

Depresión en rehabilitación

J.-M. Wirotius, J.-L. Pétrissans

La depresión es una enfermedad frecuente en rehabilitación, difícil de identificar en el confuso marco de las afecciones somáticas invalidantes y compleja en sus mecanismos etiológicos. Los factores de riesgo para el paciente y sus familiares cercanos son que se produzca un curso desfavorable de la rehabilitación -así como de la salud y de la calidad de vida- y el afrontamiento a largo plazo del sufrimiento moral. Reconocer la depresión, tratarla y seguir su evolución forman parte de las misiones principales de los profesionales que se ocupan de las personas minusválidas.

© 2005 Elsevier SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras Clave: Depresión; Rehabilitación; Suicidio; Emociones; Comorbilidad; Cogniciones; Minusvalía

Plan

■ Introducción	1
■ Paciente con minusvalía y depresión	2
Epidemiología de la depresión en rehabilitación	2
Clínica de la depresión en rehabilitación	3
Causas de la depresión en rehabilitación	8
Consecuencias de la depresión	9
Tratamiento de la depresión	10
■ Familia del paciente minusválido y depresión	14
La familia como ayuda del terapeuta	14
La familia como sistema: minusvalía compartida	15
La familia como víctima: estrés compartido	15
■ Atención en rehabilitación y depresión	15
Equipo de rehabilitación y atención psicológica	15
Equipo deprimido	16
■ Lugar de la depresión en rehabilitación desde el punto de vista clínico	16
La depresión es una enfermedad	16
Representación de la depresión en rehabilitación	17
Depresión y aspectos psicológicos en rehabilitación	17
■ Conclusión	20

■ Introducción

Es frecuente considerar las dificultades de las personas minusválidas -sobre todo en el aspecto motor- por la pérdida o la modificación de la motricidad. De hecho, se trata de un aspecto de observación directa y percepción inmediata tras un accidente, una enfermedad, etc. Las afecciones invalidantes se definen con frecuencia a partir de sus efectos sobre la motricidad -de observación

clínica permanente-, de las lesiones causales (por ejemplo, una amputación) o de sus consecuencias (hemiplejía, paraplejía, etc.), es decir, la materia objetivable de las deficiencias. Así, la hemiplejía define la parálisis de la mitad del cuerpo, la paraplejía la de las piernas y parte inferior del cuerpo, etc. Desde la inmovilidad que se padece hasta la ansiada recuperación de la verticalidad, se organiza una trayectoria vital que es motivo de una pasión indispensable en rehabilitación -la de vivir de pie- y cuyo éxito es testimonio de un retorno a la normalidad y a la autonomía social. Sin embargo, más allá de las deficiencias motrices, existen otras consecuencias de las lesiones invalidantes cuya influencia en el futuro funcional es aún más importante y aparente, pues las dificultades motrices y cognitivas no reducen las posibilidades de expresión de las mismas: se trata en especial de los trastornos afectivos, entre los que la depresión ocupa un lugar central.

Las principales funciones por analizar en rehabilitación son cinco, y entre ellas se encuentran las funciones emocionales. Sin embargo, su individualización sólo es un recurso de presentación, ya que todas las funciones guardan estrecha correlación y dependencia (Cuadro I).

La esperanza de curación, de recuperación del estado anterior y de desaparición de las deficiencias es un factor de motivación inicial básico para movilizar todas las energías. Se trata de un proceso lento, no exento de dificultad, que dará paso a los procesos progresivos de adaptación de una persona modificada que se reconstruye de forma paulatina en su ambiente familiar y social, también desestabilizado. Es un largo y difícil camino hacia un nuevo equilibrio vital que no se reduce a la recuperación de las capacidades de verticalidad y ambulación.

Cuadro I.

Funciones en rehabilitación.

Lesiones	Funciones	Ejemplos	
Localización, modo de aparición, evolutividad, visibilidad, etc.	1	Motrices	Locomoción, equilibrio, gestos, etc.
	2	Cognitivas	Lenguaje, memoria, atención, funciones ejecutivas, etc.
	3	Emocionales	Ansiedad, depresión, irritabilidad, autoestima, etc.
	4	Fundamentales	Vesical, intestinal, nutricional, deglución, sueño, sexualidad, etc.
	5	Sensoriales	Visión, audición, etc.

En esa evolución, en la que el tiempo ^[1] juega un papel fundamental, los factores intelectuales y afectivos ocupan un lugar preponderante por el posible efecto directo de las lesiones sobre los comportamientos, así como por su decisiva participación en los procesos dinámicos de la rehabilitación en las capacidades de adaptación.

Los objetivos de la rehabilitación nunca son exactamente los deseados, es decir, la recuperación del estado anterior perdido. Las proposiciones son a la vez más realistas -en la confrontación diaria y ordinaria con la nueva realidad- y más humanas en el enfoque de la persona aceptada en su nuevo cuerpo.

Así pues, se abren dos grandes capítulos:

- por una parte, el de la enfermedad depresiva que corresponde a una fisiopatología reconocida, una clínica universal, tratamientos farmacológicos hoy en día numerosos y un estado nosográfico preciso;
- por otra, el de las transformaciones de las conductas emocionales, afectivas, etc. de la persona afectada por una alteración de sus capacidades funcionales y sometida a un estrés de envergadura, es decir, la personalidad en reconstrucción que busca una nueva identidad.

■ Paciente con minusvalía y depresión

Hoy en día, la depresión en rehabilitación constituye un capítulo fundamental por su habitual presencia en muchos pacientes y por su efecto en el proceso de rehabilitación y en la calidad de vida. La frecuencia certificada -sobre todo después de lesión cerebral- abrió el campo psicopatológico en medicina física y de rehabilitación (MFR). No quiere decir que antes se olvidaran los problemas psicológicos, sino que -por el contrario- actualmente se acepta que ocupan un lugar central.

La peculiaridad de la depresión es que aparece como una complicación secundaria, es decir, una consecuencia adicional que es preciso reconocer y tratar ^[2]. En los últimos 15 años fue motivo de numerosos estudios y se vio beneficiada por nuevos tratamientos para los trastornos del humor (inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina). El conocimiento de la depresión en MFR es fundamental, de modo que los profesionales de la rehabilitación prestan hoy en día mucha atención al respecto.

