La depresión agitada responde a antidepressivos sedativos

(Amitriptilina), y eventualmente a Fenotiacinas (tioridacina).

4. Predictores psicosociales.

Los resultados sobre la importancia que tienen los acontecimientos de la vida, previos al inicio del cuadro de depresivo, son contradictorios, pues algunos estudios los relacionan con una respuesta favorable y otros no encuentran ninguna relación. Sin embargo, la concurrencia de acontecimientos negativos durante el tratamiento se relaciona con una peor respuesta al mismo.

El soporte social desfavorable produce una peor respuesta al tratamiento antidepresivo, incluso en las melancolías.

5. Predictores biológicos.

La mejora del humor tras la administración de anfetaminas o metilfenidato, aunque transitoria, indica una respuesta futura favorable a antidepresivos de acción noradrenérgica.

EVALUACION DEL TRATAMIENTO

Por lo general, la literatura indica que una depresión grave aguda responde bien a la TEC, una depresión menos grave responde bien a los tricíclicos, y el litio o los tricíclicos pueden ser útiles agentes profilácticos contra la depresión. En general, la psicoterapia combinada con el tratamiento medicamentoso ofrece el mejor pronóstico en la mayoría de los trastornos afectivos.

CURSO Y PRONOSTICO DE DEPRESION

Es bien sabido que la mayoría de trastornos afectivos son autolimitados con buenos pronósticos, aún en ausencia de intervención de tratamientos. El pronóstico de un solo episodio afectivo, es comunmente benigno, pero no son raras las recurrencias. El pronóstico de la enfermedad a lo largo del tiempo, también es favorable según lo han confirmado varias publicaciones recientes. El 70 a 85% de pacientes con trastornos agudos, tanto primarios como secundarios, tienen notables remisiones completas.

Antes de 1950, la duración aproximada de los episodios depresivos agudos era de 6 a 8 meses, actualmente, con los tratamientos somáticos, incluyendo el medicamentoso, la enfermedad aguda se ha reducido a unas cuantas semanas. Cerca del 15% de pacientes con depresión, llega a la depresión crónica.

Esto tiende a ocurrir a medida que el paciente envejece y tiene menor ayuda social. Hay un alto riesgo de recurrencia en los principales trastornos afectivos, tanto primarios como secundarios. Cerca de la mitad de estos sujetos tiene más de un episodio de depresión.

En la depresión grave, el suicidio es la principal complicación. En el curso de una vida de depresión primaria o secundaria, existe 15% de posibilidades de suicidio. Es un error pensar que si una persona habla sobre el suicidio, sea incapáz de intentarlo.

Se han establecido guías para identificar al paciente potencialmente suicida, además del índice del juicio clínico del médico tratante:

La mayoría de los suicidios no son impulsivos sino planeados

La intención del suicidio, es con frecuencia comunicada por el paciente deprimido a los amigos o a la familia.

La desesperanza parece ser el puente de enlace entre la depresión y el suicidio

El suicidio es tres veces más común en hombres que en mujeres y más frecuente entre los ancianos, en especial en aquellos que han perdido a su pareja por la muerte, separación o suicidio.

El riesgo para la autodestrucción aumenta con el antecedente familiar de suicidio o con la existencia de un intento previo.

La única regla general es que todas las amenazas de suicidio deberán tomarse con seriedad y todos los pacientes que amenazan con matarse deberán ser examinados por un psiquiatra.

PREVENCION DE LA DEPRESION

Del mismo modo que el Médico Familiar esta en situación ideal para reconocer las depresiones de manera temprana, también está en posición única para prevenir la depresión y tratar los grados menos graves de este trastorno afectivo. Una de las causas más frecuentes de depresión es la falta de amor en la infancia, producida por padres manifiestamente críticos, que son negligentes de las necesidades de sus hijos, de estimularlos constantemente.

Al corregir las relaciones defectuosas entre padres e hijos, muy al principio de la infancia, el Médico Familiar estará en condiciones de prevenir las depresiones graves de la vida futura. La relación entre médico y paciente constituyen un elemento poderoso de los muchos que posee el médico.

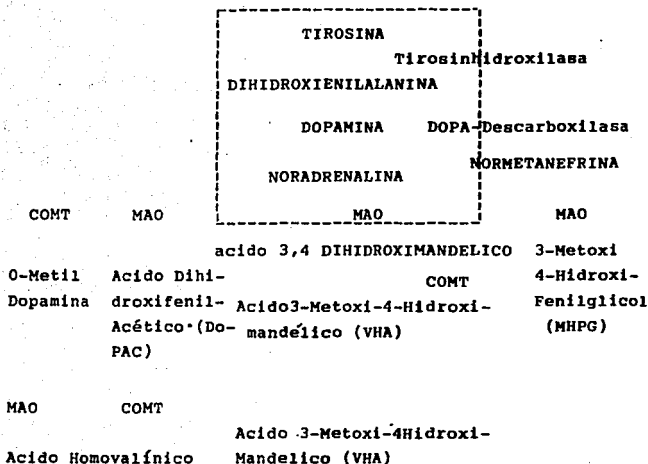
Basta con demostrar entereza en el bienestar de un paciente deprimido e indicar la conveniencia de ayuda para que se mejore.

En atención de los pacientes gravemente deprimidos que son suicidas potenciales, el Médico Familiar debe trabajar con un psiquiatra y con los otros médicos que conviene que intervengan. Debiendo vigilar las prescripciones para evitar que el paciente haga mezclas de dosis letales de medicamentos. También se necesita que el Médico Familiar tratante de un paciente deprimido, se ponga de acuerdo con otros miembros de la familia, indicándoles sus preocupaciones enfrente del pa -

ciente e insistir en que ellos también participen en la reintegración y tratamiento del paciente.

ETAPAS EN LA TRANSFORMACION METABOLICA DE LAS CATECOLAMINAS.

**BIOSINTESIS DE MONOAMINAS
(MA)**

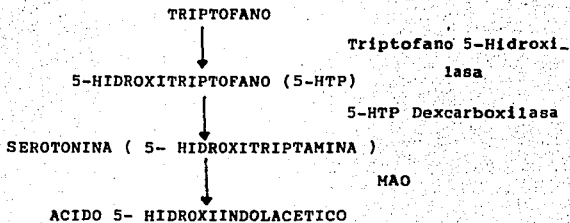


Dentro de la línea punteada se observan las etapas que llevan a la elaboración de los neurotransmisores: fuera de ellas se encuentran las diferentes guías en su degradación biológica.