Epidemiología de la depresión en rehabilitación

La depresión es frecuente en la población general

La prevalencia anual de un trastorno depresivo mayor es, para las personas de más de 18 años, del 3,4% en varones y del 6,0% en mujeres. La prevalencia a lo largo de la vida es del 10,7% para los varones y del 22,4% para las mujeres. Según los autores, la relación varón/mujer es de 1,5-4,8 mujeres por cada varón. Los hombres la padecen más bien a los 18-44 años y las mujeres, a los 45-64 años ^[3, 4].

“ Puntos principales

- La depresión es una enfermedad con un cuadro clínico y fisiopatológico bien establecido.
- La depresión es una forma reversible de deficiencia que agrava las discapacidades y desventajas de una persona minusválida.
- La depresión se debe enfocar según la semiología diagnóstica y la semiología funcional.
- La depresión en rehabilitación es frecuente, pero aún es más frecuente no estar deprimido.
- El diagnóstico de depresión suele ser difícil: la depresión se puede subestimar y/o sobreestimar al mismo tiempo, incluso por parte de profesionales que prestan atención al aspecto psicológico y que son expertos en rehabilitación.
- Un síntoma psicológico en rehabilitación no siempre indica depresión. Aun cuando la alteración psíquica consecutiva a una minusvalía no se limita sólo a la depresión, ésta acecha en las sombras de la enfermedad invalidante.
- Las posibilidades de formular erróneamente un diagnóstico de depresión son bajas.
- La depresión exige tratamiento farmacológico y psicológico por parte del equipo de rehabilitación, e incluso la colaboración de profesionales de la salud mental.
- El tratamiento de la depresión es eficaz a cualquier edad.
- El riesgo de suicidio -siempre temible en la evolución de una persona minusválida deprimida- es una realidad epidemiológica indiscutible, pero en el ámbito de la rehabilitación clínica no se considera una amenaza apremiante.
- La persona minusválida no es la única con posibilidades de enfrentarse a una depresión; también corren ese riesgo los familiares cercanos, los terapeutas, etc.

La depresión es frecuente en las personas minusválidas

Uno de cada 6 minusválidos presenta una depresión auténtica durante toda su vida, y el índice de suicidio se incrementa globalmente hasta 8 veces en comparación con el de la población general ^[5].

La frecuencia de la depresión es muy variable según los autores

Con respecto a la frecuencia de la depresión en las personas minusválidas, se conocen cifras muy variables. Estas variaciones pueden multiplicarse por dos. Las razones de las dificultades de identificación son numerosas (Vash, Crewe, 2004):

- la propia definición de la «depresión» en términos de enfermedad (según los criterios del DSM IV) no se aplica de manera homogénea;
 - la palabra «depresión» es a veces un término común que se equipara a dificultad, tristeza, trastornos del humor, etc. y lleva a confusiones terminológicas que hacen difícil la comparación entre los resultados de los estudios;
 - aun teniendo en cuenta el DSM IV, el término depresión se extiende a diferentes situaciones clínicas: trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastornos depresivos inespecíficos, etc.;
 - los tests cuyo título lleva la palabra «depresión» no siempre corresponden a los criterios clínicos actuales de la «depresión-enfermedad»; por ejemplo: «Beck Depression Inventory» y «Center for Epidemiological Disease Depression Scale» son más bien evaluaciones de la dificultad psicológica en general;
- los síntomas de depresión se superponen a los de la deficiencia de origen. Numerosos tests incluyen pautas que se refieren al sueño, al apetito, a las sensaciones físicas, etc., ininterpretables en el marco de las enfermedades invalidantes. Pero nada asegura que excluirlas de la evaluación altere la validez del test;
- la proyección a poblaciones enteras de series que a menudo son reducidas.

A pesar de todas esas reservas metodológicas, gran parte de los estudios coincide en que una cantidad significativa de personas con minusvalía se enfrenta a la depresión o a cualquier otra forma de dificultad emocional.

Clínica de la depresión en rehabilitación

Se toma como ejemplo una persona que sufre una minusvalía repentina en un marco de urgencia médica que impone medidas terapéuticas eventualmente vitales. En el momento en que esto sucede, la atención del paciente y de su familia se centra en el futuro inmediato, el hallazgo de las causas, la gravedad de la afección, su pronóstico vital y la pregunta «qué hacer». La índole permanente o transitoria de las deficiencias no es todavía un elemento que predomine en la relación con el equipo asistencial. Ese interrogante se plantea con el transcurso de los días, cuando el estado de salud general mejora y permite enfrentarse a los nuevos límites funcionales.

Sin duda alguna, es en ese marco de urgencia médica -que altera todo el equilibrio del paciente y de su entorno familiar- donde el tema de la depresión ocupa su lugar en rehabilitación. Ese estado de dificultad inicial -considerable en caso de gran dependencia- es sustituido por la esperanza puesta en el proyecto terapéutico que propone el equipo de rehabilitación.

El DSM IV (Cuadro II) describe [6] para los trastornos del humor cuatro situaciones clínicas: trastorno depresivo mayor, trastorno depresivo mayor recurrente, trastorno distímico y trastorno depresivo inespecífico. El trastorno distímico corresponde -por su diagnóstico clínico- a los criterios siguientes:

- humor depresivo más de 1 de cada 2 días, durante al menos 2 años;
- por lo menos 2 de los síntomas siguientes: (a) pérdida de apetito o hiperfagia, (b) insomnio o hipersomnias, (c) pérdida de energía o fatiga, (d) baja autoestima, (e) dificultad para concentrarse y (f) sentimiento de pérdida de la esperanza;
- los síntomas implican un sufrimiento clínicamente significativo o una alteración del desempeño en el aspecto social y profesional o en otros ámbitos de importancia.

Cuadro II.

Criterios de depresión del «Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales versión IV (DSM IV)».

- 1/ humor depresivo
- 2/ reducción de las actividades
- 3/ pérdida de peso
- 4/ trastornos del sueño
- 5/ lentitud psicomotora
- 6/ fatiga
- 7/ desvalorización, sentimiento de culpa
- 8/ alteración de la capacidad cognitiva
- 9/ ideas de suicidio

DSM IV: documento de base clínica construido a partir de un consenso de expertos y del análisis de las publicaciones científicas, cuya finalidad es la epidemiología de las enfermedades mentales y la comunicación profesional. Un episodio depresivo se llamará «mayor» cuando presente, como mínimo, cinco síntomas durante por lo menos 2 semanas; «mayor» no es sinónimo de grave, sino de prototípico.

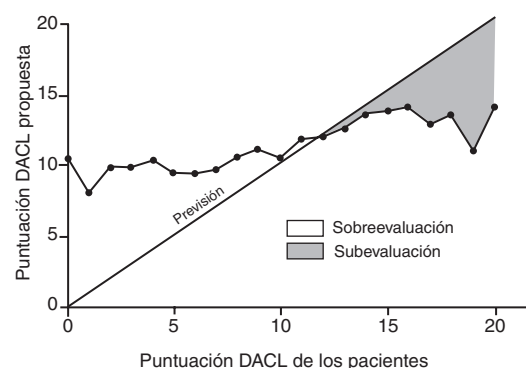


Figura 1. Evaluación de la depresión en parapléjicos (subevaluación y sobreevaluación) [8]. Comparación de las puntuaciones en la Depression Adjective Check List (DACL) entre -en las ordenadas- las puntuaciones otorgadas por el equipo de rehabilitación (médicos, enfermeros, fisioterapeutas, etc.) y -en las abscisas- las de los pacientes (102 parapléjicos con un promedio de edad de 32 años). Lo que se espera es una simetría de la evaluación, si bien se observan posibilidades de subevaluación y de sobreevaluación de la depresión.

El diagnóstico de la depresión es clínico

Un diagnóstico difícil

Una peculiaridad de la depresión en rehabilitación -además de su frecuencia- es la dificultad para formular el diagnóstico, incluso por parte de profesionales que conocen bien el cuadro clínico de la minusvalía. El riesgo consiste tanto en subestimar [7] como en sobrestimar la depresión (Fig. 1) [8].

La depresión puede estar «oculta» y manifestarse sobre todo por trastornos somáticos menores [9], cefaleas, raquialgias, etc. y ello sólo puede exagerar una invalidez de cualquier origen.

El cuadro depresivo se puede complicar con el cuadro somático, o bien presentar un cortejo sintomático demasiado inusual como para llamar la atención. El diagnóstico se formula muy a menudo a partir de las modificaciones del comportamiento en las interacciones sociales.

Un cuadro pocas veces prototípico

La depresión en rehabilitación por una minusvalía es particular. Pocas veces se presenta como el cuadro prototípico caricatural que se describe en la melancolía.

Las quejas suelen ser triviales: irritabilidad y rechazo a ser atendido, cansancio general durante la rehabilitación, renuncia a un tratamiento farmacológico hasta

entonces bien aceptado, rechazo de proyectos con ocofobia, acentuación de las molestias somáticas ya conocidas sin causa evidente de agravación, o bien aparición de nuevas quejas poco congruentes con la enfermedad del paciente, en especial los dolores.

La lentitud psicomotora se acompaña de una sensación de cansancio difícil de superar y de vacío, con pérdida de iniciativa según expresan el propio paciente o sus allegados.

Las alteraciones cognitivas -que casi nunca faltan- consisten en dificultades de memoria y concentración, así como en racionalizaciones de autodesvalorización por parte del enfermo, de su entorno y con respecto a su futuro.

A menudo se perturban las funciones vegetativas -insomnio, anorexia, estreñimiento-, pero su magnitud en el contexto de la minusvalía es menor.

Estas conductas nada tienen de específicas, pero su persistencia debe hacer pensar en un cuadro depresivo.

El riesgo de depresión está presente a lo largo de la evolución de la minusvalía, y en cada situación se revelan fragilidades ligadas al paciente y a su entorno afectivo.

Evolución de la depresión

La depresión es un trastorno duradero (más de 2 años en un tercio de los enfermos) que puede ser rebelde, resistente, recurrente, etc. y que implica un riesgo de recidiva. Los pacientes deprimidos son a veces (10-30%) resistentes a las medicaciones antidepressivas [10], sobre todo cuando se asocia una enfermedad orgánica.

La frecuencia de las recaídas es alta [11] (75-100% en la depresión común) y también lo es la de la cronicidad (20%). La curación de la depresión se establece por la desaparición de los criterios de depresión mayor durante 6 meses consecutivos. El tratamiento conduce a la curación en 5 semanas al 25% de los pacientes, en 8 semanas al 33%, en 6 meses al 50%, en 1 año al 75% y en 5 años al 90%.

Con respecto a la evolución, aunque la depresión sólo afecta temporalmente a las actividades de la vida diaria, las perturbaciones cognitivas y emocionales (irritabilidad, impaciencia, disforia) rara vez desaparecen.

Tests de depresión

Para poner de manifiesto una depresión se utilizan numerosos cuestionarios, especialmente en el marco de los estudios clínicos. Los tests se construyen a partir de algunas peculiaridades con respecto al modo en que son evaluadas (por el enfermo, el profesional, los familiares), la índole genérica o específica del test en relación a las situaciones clínicas, la estructura (lista de preguntas, de adjetivos, escalas analógicas, etc.), y la difusión y validez del test. La mayor parte de los tests aplicados en muchos países son traducciones y adaptaciones de los tests de origen anglosajón.

- El VAMS es una escala psicométrica desarrollada específicamente para las deficiencias neurológicas en general y las afasias en concreto. Con este brevísimo test se miden 8 estados emocionales: tristeza, alegría, tensión, miedo, fatiga, energía, confusión e ira.
- El DACL, un breve test válido y reproducible, es una medida de autoevaluación de la depresión. Es sencillo y bien acogido por el paciente. También de origen anglosajón, ya ha sido adaptado al español, al hebreo, al chino, etc. El DACL es correlativo con los demás instrumentos de evaluación de la depresión [12].
- La Geriatric Depression Scale de Yesavage es un ejemplo de autoevaluación genérica. Existen versiones de diferentes longitudes con mayor o menor número de pautas (4-30). Este test de depresión se ha traducido a numerosos idiomas de culturas muy

Cuadro III.