MAO* Monoaminooxidasa.

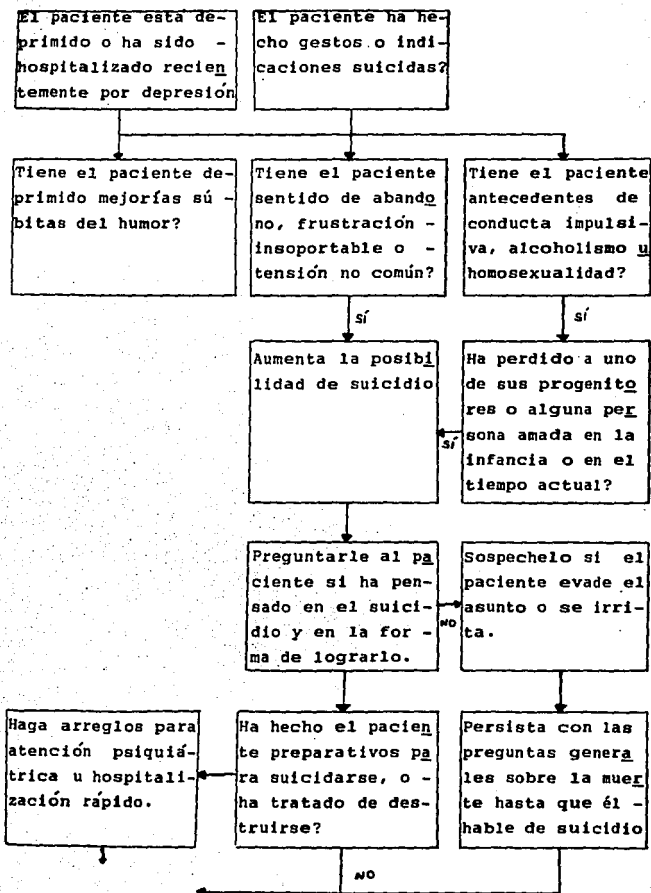
COMT* Catecol-O-Metiltransferasa

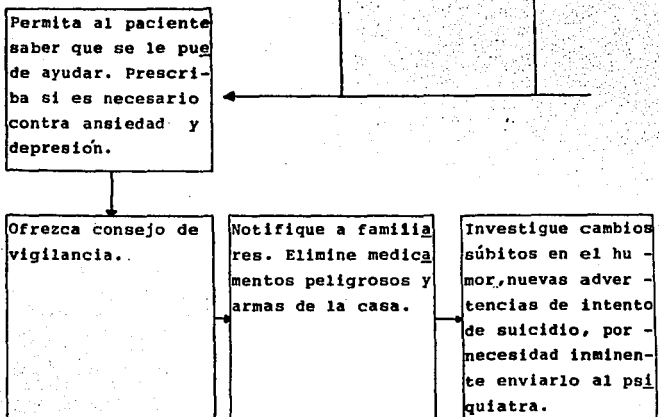
BIOSINTESIS Y DEGRADACION DE LA SEROTONINA
(5-HT)



MAO* Monoaminoxidasa

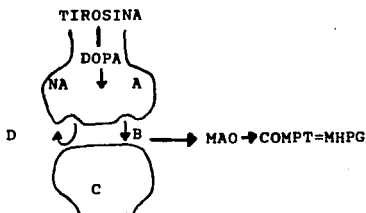
DIAGRAMA DE ATENCION DEL PACIENTE SUICIDA POTENCIAL.





ACONTECIMIENTOS NORMALES EN LAS SINAPSIS

La comunicación neuronal en humanos se realiza por medio de neurotransmisores y los psicofármacos modifican esta transmisión, ejerciendo en ello sus efectos terapéuticos y colaterales.



ESQUEMA DE UNA SINAPSIS NORADRENERGICA

- A) Vesículas con noradrenalina (NA)
- B) Liberación en el corredor sináptico
- C) Receptor
- D) Recaptura del neurotransmisor
- E) Proceso de degradación biológica del neurotransmisor.

PSICOLOGIA DE LA SENECTUD.

Si el envejecimiento humano es la acción del tiempo sobre la persona, el envejecimiento psicológico, como dice Liliane Israel, es la acción del tiempo sobre la personalidad, de acuerdo con Lise Moor al conjunto de caracteres resultantes de la integración de factores psicológicos (inteligencia, afectividad, voluntad, pulsiones, etc.) y biológicos (fisiología y morfología) que diferencian a un individuo de otros. Como al individuo no se le puede dividir en compartimientos separados en cuanto al ser físico, psíquico y social, hay que considerarle siempre en unidad y a la vez observarle en esa triple dimensión, para comprender como es en la vejez.

PERSONALIDAD DEL ANCIANO Y ENTORNO SOCIOCULTURAL.

Hay que tener presente que la personalidad, aún en la vejez, no es una referencia estática del individuo anciano, ni un mero dato biológico, sino una elaboración, consecuencia de interacciones constantes entre el individuo y su ambiente. Esa elaboración es susceptible de trastornos y desorganizaciones, por efecto del deterioro funcional que ocasiona el transcurso del tiempo vivido y por la patología asociada que puede acumularse en el organismo, más las consecuencias biológicas de los estrés que conllevan las crisis físicas, psíquicas y sociales. En la "tercera edad", más que en otras etapas de la vida, el hombre es más vulnerable en las crisis a los estrés, que le pueden colocar fácilmente en situaciones de dependencia, con lo que experimenta situaciones que guardan cierta analogía con las que tuvo en la infancia.

El envejecimiento psicológico, no se puede abstraer, para conocerlo y comprenderlo, habrá que saber de las condiciones biológicas del individuo y su entorno sociocultural, (familiar, amigos), su balance biológico (de salud sobre todo), de su cuerpo y la percepción que tenga de sí mismo.