Center for Epidemiological Diseases Depression Scale (CES-D Scale) [13, 14]

Durante la semana pasada:		<1 d	1-2 d	3-4 d	5-7 d
1	Estuve molesto por cosas que habitualmente no me afectan	0	1	2	3
2	No me apetecía comer; había perdido el apetito	0	1	2	3
3	No consigo alejar las preocupaciones, ni siquiera con ayuda de mi familia o mis amigos	0	1	2	3
4	Pensé que estaba tan bien como cualquier otra persona	3	2	1	0
5	Me costaba concentrarme en lo que hacía	0	1	2	3
6	Me sentí deprimido	0	1	2	3
7	Todo me exigía esfuerzo	0	1	2	3
8	Albergué esperanza en el futuro	3	2	1	0
9	Pensé que mi vida era un fracaso	0	1	2	3
10	Me sentí atemorizado	0	1	2	3
11	No descansé bien al dormir	0	1	2	3
12	Estuve feliz	3	2	1	0
13	Hablé menos que de costumbre	0	1	2	3
14	Me sentí solo	0	1	2	3
15	La gente me resultó hostil	0	1	2	3
16	Aprecié la vida	3	2	1	0
17	Tuve crisis de llanto	0	1	2	3
18	Me sentí triste	0	1	2	3
19	Pensé que los demás no me querían	0	1	2	3
20	No puedo seguir adelante	0	1	2	3

Las puntuaciones: (0) pocas veces o nunca (menos de 1 día a la semana); (1) algunas veces o por poco tiempo (1 o 2 días por semana); (2) ocasionalmente o durante un tiempo moderado (3-4 días por semana); (3) la mayoría del tiempo (4-7 días). Los valores de los puntos 4-8-12-16 se restan antes de sumar el total. Para el diagnóstico de depresión se considera una cifra de 16 o más.

diversas: francés, griego, hebreo, hindi, húngaro, italiano, japonés, coreano, lituano, chino, danés, alemán, malayo, portugués, rumano, ruso, español, sueco, thai, turco, vietnamita, yiddish, etc. La homogeneidad del test demuestra el carácter universal y compartido de la enfermedad depresiva (Cuadros III-VI) [13-17].

Enfermedades invalidantes

Las enfermedades somáticas suelen provocar cuadros depresivos (Cuadro VII). Así, en pacientes hospitalizados, la frecuencia de la depresión se multiplica por cuatro en comparación con un grupo control de edad semejante y no guarda correlación con la gravedad del trastorno [18, 19].

Enfermedades del sistema nervioso

Las enfermedades cerebrales permitieron orientar y a menudo focalizar el problema de la depresión al revelar la frecuencia, la autenticidad y las causalidades complejas. Desde hace mucho tiempo, el tema de las «depresiones en los trastornos orgánicos cerebrales» se plantea de manera pertinente [20].

Accidentes vasculares cerebrales. En el seno de las enfermedades que provocan minusvalía, se reserva un lugar especial a los accidentes cerebrovasculares. Los trastornos psicopatológicos son habituales en el transcurso evolutivo de un accidente cerebrovascular [21]. La depresión ha sido la referencia del registro psicopatológico consecutivo a una hemiplejía [22]. Es frecuente y puede ser devastadora, ya que limita las posibilidades de participación del paciente en la rehabilitación, inhibiendo su motivación y su aceptación completa del proyecto de tratamiento e incrementando el sufrimiento y el malestar.

Cuadro IV.
Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) [15]

Marque la respuesta que mejor expresa lo que sintió durante la semana pasada			
Me siento tenso (a) o nervioso (a)		Tengo la sensación de actuar con lentitud	
La mayoría del tiempo	3	Casi siempre	3
A menudo	2	Muy a menudo	2
De vez en cuando	1	A veces	1
Nunca	0	Nunca	0
Me gustan las mismas cosas que antes		Siento temor y un nudo en el estómago	
Sí, lo mismo	0	Nunca	0
No tanto	1	A veces	1
Sólo un poco	2	Bastante a menudo	2
Diría que más	3	Muy a menudo	3
Tengo la sensación de que va a ocurrirme algo horrible.		Ya no presto atención a mi aspecto	
Sí, totalmente	3	Nunca	3
Sí, pero no es demasiado grave	2	No le presto tanta atención como debería	2
Un poco, pero no me provoca inquietud	1	Es posible que no le preste tanta atención	1
De ningún modo	0	Le presto tanta atención como antes	0
Río con facilidad y veo el aspecto positivo de las cosas		Me muevo constantemente y no consigo quedarme quieto	
Tanto como antes	0	Así es	3
Más que antes	1	Un poco	2
Menos que antes	2	No mucho	1
De ningún modo	3	De ningún modo	0
Me preocupo		Disfruto por anticipado la idea de hacer algunas cosas	
Muy a menudo	3	Tanto como antes	0
Con bastante frecuencia	2	Un poco menos que antes	1
Ocasionalmente	1	Mucho menos que antes	2
Muy de vez en cuando	0	Casi nunca	3
Estoy de buen humor		Sufro ataques repentinos de pánico	
Nunca	3	Realmente muy a menudo	3
Rara vez	2	Bastante a menudo	2
Muy a menudo	1	No muy a menudo	1
La mayoría del tiempo	0	Nunca	0
Puedo quedarme tranquilamente sentado (a) o no hacer nada y sentirme relajado (a)		Puedo disfrutar de un buen libro o de un programa de radio o televisión	
Sí, en cualquier circunstancia	0	A menudo	0
Sí, por lo general	1	A veces	1
Pocas veces	2	Pocas veces	2
Nunca	3	Muy raramente	3

La finalidad es identificar y evaluar la gravedad de la depresión o la ansiedad. Una puntuación de 10 o más en cada subescala de depresión y de ansiedad certifica un estado depresivo mayor, con buena especificidad y buena sensibilidad.

Además de ser muy frecuentes en rehabilitación y de influir sobre la minusvalía, los trastornos depresivos que aparecen tras un accidente cerebrovascular han contribuido ampliamente a esclarecer el capítulo de la depresión en rehabilitación.

Frecuencia y ritmo de la depresión. Los porcentajes de depresión después de un accidente vascular cerebral

varían de un estudio a otro, pero siempre son elevados [24, 25]. En el caso de una enfermedad cerebrovascular aguda, la prevalencia se extiende desde el 33% en los primeros 30 días de hospitalización, hasta el 30% al cabo de 3 años y un 25% a los 5 años, sin que la localización de la lesión [26, 27] ni la intensidad de la minusvalía física [28] sean siempre pertinentes en la aparición del trastorno del humor. Así, la frecuencia de la depresión después de una hemiplejía se calcula en el 25-60%, cifra considerable en la práctica clínica. El porcentaje de depresiones auténticas sería inferior al 30%. La depresión puede comenzar en cualquier momento de la evolución y persistir durante 1 año o más. Así, el síndrome depresivo evoluciona durante unos 2 años; la duración sería inversamente proporcional al tiempo que tarda en aparecer después del accidente cerebrovascular [29].