Una pérdida conyugal, un fracaso profesional, una ruina económica y una afición nueva, configuran una vejez distinta a la que dicho individuo esperaba.

CAMBIOS DE OBJETIVOS Y RITMO DE VIDA CON LA EDAD.

Algunos psicólogos argumentan que existe un ritmo o tempo de vida en cada edad. Así Buhler llega a la conclusión de que existen fases claramente marcadas que atraviesan los adultos, las cuales también apreciamos muy diferentes en el modo de vivir de los jubilados de la tercera edad.

En general esas fases en el adulto mayor suelen ser sucesivamente: constructiva, de culminación y de retirada o -reducción. Esta última, más acusada ya en el anciano, es lo que Cumming y Henry describieron en 1961 como el proceso de desligamiento, en el cual el individuo voluntariamente abandona funciones activas en la sociedad; si bien, este abandono no siempre es voluntario, sino impedido por decisiones de la administración o coaccionado por presiones sociopolíticas. El "desligamiento" contribuye a la satisfacción vital de muchos ancianos, pero no es igualmente óptimo para todos ellos, ya que cada personalidad lo acepta o rechaza, según muchas circunstancias.

Birren comenta, hay ancianos que mejoran en su carácter y género de vida si establecen nuevas relaciones afectivas y sociales, incluso con edad muy avanzada; ello demuestra que todo individuo, aún en su senectud, constituye siempre un sistema biológico de conducta de interacción con los estímulos que recibe de un ambiente social concreto. Por ello, Alonso Fernández sugiere que no se puede establecer una nomenclatura rígida de edades sucesivas en el curso de la vida del hombre. Así, señala que hay adolescentes que pasan a ser envejecidos sin haber madurado nunca, otros quienes solo maduran en la vejez sin llegar a tener psicología ni conducta de ancianos; mientras que algunos de éstos regresan a formas de reaccionar infantiles. Todo es posible.

CONDICIONAMIENTOS DE LA PERSONALIDAD DEL ANCIANO.

En la senectud, la persona presenta una reestructuración con sus aspectos positivos y negativos.

No es normal la tendencia por parte del anciano a una personalidad deprimida o demenciada, ya que estas formas son psicopatológicas.

En los ancianos normales las pérdidas tratan de compensarse mediante actitudes nuevas o un sentido estratégico especial en la vida.

En conjunto, la persona de edad, es frágil por el deterioro de funciones físicas y psíquicas, sensible a las agresiones físicas o afectivas, que busca por todos sus medios, como en toda edad, un equilibrio que le permita mantener su propia identidad.

El deterioro afectivo puede ser consecuencia tanto del deterioro intelectual como de los cambios que padece la propia afectividad y emotividad del anciano.

No es fácil saber hasta donde ese deterioro es normal y cuando comienza a ser patológico. Si se acompaña de agresividad, ansiedad y/o agitación, son indicio de deterioro intelectual anormal.

La inseguridad y la angustia pueden hacer al viejo caprichoso, hipocondríaco, versátil o egoísta.

La rigidez suele ser frecuente en muchos ancianos, que se resisten a cambiar sus puntos de vista, aún cuando la situación lo exige con urgencia. Muchas veces la exagerada conducta intolerante está condicionada por la situación de enfermedad, generalmente vascular-cerebral.

La mala salud implica el que los intereses del anciano se concentren en sí mismo, siendo aquellas su principal preocupación.

EL deterioro fisiológico ocasionado por el propio envejecimiento es suficiente por sí mismo para producir cambios en la psicología del anciano.

Estos cambios son ocasionados por la degradación sensorial que le crean problemas en la percepción del mundo y de sí mismo, el deterioro motriz, que le quita capacidad de autonomía y limita sus desplazamientos para trabajos, juegos, viajes, etc., y la senescencia cerebral, que le hace perder memoria, cambios en los deseos, etc.

Aunque la senescencia no afecta por igual a todos los órganos y sistemas, sí hay, a la larga, en toda persona que envejece un progresivo enlentecimiento sensorial y motriz.

La movilidad es más lenta con los años; se inician dificultades en la acomodación ocular, pérdida de la calidad de visión y debilitamiento auditivo, sobre todo para los sonidos agudos.

Todo ello conlleva a que la calidad y cantidad de las informaciones que recibe de su mundo exterior se reduzcan en el anciano; en general, la atención declina, lo que en el campo intelectual provocará pérdida de eficiencia y de posibilidad de realización.

Las perturbaciones o declinamientos en la memoria son prontamente percibidas por la persona que envejece y los que le rodean, aunque la edad no afecta por igual a todas las estructuras implicadas en los mecanismos de la memoria.

De acuerdo con Poitrenaud, lo que importa para evaluar el deterioro de la memoria, que puede influir en la psicología de un anciano, es en qué fase y en qué cuantía tiene en ella déficit la persona de edad. Se sabe que hay una fase de aprendizaje, otra de conservación y otra de evocación. Existe memoria auditiva, visual, táctil, de cifras, palabras, sucesos, personas, etc.

En general, suele predominar la degradación de la memoria inmediata sobre todo a hechos recientes; por ello las cuestiones memorizadas en etapa senil se olvidan fácilmente, más que las memorizadas de adulto joven.

El desinterés por las novedades es otra característica del anciano, que no pudiéndose enriquecer con aportaciones nuevas, se aferran a sus ideas y pertenencias, lo que les hace

evolucionar dentro de un mundo limitado en el que las personas y los objetos toman proporciones desmesuradas.

Ello repercutirá en su vida intelectual, que se notará además por baja de las facultades intelectuales, moviéndose éstas en un círculo vicioso en el que las alteraciones de la vida afectiva, en un sentido de estrechamiento, tienen también importancia.

El anciano posee mecanismos compensadores, de las declinaciones o perturbaciones de la percepción, los cuales no siempre alcanzan sus propósitos, no obstante, a veces es más importante que el logro compensatorio, el valorar en el anciano, su sentido estratégico para intentar la compensación del déficit y buscar una forma de adaptarse a su nueva situación. El viejo inteligente tiende a evitar lo no esencial, agudizando su capacidad de compensación, aunque ésta a la larga resulta frágil; sin embargo, es capaz de establecer automatismos en sus pensamientos que le permiten actuar con juicios ya elaborados y constatados por él.

El anciano busca el sentido de las cosas y si comprende y se interesa, es capaz de realizar aprendizaje, incluso superando a los jóvenes, si se le da el tiempo suficiente.

También establece un narcisismo compensador, como vía de solución a sus declinaciones, sobre todo afectivosociales.

La evolución, con la edad, de las denominadas "capacidades cristalizadas", ayudan a desarrollar los mecanismos compensadores necesarios para el anciano, para adaptarse al medio.

Aunque son la riqueza ideológica, la capacidad de asociación de ideas, la conservación de conocimientos mecánicos, la experiencia acumulada y una mejor comprensión verbal, si su déficit auditivo no llega a descender a niveles que impidan una aceptable conversación.

PERFIL DEL PSICOTIPO PREVELENTE EN LA TERCERA EDAD.

Las modificaciones de la personalidad por el envejecimiento no han sido aún suficientemente investigadas.

De ahí que los datos que existen sobre dicha cuestión sean dispares y muy heterogéneos, sobre todo en lo que concierne a psicotipos normales o patológicos en la senectud.

Un perfil común de todo anciano, por supuesto estereotipado, es el del viejo egoísta, machacón, egocéntrico, autoritario, que tiende al aislamiento social y a la pasividad.

Tal perfil corresponde más al senil, que al geronte normal, activo, jubilado, de tipo medio que entra en la "tercera edad". Lo más habitual es que los rasgos del adulto mayor se no se mantengan en su senectud.

Estos son los psicotipos que Reichard et al establecieron en tre los envejecidos:

1. El cómodo, habitualmente adaptado, pasivo, dependiente de los demás, que suele ser extrovertido y expansivo.
2. El inadaptado irascible, clásico "cascarrabias", gruñón y frustrado.
3. El desconfiado, mal adaptado, así mismo frustrado, que se hace múltiples reproches.
4. El adaptado a la defensiva, que suele ser muy activo y em prendedor.
5. El integrado activo, calificado por Reichard como "mature group", que satisfecho de sí mismo, espontáneo, disfruta de la vida, sin ser impulsivo en sus actos, suele tener varias aficiones y tiende a ser tolerante, sin ser complaciente, y muestra inclinaciones protectoras hacia los niños, animales, plantas, etc.

Por su parte Savage estableció 4 grupos:

- 1.- Los maduros, autosuficientes, decididos, activos e inde - pendientes, generalmente personas con "mucha mundología"; em cional y afectivamente bastante estables, astutos, bién ajus-

tados socialmente, pero con frecuencia rígidos en sus pensamientos e ideas.

2.- Los normales, también autosuficientes y ajustados socialmente, prudentes y cautelosos; por ello son reacios a los cambios, muy analizadores de todo y calculadores antes de tomar cualquier decisión.

3.- Los introvertidos, constituyen un grupo con muchas variaciones, pues entre ellos los hay bien adaptados socialmente y otros que no lo están; muy apegados a sus pertenencias o valores, suelen ser reservados, sóbrios y hasta taciturnos, generalmente tímidos y retraídos, y se autorreprimen siempre - que pueden.

4.- Los perturbados, también constituyen un grupo muy heterogéneo integrado por individuos que, sin ser enfermos mentales, se sitúan en las fronteras de la psiquiatría, por sus problemas y dificultades, inadaptados familiar y socialmente, inestables, crean conflictos en su entorno y se los creen ellos mismos, siendo con frecuencia muy irritables.

ESPACIO PERSONAL DEL ANCIANO

A medida que envejece, el individuo otorga cada vez mayor importancia psicológica al espacio físico y social en que vive, el más inmediato a su persona.

El sentimiento personal de territorialidad que le pertenece o acostumbra a usar como suya, la necesidad de intimidad frente a aglomeraciones de otras personas, etc., constituyen la denominada relación proxémica, comentada por Yela, como aspecto importante de la psicología del envejecimiento.

Existen una serie de normas proxémicas aceptadas socialmente, que los ancianos cambian consciente o inconscientemente, lo que les puede crear problemas de convivencia.

Así, por ejemplo, la distancia normal cuando se dialoga en -- nuestra sociedad occidental desarrollada es de metro a metro y medio entre los interlocutores. Una distancia mayor es aceptable en ocasiones solemnes o de protocolo; y si se acentúa -- todavía más, se interpreta como hostilidad, defensa o frialdad.

dad de relación. Distancias menores suelen ser motivadas por la intimidad o el afecto, pero si no existen esas circunstancias, la excesiva aproximación a la otra persona puede suponer una invasión impertinente o desagradable o bien denotar un estado de agresividad, al menos por otra parte. Por sus dificultades de percepción sensorial, los ancianos suelen acortar esas distancias, y pueden interpretar una distancia en principio normal como signo de rechazo o de poco afecto.

Las preferencias de los ancianos por lugares privados o colectivos es variable según los psicotipos referidos, pero en general los viejos tienen más dificultades para la percepción auditiva y aún visual, en ambientes muy concurridos y aún ruidosos.

ORGANIZACION PROXEMICA DEL VIEJO

Las necesidades territoriales de los ancianos en familia, en instituciones asistenciales y sus centros de convivencia (clubs, hogares, casinos, centros de recreo, etc.) han sido comentados por Calvo Melendro; éste refiere anécdotas muy demostrativas de que para el anciano, habitualmente sedentario, la butaca, la silla, el lugar en la mesa, ante la televisión, etc., son algo más que muebles o sitios; constituyen en efecto, algo personal, perteneciente a él mismo.

Un lugar habitual en la capilla, sala de juegos o tertulia, se defiende contra la ocupación del mismo por otro, que, tal vez por confusión, intenta utilizarlo.

Si la salud empeora, el anciano disminuye sus apetencias de territorialidad, y cuando su envejecimiento se acentúa, tiende a un comportamiento nidícola, ésto es: busca medios y situaciones que lo hagan revivir la sensación y bienestar propios de la vida intrauterina, o de las aves en el nido protegido por los padres. Los ancianos normales en residencias manifiestan una problemática psicoafectiva en relación con su sentido proxémico personal; así, los que no tienen dormitorio

rio individual, defienden más agresivamente como propios - sus lugares preferentes en las salas comunes que más suelen utilizar; de no respetarse sus deseos, motivan conflictos - de convivencia, llegando en ocasiones a agresiones físicas. Si al anciano se le dá una habitación para él solo, mejora su carácter, adaptación al medio, sociabilidad con los demás y hasta puede mejorar su salud mental.