Accidentes cerebrovasculares «silenciosos». En los accidentes vasculares cerebrales «silenciosos» -es decir, sin manifestación deficitaria aguda aparente-, el riesgo de depresión es considerable, sobre todo en personas de más de 60 años. La depresión puede resumir el cuadro clínico: en dos tercios de los pacientes de más de 65 años con un cuadro depresivo mayor, en resonancia magnética (RM) se observan imágenes de infartos

“ Puntos principales

Riesgo de depresión después de hemiplejía [23]

- Antecedentes psiquiátricos.
- Déficit considerable en las actividades de la vida diaria.
- Deficiencias de suma gravedad.
- Sexo femenino.
- Afasia motora.
- Deficiencias cognitivas.
- Escasa ayuda social.

Cuadro V.

Escala de autoevaluación del humor. Geriatric Depression Scale [16]

Preguntas	Sí	No
1. ¿Se siente satisfecho (a) con su vida? (*)		
2. ¿Renunció a muchas de sus actividades?		
3. ¿Tiene la sensación de llevar una vida vacía?		
4. ¿Se aburre muy a menudo?		
5. ¿Se suele sentir de buen humor? (*)		
6. ¿Siente malos presagios con respecto al futuro?		
7. ¿Es feliz la mayor parte del tiempo? (*)		
8. ¿A menudo necesita ayuda en sus actividades?		
9. ¿Prefiere quedarse solo (a) en su habitación antes que salir?		
10. ¿Piensa que su memoria es peor que la de la mayoría de las personas?		
11. ¿Piensa que es maravilloso vivir en esta época? (*)		
12. ¿Se siente inútil?		
13. ¿Tiene mucha energía? (*)		
14. ¿Se desespera a causa de su situación actual?		
15. ¿Piensa que la situación de los demás es mejor que la suya, que los otros tienen más suerte?		

Puntuación total sobre 15; atribuir un punto por pregunta al «no» de las preguntas con (*), 1, 5, 7, 11, 13 y un punto al «sí» de las demás preguntas. Resultados: normal: 3 (+/- 2); depresión moderada: 7 (+/- 3); depresión grave: 12 (+/- 2).

Cuadro VI.

Depresión y rehabilitación [17]

«La **Geriatric Depression Scale** () sería útil en el marco de las enfermedades orgánicas, pues no incluye pautas somáticas que induzcan falsos positivos. La forma abreviada de 4 parámetros (mini-GDS) conserva una sensibilidad y una especificidad aceptables (> al 80% en la puntuación 1) para detectar fácilmente y de manera muy rápida un trastorno depresivo en la población general».

Mini-GDS

- 1) ¿Siente que su vida no vale la pena? (0)
- 2) ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? (N)
- 3) ¿Se siente a menudo descorazonado (a) y triste? (0)
- 4) ¿Piensa que su situación es desesperante? (0)

(N) significa que la respuesta negativa equivale a 1 punto; (0) significa que la respuesta afirmativa equivale a 1 punto.

Cuadro VII.

Depresión y otros trastornos médicos [19]

Enfermedades	Ejemplos
Alcoholismo	
Toxicomanía	
Esquizofrenia	
Demencia	
Enfermedades neurológicas	Parkinson, ACV, EM, epilepsia, tumores, etc.
Enfermedades endocrinas	Cushing, hipotiroidismo, hipertiroidismo, diabetes, etc.
Enfermedades infecciosas	Encefalitis, sida.
Enfermedades crónicas	Dolores crónicos, colagenopatías, cardiopatías, etc.
Cáncer	

ACV: accidente cerebrovascular; EM: esclerosis múltiple.

cerebrales o de alteraciones de la sustancia blanca, mientras que dichas lesiones sólo se observan en el 25% de un grupo control de igual edad y sin depresión [30]. En caso de accidente cerebrovascular silencioso, la depresión se caracteriza por lentitud psicomotora sin

gran introspección, culpabilidad, ni dolor moral. Se advierte una gran labilidad emocional en el llanto y la risa. La atención disminuye y las ideas son perseverantes. El trastorno del humor (atimormia) -caracterizado por apatía, sensación de vacío mental e indiferencia ante la situación- es poco demostrativo y obliga a adoptar una conducta expectante para no pasar por alto un diagnóstico de depresión (Schmitt, 2003).

Depresión y afasia. El desarrollo de una depresión dependería de la gravedad de la afasia. Sin embargo, en las afasias globales muy graves resulta muy difícil interpretar los trastornos de las conductas emocionales. El llanto, las conductas de evitación del contacto con los familiares o los terapeutas, la labilidad emocional, las fases de irritabilidad con reacciones de cólera, la falta de colaboración o mayor lasitud cuando más participación activa del paciente exige el tratamiento son, como mínimo, signos de alarma [31]. Las afasias motoras en la fase aguda de la enfermedad constituyen situaciones especiales de riesgo de depresión mayor [32].

Traumatismos de cráneo. La depresión consecutiva a un traumatismo craneal también es frecuente. La prevalencia de la depresión se calcula en el 6-77% [33]. Estos índices, muy variables, son una de las fuentes de duda acerca de la tipología de los trastornos afectivos, que quizás no tienen la misma definición para todos los autores. La depresión después de traumatismo craneal se observa en la mitad de los pacientes, y la mitad de ellos sufre ese estado por primera vez [34].

Las llamadas lesiones «frontales» con apatía, menor actividad, disminución de la expresión verbal, conductas perseverantes de fracaso y desinterés pueden simular la lentitud psicomotora de la depresión [35].

Enfermedad de Parkinson [36]. Las lesiones cerebrales degenerativas multiplican por siete el riesgo de depresión. Casi la mitad de los casos de enfermedad de Parkinson se acompaña de depresión, que puede preceder en varios años a los signos físicos [37-39]. La lentitud psicomotora de la depresión se puede sospechar a partir de la amimia y la acinesia, por lo que el diagnóstico de las formas habituales de intensidad moderada resulta difícil. En la enfermedad de Parkinson, también disminuye el umbral del dolor; esto puede generar un círculo vicioso entre minusvalía, dolor y depresión [40].

Lesiones medulares. La frecuencia de la depresión después de una lesión medular es muy elevada [41] y se acompaña de un deterioro de la calidad de la evolución clínica. Se estima que la frecuencia de la depresión mayor después de una paraplejía -según el Patient Health Questionnaire-9 items (PHQ-9)- es del 11,4% al cabo de 1 año de evolución (Cuadros VIII, IX).