La psicología normal o alterada del anciano depende mucho - del ambiente y su espacio, tanto en familia como en instituciones; está comprobado que el poder aislarse a ratos y voluntariamente, en ocasiones facilita las relaciones interpersonales.

Esta problemática del espacio y de las relaciones próximas del anciano es una expresión más de que la adaptación - al medio es decisiva para su situación de bienestar y, en suma, de que su psiquismo se halle normal o perturbado.

CAPITULO IV PROBLEMA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

En la Clínica Moctezuma, ISSSTE, cumpliendo con los programas establecidos en beneficio de la población derechohabiente, se tiene el de formación de grupos de patología común o círculos de apoyo, de lo anterior surgió la idea de crear - un Club para reunir un grupo de personas de la tercera edad, con el fin de orientarlos en el rubro de Educación para la Salud, al tiempo que socializaran aprendiendo; paulatinamente se fué incrementando el número de miembros hasta llegar a reunir 50.

La presente investigación parte del estudio y observación de depresión manifestada por la mayoría de los miembros de dicho grupo, considerado como "organizado", en el período comprendido entre el 1 de junio de 1993 al 28 de febrero 1994, siendo el lugar de reunión la Sala de Sesiones de la Clínica Moctezuma, ISSSTE.

De igual forma la investigación toma como objeto de estudio aleatoriamente a individuos que no pertenecen al Club de la tercera edad antes mencionado, siendo considerado como grupo "no organizado" y que acuden a consulta a la Clínica Moctezuma.

Tanto al grupo "organizado" como al "no organizado" les fué aplicado el cuestionario conocido como Escala de Automedición de Depresión de Zung (AMD o de Zung), con el propósito de detectar grados de depresión presentados por cada individuo. Se supone que cuando se reúnen individuos de la tercera edad formando un grupo organizado, con reuniones periódicas, con el fin de socializar aprendiendo a mantener el autocuidado de su salud, se vé disminuído su grado de depresión; contradictoriamente a esta situación, individuos que no pertenecen a ningún grupo social o recreativo, persisten con su depresión acentuada en la mayoría de los casos.

JUSTIFICACION

El cuadro clínico de Depresión sin tratamiento tiende a la cronicidad originando a la familia serios problemas de de ajuste, muchos años de sufrimiento y un deficiente rendimiento que puede repercutir en la estabilidad económica y social del núcleo familiar.

Quizá la depresión sea resultado también de la influencia que la moderna tecnología ha tenido sobre el mundo en que vivimos, determinando profundos cambios nocivos al ambiente y a la sociedad, que, pese a la gran adaptabilidad psicobiológica de los seres humanos, al parecer no los ha podido su perar del todo.

El Médico Familiar debe tener presente la posibilidad de - que se trate de un cuadro depresivo, prestándole al pacien te un tiempo relativamente breve, aunque solo se queje de un síntoma aislado, como serían la anorexia o el insomnio, sin olvidar que un 10% de los pacientes atendidos por el Mé dico de primer nivel, presentan trastornos depresivos y solo una pequeña parte de ellos tendrán que ser remitidos a la es pecialidad de Psiquiatría.

Es importante destacar que los cuidados que se presten a los individuos y colectividades, abarcaran aspectos biológicos, psicológicos y sociales que comprenden actividades de promo ción, prevención, diagnóstico, tratamiento y re inserción so cial o rehabilitación.

El Médico practica de manera inconsciente la psicología y la psiquiatría, aunque afirme que no cuenta con los conocimientos mínimos, siéndo este hecho lo que haga que tenga éxito con los pacientes deprimidos, teniendo en general, alguna - habilidad diagnóstica y terapéutica para detectar los tras - tornos mentales, casi en forma semejante a la detección de otras enfermedades no asociadas a trastornos afectivos.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

demostrar que mediante la Escala de Automedición de Depresión o de Zung, se detectan grados de depresión en individuos que rebasan la edad de 59 años, pertenecientes unos al grupo organizado (Club de la tercera edad de la Clínica Moctezuma, I.S.S.T.E.) y otros no pertenecientes a él.

HIPOTESIS:

En individuos de la tercera edad, en condiciones de grupo organizado o círculo de apoyo, se verá que el grado de depresión tenderá a disminuir; entonces en condiciones de grupo no organizado, en individuos mayores de 59 años, no se verá disminuido su grado de depresión en la mayoría de los casos.

METODOLOGIA

MATERIAL Y METODO:

UNIVERSO DE ESTUDIO:

En la Clínica Moctezuma, ISSSTE, hasta el año de 1994 se tienen registrados 5471 individuos mayores de 59 años, se tomó una muestra representativa de 50 individuos al azar de la consulta cotidiana, y 50 individuos pertenecientes al Club de la tercera edad de la Clínica mencionada.

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Grupo organizado de 50 miembros y 50 pacientes elegidos al azar.

CRITERIOS DE INCLUSION:

Individuos mayores de 59 años de edad, de ambos sexos, - derechohabientes, estado civil diverso, unos integrantes del Club y otros no.

VARIABLES Y PARAMETROS DE MEDICION:

Las variables manejadas son grados de depresión: Normal, Moderada, Marcada y Grave, en individuos de un grupo organizado y otro no organizado.

PROCEDIMIENTOS DE CAPTACION E INFORMACION:

Cuestionario "Escala de Automedición de Depresión de Zung, se usa como instrumento para la recolección de datos de - detección de grados de depresión en personas de la tercera edad, (grupo organizado y grupo no organizado).

CRONOGRAMA:

Se aplicó dicho cuestionario al grupo organizado en Febrero de 1994, y al no organizado en fechas diversas.

DISEÑO:

La presente es una investigación de tipo Socio-Médico, porque está encaminada a generar nuevos conocimientos sobre -

condiciones de salud de la población.

Es prospectiva, porque partiendo de la detección del problema, se recabó la información bibliográfica.