Esclerosis múltiple (EM). La EM se acompaña de depresión en el 40% de los casos recientes y en el 17% de las EM antiguas; en el 5% de los casos, puede constituir la primera manifestación de la enfermedad [42]. Los trastornos del humor no siempre están relacionados con la evolución de la enfermedad. En 5 años de evolución, pacientes con accesos y recaídas, minusvalía física, aislamiento e inadaptación social, menor calidad de vida y placas cerebrales difusas, desarrollan una depresión que aumenta con la pérdida de autonomía. Lo mismo se observa en aquellos en los cuales la enfermedad progresa sin dependencia. La EM se acompaña más bien de trastornos de tipo bipolar con diferentes tonalidades afectivas que pueden dificultar el diagnóstico: labilidad emocional, euforia impropia o serenidad aparente.

Enfermedad osteoarticular

La depresión asociada a la enfermedad osteoarticular varía según el tipo de lesión articular. Se observa en

Cuadro VIII.Patient Health Questionnaire - 9 parámetros (PHQ-9) ^[41]

Durante las dos últimas semanas, ¿estuvo molesto por algunos de los siguientes problemas?

	Parámetros	Nota
1	Poco interés o placer en las tareas	
2	Sensación de desaliento, sentimiento de depresión, desesperación	
3	Dificultades para dormir, permanecer despierto o dormir demasiado	
4	Sensación de fatiga o poca energía	
5	Poco apetito o demasiado apetito	
6	Pensamientos negativos con respecto a usted mismo, la idea de ser un fracasado, de haber decepcionado a su familia, de que no se puede contar con usted	
7	Problemas para concentrarse, como leer un periódico, ver televisión	
8	Moverse o hablar tan despacio que los demás lo advirtieron o, por el contrario, estar muy agitado, mucho más de lo habitual	
9	Pensar que sería mejor estar muerto o querer provocarse daño de un modo u otro	

Respuestas posibles: (0) en absoluto; (1) varios días; (2) más de la mitad del tiempo; (3) casi todos los días. Las puntuaciones van desde (0) hasta (27) entre la falta de signos de depresión y manifestaciones graves.

Cuadro IX.

Frecuencia de las manifestaciones depresivas después de una lesión medular por traumatismo.

Manifestaciones de depresión	PHQ-9	Cantidad	Frecuencia (en %)
Ausentes	0	199	23,4
Mínimas	1-4	294	34,6
Escasas	5-9	170	20,0
Moderadas	10-14	101	11,9
Moderadas/graves	15-19	48	5,7
Graves	20-27	37	4,4
Total		849	100
Depresión mayor	5 parámetros/9	96	11,4

La depresión mayor se define aquí por la presencia de 5 parámetros sobre 9 según el DSM IV; se incluye el humor depresivo o la anhedonia.

alrededor del 25-30% de los casos de poliartritis ^[43, 44] y en el 10% de los que padecen artrosis ^[45]. Los factores de riesgo son el dolor crónico, la pérdida funcional, la falta de estabilización del proceso, los antecedentes de problemas familiares, la prescripción de corticoides, etc.

Amputaciones

La depresión consecutiva a la amputación de una extremidad se considera frecuente ^[46]. En la fase inicial de la amputación, las reacciones de angustia y depresión se observan en dos tercios de los pacientes y también se pueden producir reacciones regresivas. Se calcula que la depresión afecta al 21-35% de los amputados y se acompaña de un estado de sufrimiento moral prolongado ^[47]. En una fase más tardía de la evolución, la depresión se puede manifestar por múltiples molestias físicas a causa de la rehabilitación o del uso de prótesis.

Otras enfermedades somáticas

Cualquier enfermedad somática que repercuta sobre la función aumenta el riesgo de depresión por amplificación de la pérdida de las funciones sociales en personas de edad avanzada y en jóvenes con antecedentes de depresión. La depresión afecta al 30% de los pacientes

hospitalizados por insuficiencia cardíaca. La depresión también se asocia a menudo al infarto de miocardio, la diabetes mellitus inestable y el síndrome de apnea del sueño (en el que aumenta la resistencia al tratamiento psicótopo).

Dolor crónico**Vínculos ciertos pero complejos**

Las relaciones entre el dolor crónico y la repercusión psicológica son muy complejas y de influencia recíproca, de modo que las causas de origen de esa interrelación suelen generar controversia.

- Los dolores y la depresión son procesos interactivos con efectos recíprocos.
 - La depresión puede disminuir la tolerancia al dolor y la capacidad para enfrentarlo.
 - El dolor puede hacer que una persona predispuesta llegue a padecer depresión.
- Los factores ambientales que favorecen la depresión y los dolores crónicos son de algún modo idénticos, sobre todo en términos de *sigma* social (cantidad de éxitos, en términos de ayuda social disponible, en los aspectos materiales y afectivos).

El dolor crónico como factor de depresión

El dolor crónico es una fuente reconocida de depresión. La prevalencia de la depresión varía del 10 al 90% según los autores ^[48]. La depresión es cinco veces más frecuente en las personas que padecen dolor que en la población general ^[49]. Alrededor del 25% de quienes padecen migrañas sufrirán un episodio depresivo mayor durante su vida ^[50]. La depresión se ha observado en el 60% de una cohorte de obreros afectados por lumbalgia ^[51].

En ocasiones, algunas personas atribuyen al dolor los cambios en su vida familiar, profesional o social, así como una repercusión desfavorable sobre la libido con anhedonia creciente. Se trata entonces de dolores descritos como violentos por pacientes a menudo irritables, ansiosos y con poco desarrollo de su entorno social. Sobre todo, se observan potencialidades destructivas, psíquicamente poco elaboradas y de una violencia considerable ^[52]. Esos pacientes describen una percepción catastrófica de la influencia del dolor con un deterioro de todas las capacidades -aun cuando se pueden advertir algunos éxitos- y piensan que todas sus imposibilidades son producto del dolor.

La depresión como factor de dolores crónicos

La depresión influye a veces en el dolor crónico y puede agravar sus consecuencias. La exageración de los eventos negativos por parte de la persona deprimida acrecienta la percepción del dolor y las consecuencias negativas sobre las aptitudes funcionales ^[53].

- La mitad de los cuadros depresivos cursan con dolor crónico. Aunque siempre es difícil pronunciarse acerca de la causalidad directa de la depresión, también es cierto que la depresión influye en la sensación corporal y en la experiencia dolorosa: los dolores se describen como más intensos y más difusos, y su umbral de tolerancia es menor (Allaz, 2002).
- La depresión sería un factor de transición del dolor a la cronicidad que empuja al paciente hacia las discapacidades y la minusvalía.