Se trata de un estudio longitudinal ya que la variable se midió en una ocasión al grupo organizado y una vez al no organizado.

Es comparativo porque se manejan dos poblaciones para comprobar o rechazar la Hipótesis.

Es observacional ya que sólo se describen y se miden los grados de depresión, sin modificar los factores que intervienen en el proceso.

MATERIAL:

100 hojas bond tamaño carta con el Protocolo de la Escala de Detección de depresión de Zung impresa.

50 lápices con goma

Sala de Sesiones de la Clínica Moctezuma, ISSSTE.

Sillas contenidas en la Sala de Sesiones.

Pizarrón

Gises

Borrador

Horas/Médico ocupadas por la autora de esta investigación.

Consultorio No. 12 de la Clínica Moctezuma, ISSSTE.

Mobiliario del Consultorio No. 12

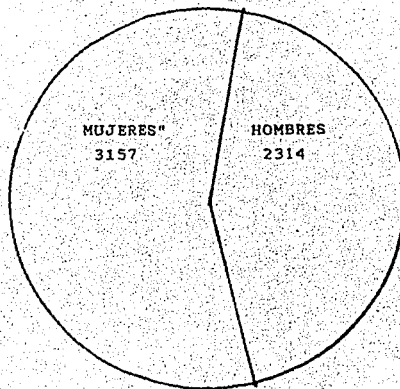
Dos damas voluntarias derechohabientes.

RESULTADOS

Se realizan las siguientes gráficas:

- 1.- El universo de donde se tomó la muestra representativa.
- 2.- Representación de la población de 50 pacientes que pertenecen a un grupo "organizado"
- 3.- Representación de la población de pacientes que no pertenecen a un grupo organizado.
- 4.- Detección de Grados de Depresión por Escala de Zung , en pacientes mayores de 59 años, pertenecientes a un grupo "organizado".
- 5.- Detección de Grados de Depresión por Escala de Zung , en pacientes mayores de 59 años, pertenecientes a un grupo "no organizado".

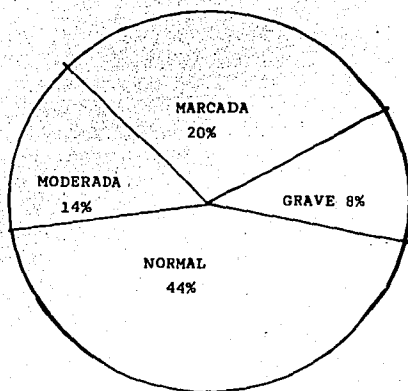
GRAFICA 1



En 1994 hay 5471 derechohabientes mayores de 59 años en la Clínica Moctezuma, I.S.S.S.T.E.

UNIVERSO DE DONDE SE TOMO LA MUESTRA REPRESENTATIVA.

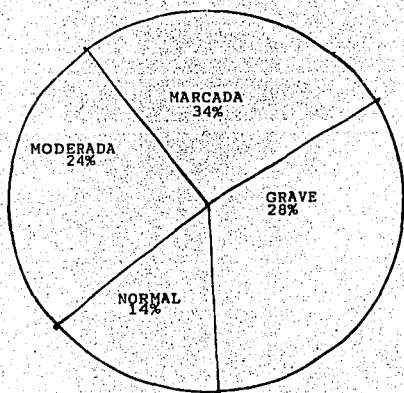
GRAFICA 2



Representacion de la poblacion de 50 pacientes
que pertenecen a un grupo organizado

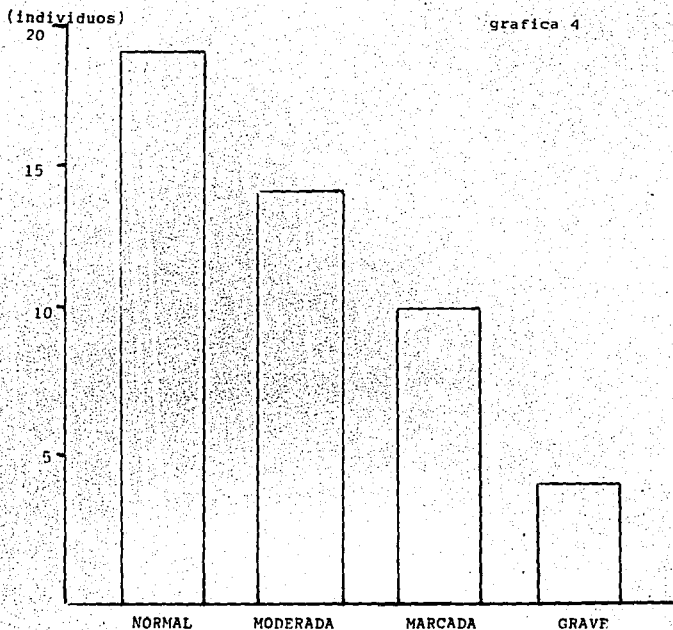
GRADOS DE DEPRESION

GRAFICA 3

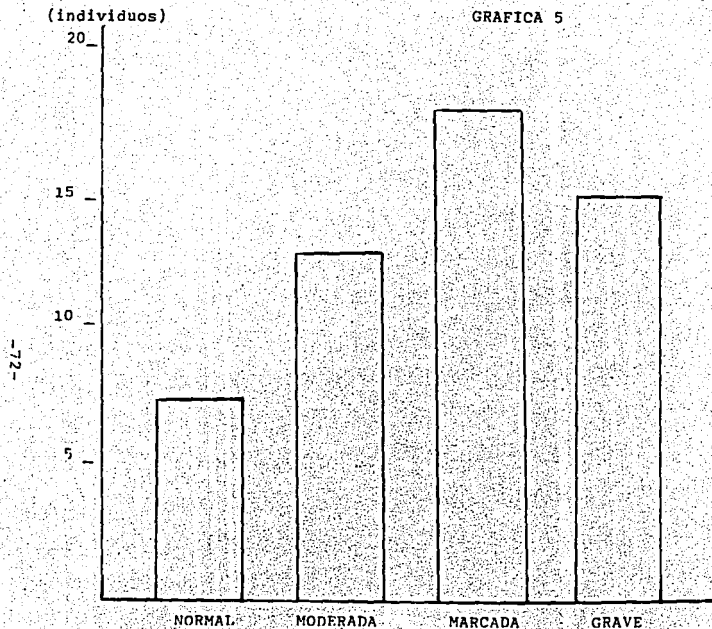


Representacion de la poblacion de pacientes que no pertenecen a un grupo organizado.

GRADOS DE DEPRESION



Detección de Depresión por Escala de Zung, en pacientes mayores de 59 años, pertenecientes a un GRUPO,ORGANIZADO.



Detección de Grados de Depresión por Escala de Zung en pacientes mayores de 59 años, pertenecientes a un grupo NO ORGANIZADO.

ANALISIS DE RESULTADOS

El Universo de donde se extrajo la muestra esta representado por 3157 mujeres y 2314 hombres derechohabientes de la Clínica Moctezuma, ISSSSTE.

La muestra esta constituida por 100 personas, (hombres y mujeres) las cuales se subdividen en 50 personas representantes de un grupo organizado o Club de la tercera edad y los 50 restantes no pertenecen a ningún grupo organizado.

Como se puede observar en las gráficas 4 y 5, hay 4 grados de depresión detectados en las personas de ambos grupos y son:

- Depresión Normal
- Depresión Moderada
- Depresión Marcada
- Depresión Grave.

En el grupo organizado de personas mayores a 59 años, (gráfica 4) los grados de depresión se obtuvieron de la siguiente manera:

- 44% Depresión normal
- 28% Depresión Moderada
- 20% Depresión Marcada
- 8% Depresión Grave.

En el grupo no organizado (gráfica 5) se observó lo siguiente:

- 14% Depresión normal
- 24% Depresión Moderada
- 34% Depresión Marcada
- 28% Depresión Grave

Hay incremento en el porcentaje en cada grado de depresión en el grupo no organizado con respecto al organizado.

CONCLUSIONES

Se pudo concluir que el presente trabajo logró la comprobación de la Hipótesis planteada, en la cual se pre dice un aumento en el número de individuos conforme el grado de depresión crece y visceversa, el grado de depresión disminuye cuando hay un grupo organizado.

A todo lo anterior se puede agregar que un trato cariñoso y respetuoso de parte de los familiares y allegados, al anciano, hace que éstos sientan amor por la vi da, que como consecuencia hará que sientan que son úti les y no como un objeto más o un estorbo para quienes los rodean, teniendo de esta manera una vida más digna.

Si el anciano obtiene del exterior y de su familia refuerzo emocional, como se detecta en el Club de la ter cera edad o grupo organizado, los grados de depresión son menores con respecto a los que no pertenecen a ni gún grupo y que por el contrario, permanecen en su casa, sintiéndose una carga para su familia, esto hará que se genere una depresión marcada que en el Club que da disminuída considerablemente.

SUGERENCIAS

En vista de que se ha incrementado el número de personas en el mundo que padecen depresión, y por ende en las que pertenecen a la tercera edad, se hace necesario que el Médico General Familiar de primer nivel, tenga mayor ética para detectar, atender, y orientar adecuadamente a estos pacientes y a sus familiares acerca de las limitaciones que son propias de la longevidad, y que en la mayoría de los casos, es la causa de depresiones de intensidad variable en este grupo etario, no menospreciando cualquier síntoma relacionado, ya que podría ser fatal para dichos pacientes.

Con la atención adecuada del Médico tratante, se ayudará a mejorar el nivel biopsicosocial de éstos pacientes, dándole un nuevo motivo para sobrellevar su difícil existencia, sobre todo en esta época.

Una de las opciones con las que se cuentan hoy día son los grupos de la tercera edad, en los que el senecto tiene infinitas posibilidades de recreación, diversión, terapia ocupacional, creatividad y sobre todo socialización, la cual es tan necesaria e importante para disminuir los grados de depresión en este grupo etario. Por lo anterior, debería incrementarse la orientación y difusión para el acceso a estos grupos, en los que se ve a los ancianos sostener una vida digna y con compañía.

Es necesario que los médicos de atención primaria proporcionen atención geriátrica, recordando que la Geriatria no es una subespecialidad, los geriatras serán principalmente profesores, quienes hagan frente a los casos más complicados; más no habrá suficientes geriatras para atender el número creciente de personas de edad avanzada.

RESUMEN

Se realiza la investigación en la Clínica Moctezuma, ISSSTE, en pacientes derechohabientes de la 3a. edad, con el fin de detectar grados de depresión mediante la Escala de Automedición de la Depresión, (Escala AMD o de Zung), haciendo la comparación entre un grupo "organizado", en este caso representado -- por el grupo de la 3a. edad de la Unidad de 1er. nivel Moctezuma, y otro grupo, "no organizado", constituido por pacientes -- que acuden a la consulta cotidiana y que pertenecen a la 3a. edad.

La Escala de Automedición de la Depresión de Zung es un útil instrumento de apoyo para el Diagnóstico de Depresión, que por su fácil aplicación puede ser utilizada por el Médico Familiar en la consulta cotidiana y que sólo se requiere de 10 minutos aproximadamente para su evaluación.

En la investigación se encontraron diferencias significativas en la frecuencia de Depresión en la población derechohabiente correspondiendo el mayor porcentaje al grupo "no organizado". Ambos grupos incluyen edades de más de 59 años, de ambos sexos y con diverso estado civil, notándose marcado incremento en el sexo femenino y en viudos.

El Médico Familiar debe desempeñar una atención integral al paciente de la 3a. edad, que es susceptible a padecer altos -- grados de Depresión, para así mejorar su calidad de vida ayudándole a integrarse en forma positiva a su núcleo familiar y a la sociedad en su entorno.

Cuando un paciente con depresión grave le indica al Médico su necesidad de quitarse la vida y en forma efectiva, le -- puede brindar el apoyo al paciente, con ello evitará que logre consumar su objetivo.

El desafío de atender a los pacientes de edad avanzada, deprimidos, satisface las cinco características cardinales de una buena atención primaria (identificadas por el Institute of Medicine):

- Accesibilidad del médico
- Atención completa
- Coordinación de los servicios
- Continuidad de los servicios
- Responsabilidad de la atención, en todos los aspectos.