El dolor crónico como presentación de la depresión

El concepto de depresión «enmascarada» se aplica a situaciones en las que el dolor es el síntoma «aceptable» por el paciente y que se propone como mediador en la relación con los profesionales que lo asisten y con otras personas de su entorno. Es una forma de somatizar el

sufrimiento psíquico por el que la sensación de fracaso profesional, familiar o social se expresa de una manera a menudo reivindicativa y esténica. En pacientes con personalidad frágil y mecanismos de rechazo difícilmente accesibles, el cuerpo se vuelve nocivo, los profesionales incapaces, el trabajo peligroso, etc. El paciente experimenta una sensación de omnipotencia -por otra parte perdida- frente a un equipo médico en principio aceptado, al que después desprecia y rechaza. Esas personas suelen pasar por tratamientos diferentes, dispersos, caóticos e incompletos, con un comportamiento hipocondríaco y, en ocasiones, casi delirante.

Depresión y rehabilitación en etapas avanzadas de la vida

El problema del estado mental de la persona de edad muy avanzada en rehabilitación es central en la práctica clínica diaria [54]. Por ejemplo, cuando un anciano durante el postoperatorio de una intervención de cadera presenta alteraciones de la conducta, es necesario asumir el problema y plantear la búsqueda de soluciones. Surgen entonces tres interrogantes:

- ¿cuándo aparecieron los trastornos?
- ¿cuál es la naturaleza de los trastornos de conducta?
- ¿en qué proporciones se presentan la confusión (o delirio), la demencia y la depresión?

Las conversaciones con la familia ayudan a aclarar esos puntos.

La confusión (o delirio) es frecuente en el anciano hospitalizado. Se trata de un trastorno de la consciencia de instalación rápida, con atención lábil y rendimientos desperejados y fluctuantes que los miembros del equipo de salud registran en sus informes a lo largo de una misma jornada. El diagnóstico suele pasar inadvertido cuando se acompaña de alteraciones demenciales y un componente confusional de tipo hipoactivo, que a veces se confunde con depresión.

La demencia sólo se acepta como explicación de los trastornos cognitivos tras descartar un cuadro de confusión o de depresión como causa total o parcial. Las alteraciones anteriores, poco aparentes y de instalación progresiva en el domicilio, pueden detectarse con mayor facilidad al iniciar los programas de rehabilitación. En este caso es fundamental buscar trastornos cognitivos instrumentales: alteraciones de la memoria, del lenguaje, de la gestualidad, de la percepción, de las funciones ejecutivas, etc.

El diagnóstico de depresión es frecuente, pero difícil de formular en el anciano. Se puede acompañar de agitación, confusión y ansiedad -más que de un tono melancólico- y, sobre todo, no suelen tomarse en serio las manifestaciones depresivas, pues se relacionan con la edad avanzada, las dificultades físicas, la pérdida de energía y las diversas dolencias somáticas. Las pautas de depresión mayor del DSM IV son inespecíficas y válidas para personas mayores. Algunos tests más específicos para ellos pueden serle útiles al clínico, como el Geriatric Depression Scale.

Causas de la depresión en rehabilitación

El tema de la causalidad es muy relevante en la depresión en rehabilitación. De hecho, aunque la depresión acompaña a numerosas situaciones médicas orgánicas, las relaciones entre depresión y enfermedad orgánica suelen ser difíciles de establecer. El gran interés por este tema se desprende de la complejidad de las posibles causas de depresión, de sus complicaciones y su sucesión en el tiempo. La suma de factores es frecuente y multiplica el riesgo de depresión.

Desde el punto de vista teórico, la dicotomía histórica «funcional contra orgánico» sería en la actualidad poco heurística o, al menos, producto de una simplificación excesiva [55].

Factores lesionales

En este caso, se trata de la influencia directa de la enfermedad o del accidente sobre los procesos biológicos del humor. Por ejemplo, se consideran los componentes cerebrales orgánicos poslesionales con alteración de los neurotransmisores. Se ha comunicado una posible relación entre la depresión poshemipléjica y el hemisferio izquierdo -especialmente el polo frontal-, pero los hechos son aún motivo de controversia.

Factores reaccionales

Es habitual citar los llamados factores depresógenos, sospechosos de favorecer el desarrollo de una depresión. En cualquier caso, son factores que a menudo se vinculan con un estado depresivo.

Los aspectos reaccionales ante la enfermedad afectan a las deficiencias motoras y cognitivas -afasia, asognosia, etc.-, a las funciones vesicoesfinteriana [56] e intestinal, al dolor físico, a la dependencia en la actividades diarias, a las aptitudes funcionales para adquirirlas y mantenerlas, a la duración de las hospitalizaciones, etc.

Asimismo, los nexos entre la depresión y la fatiga son siempre sutiles en rehabilitación, en un marco de daños orgánicos cerebrales u otros también muy asteniantes. Sin embargo, en la mayoría de los casos, la depresión se observa en pacientes que se quejan de fatiga [57].

Factores medicamentosos

Los medicamentos que se prescriben en rehabilitación [58] pueden favorecer el desarrollo de un cuadro depresivo o empeorarlo: antiinflamatorios no esteroideos, opiáceos, antihipertensores, digoxina, β -bloqueantes, barbitúricos, benzodiazepinas, esteroides, psicoestimulantes, cimetidina, baclofén, dopamina, etc. Aunque se sospecha que más de 100 fármacos han desencadenado una depresión, sólo existen pruebas fehacientes con respecto a unos pocos y, en general, se trata de anécdotas médicas que alimentan las publicaciones.

Factores psicosociales

Los factores psicosociales son el enfrentamiento de la persona con el ámbito cultural y social o con el grupo al que pertenece.

Identidad cultural

La edad y el sexo ejercen una gran influencia en el riesgo de suicidio; en este sentido, el riesgo es mayor en el varón, especialmente en jóvenes y ancianos.

El problema reside en la vivencia de la minusvalía y de los estereotipos negativos asociados, la representación demasiado idealizada del tratamiento en sus comienzos -con esperanzas al respecto en términos de curación-, la mediatización de los «milagros» de la medicina en otras personas, el usufructo de la minusvalía como mediador social para adquirir algunos derechos, etc.

Pertenencia al grupo

Se trata del enfrentamiento diario con la simbología del alta del servicio de rehabilitación, la soledad y la exclusión social, la integración social defectuosa y las dificultades que pueden surgir con respecto a la vida en pareja [59]. En este sentido, los varones son más vulnerables a raíz de la repercusión psíquica de la pérdida de su función social. El aislamiento social constituye especialmente un factor de riesgo depresivo.

Factores psicológicos

Se trata de factores como el consumo de alcohol, los antecedentes personales o familiares de depresión, la personalidad ansiosa, otras perturbaciones psiquiátricas previas y diferentes a la depresión, etc.