Es de suma importancia que los médicos lleven a cabo una vigilancia continua en los pacientes geriátricos con el fin de detectar algún grado de depresión que pase desapercibido, recordando que la prevención en los ancianos no es menos importante que en los pacientes de edades menores.

No hay que permitir que la edad avanzada del paciente sea una barrera para la atención óptima. Aunque la esperanza de vida puede ser un factor importante al tomar decisiones, la simple definición de edad avanzada está cambiando, debido a que más personas mantienen una vida activa e independiente después de los 80 años de edad.

El hecho de atribuir un grupo de problemas a la edad avanzada, cuando existen remedios para ellos, asegura que varios padecimientos, como la depresión, no serán detectados ni tratados adecuadamente, a pesar de que sean susceptibles a tratamiento.

El grupo de la tercera edad de la Clínica Moctezuma, inició en 1989, ante la necesidad de llevar a cabo el Programa de creación de grupos de patología común o Círculos de apoyo, en sus albores, se constituía de 6 personas mayores de 60 años; contando con el apoyo de los pasantes - en servicio social de las diferentes disciplinas paramédicas que hacen rotación por la Clínica Moctezuma, ISSSTE, apoyados y asesorados por la Jefa de Enseñanza de la Clínica, Dra. Blanca Serrano, proporcionándole al grupo pláticas relacionadas con la Educación para la Salud, con el paso del tiempo se fué incrementando el número de integrantes al Club. En 1993 ya rebasaban 50 miembros, lo que me dió la pauta para hacer algún trabajo de Investigación para concretizar la tesis para obtener el diploma de Especialización en Medicina Familiar, curso del que es Cede - la Clínica Moctezuma.

Es importante recalcar que dentro del grupo, el requisito es que los integrantes tengan más de 59 años de edad, pueden pertenecer a cualquier sexo, religión, estado civil, o creencia política, al igual que la escolaridad.

Todas estas características, tan diversas, dieron como resultado un grupo suigéneris, en el que el común fué la Depresión, ya que en casi todos ellos, en diversos grados la manifestaban. Después se tuvo la oportunidad de platicar en forma más personal con cada uno de ellos, lo que dió origen a la idea de hacer la investigación de Detección de Depresión, surgiendo la necesidad de buscar un método que fuera sencillo, de fácil manejo para los cuestionados y de fácil evaluación; platicué con el grupo, éste hecho los entusiasmo mucho, lo que me hizo pensar que contaría yo con el apoyo necesario; entre diferentes escalas de detección, decidí aplicarles la Escala de Automedición de Depresión de Zung, ya que por las características de

niveles de escolaridad, que es muy variado, se ajusta a todos. Era necesario, según lo que detecté en relación a convivencia del grupo, tener otra cantidad similar de personas a quién aplicarles dicha escala y que no fueran de ningún grupo organizado, pensando en que el anciano que vive todo su tiempo y sus experiencias dentro de su hogar y que no tiene la oportunidad de integrarse a ningún grupo organizado, de ninguna índole, tiene menos oportunidad de convivencia, de ser importante, ya que en su hogar hay, muchas veces, tal desajuste que pueden percibir la vida ya sin ningún motivo para vivirla, sintiéndose un estorbo, porque se han incrementado tanto sus discapacidades, en muchas ocasiones, que sienten que ya no sirven para nada; no así las personas del Club, a quienes percibí siempre como personas que aman la vida y que no se resignan a estar confinados a quedarse en sus hogares, por temor a estar no actualizados, empolvados e inútiles como muebles viejos y que en lugar de ser aceptados, sirven de estorbo. En la elección de pacientes no incluidos en el Club, tomé en cuenta pacientes de la tercera edad que fueran llegando en forma consecutiva a la consulta del consultorio número 12 del turno matutino, pertenecientes a la Colonia Moctezuma y cuyos registros incluyeran los meses de julio, agosto y septiembre, a quienes se les aplicó el Cuestionario de la Escala de Automedición de Zung (EAMD de Zung); la dificultad para la aplicación fué similar a la de los integrantes del Club, sólo que, en estas personas, a veces por sus patologías, no era fácil que respondieran las preguntas. Dentro de las actividades que se agregaron al Club, se cuentan paseos, visitas a museos, festejos en acontecimientos importantes, viajes fuera de la Ciudad, ejercicios corporales y de la memoria, entre otras.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- CALDERON Narvaez, G. 1981. "La Depresion, problema de Salud Publica". EPOCA V, Vol-XXIII (5) Sep-oct, 503-508 pp.
- 2.- IRIGOYEN, C.A. 1982. "Familia" Manejo del paciente segun por el Médico Familiar. Noviembre.
- 3.- U.N.A.M. Psicología y Psiquiatria Médica (Cuadernos). México.
- 4.- ZUNG, W.K. 1965. "La Escala de Automedicion de la Depresion". Arch. GEN Pschiat. Vol. 12. Enero.
- 5.- GOODMAN Y GILMAN, 1982. "Las bases Farmacologicas de la Terapeutica". Edit. Panamericana, 6a. Edicion. México, 419-437 pp.
- 6.- SECTOR SALUD, CUADRO BASICO DE MEDICAMENTOS, México, 436-446 pp.
- 7.- GONZALEZ, Adis et all. 1981. "Consecuencias interpersonales de la Depresion". CUPULA, Año V, (8), Costa Rica.
- 8.- JIMENEZ, H.F. 1988. "Psicologia de la Senectud", MEDICINE. 2a. Edicion, (46), México, 74-87 pp.

- 9.- VALLEJO R.J. 1991. "Trastornos afectivos", MEDICINE.
2a. Edicion, (36), México, 95-104 pp. Diciembre.
- 10.- DE LA FUENTE M.R. GUÍA DE PRESCRIPCIÓN TERAPÉUTICA, 1993
"Depresión y Antidepresivos" SISTEMA NACIONAL DE SALUD,
México, Julio.
- 11.- ALCALA C.E. 1992. "Depresión: Diagnóstico por el Médico
Familiar en base a Escala de Zung en población degen-
derada del I.S.S.S.T.E. en Puebla, Acapulco y Cd.
de México, U.N.A.M. (TESINA).