Consecuencias de la depresión

Las consecuencias de la depresión son numerosas: la mortalidad por suicidio y por abandono o renuncia a la atención médica, el riesgo de continuar con una adicción o iniciarla, los cambios de la motivación con respecto a los programas de rehabilitación, etc.

Adicciones

El alcohol constituye un problema fundamental [60]. El alcoholismo es frecuente en la población general e influye en los procesos invalidantes, ya sea antes, durante o después de producirse la minusvalía. Se estima que la prevalencia de consumo excesivo previo de alcohol es del 16-66% en los pacientes con traumatismo craneal, y del 35-49% en los parapléjicos. En el momento del accidente, el consumo de alcohol se registra en el 36-51% de los traumatizados craneales, en el 40% de los parapléjicos y en el 47% de todos los traumatizados. Así, las personas que sufren accidentes estarían vinculadas a este problema de tres a seis veces más que el resto de la población. Aún queda por dilucidar la relación entre el consumo excesivo de alcohol y la depresión.

El cuestionario «CAGE» (acrónimo de *cut* [dejar], *annoyed* [molesto], *guilty* [culpable], *eye* [vigilia]) se aplica tanto para el alcohol como para otras sustancias o drogas. El cuestionario «CAGE» es una herramienta pertinente para las situaciones de alcoholismo en medicina general (sensibilidad del 74-79%; especificidad del 79-95%) y, por extensión, de utilidad comparable para pacientes en rehabilitación [61].

“ Puntos importantes

Cuestionario «CAGE»

1/ ¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos?

2/ ¿Le ha molestado que la gente le critique por su forma de beber?

3/ ¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su forma de beber?

4/ ¿Alguna vez ha tomado un trago por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias que le ocasionó haber bebido la noche anterior?

Puntuación: 2 o más respuestas positivas indican la probabilidad de un problema con el alcohol.

Aptitudes funcionales e intelectuales

Además de su influencia directa sobre el humor, la depresión implica consecuencias secundarias sobre las aptitudes funcionales e intelectuales, la motivación, el pronóstico vital y el registro psicosocial. Las dificultades de comprensión que acompañan a la depresión ejercen una influencia negativa en el nivel general de actividad y socialización, así como en lo que se refiere a las reacciones positivas a los adelantos en la rehabilitación [62].

La depresión ejercería una influencia moderada sobre las actividades básicas de la vida diaria (Paolucci, 1999).

La depresión y la ansiedad son factores determinantes de la calidad de vida. Además, son correlativas al tiempo de hospitalización en rehabilitación, en este caso sin que sea posible marcar la diferencia entre causa y consecuencia; no obstante, la mediación se alcanza a partir de los trastornos funcionales [63]. Ruchinkas (2002) informó que después de una fractura de cadera el porcentaje de retorno a la ambulación y a las capacidades funcionales anteriores en ancianos no deprimidos es mayor que en los pacientes deprimidos.

Suicidio

Si quien observa a una persona cuyo aspecto revela una minusvalía grave y una gran dependencia a menudo se pregunta acerca de si vale la pena vivir así, aquél que atraviesa esas situaciones no suele recurrir al suicidio, aun cuando esos pensamientos le asaltan con frecuencia.

Suicidio y estancia en rehabilitación

Aunque el suicidio es estadísticamente más elevado en las poblaciones de minusválidos -con lesión medular o cerebral, por ejemplo-, esos sucesos son infrecuentes en la práctica clínica de la rehabilitación. El suicidio como producto de enfermedades somáticas invalidantes es poco habitual en pacientes hospitalizados en rehabilitación. De este modo, los equipos de MFR rara vez se enfrentan a casos de suicidio.

El riesgo es menor en la fase inicial del tratamiento, cuando el apoyo médico y afectivo es óptimo y cuando las expectativas que despierta el ingreso en rehabilitación son todavía elevadas. Cabe destacar la importancia de la proximidad del centro de atención para la rehabilitación, ya que la lejanía enseguida genera agotamiento físico, psicológico y financiero en los familiares del paciente, que son los que constituyen el sostén casi exclusivo a largo plazo en situaciones de minusvalía grave.

Suicidio y epidemiología

La percepción del riesgo de suicidio -que apenas se considera en el transcurso de la rehabilitación- es un enigma que siempre sorprende a los equipos de salud, ya que todos los datos epidemiológicos indican un riesgo de suicidio claramente aumentado en personas minusválidas [64].

En los que sufren heridas medulares [65], por ejemplo, el suicidio resulta más frecuente que en la población general (3,3-4,9 veces más). Debido a un menor riesgo de mortalidad si se compara con septicemias, insuficiencias renales o respiratorias, etc., el suicidio representa una causa mayor de fallecimiento en parapléjicos y tetrapléjicos.

En numerosas situaciones médicas que enfrentan al paciente con las discapacidades y la minusvalía, se describe un aumento significativo de fallecimientos por suicidio [66]; esto sucede, por ejemplo, en caso de esclerosis múltiple, lesiones de la médula espinal, lupus eritematoso diseminado, amputaciones, enfermedad de Parkinson, esclerodermias, etc. Stenager (1998) señaló un índice de suicidio de 3,7 por 1.000 hemipléjicos. Para Teasdale [67] (2001), el riesgo de suicidio en pacientes con accidente cerebrovascular es aproximadamente dos veces superior al de la población general, sobre todo en jóvenes (<50 años) y en hospitalizados por poco tiempo (<1 mes) (Cuadro X) [68].

Detectar el riesgo de suicidio

El riesgo de suicidio se vincula a cualquier cuadro de depresión. Frente a comorbilidades somáticas, el suicidio depende también de factores de riesgo constitucionales

Cuadro X.

Frecuencia de la mortalidad por suicidio en las enfermedades neurológicas y psiquiátricas [68]

Enfermedad	Cantidad de estudios	SMR	IC 95%
1 Antecedente de suicidio	9	38,4	34,0-43,1
2 Trastornos alimentarios	15	23,1	15,3-33,4
3 Depresión mayor	23	20,4	18,3-22,6
4 Abuso de sedantes	3	20,3	14,2-28,2
5 Abuso de drogas	4	19,2	16,1-22,8
6 Trastornos bipolares	15	15,0	12,2-18,4
7 Abuso de opioides	10	14,0	10,8-17,9
8 Trastorno distímico	9	12,1	11,5-12,8
9 Neurosis obsesiva	3	11,5	2,38-33,7
10 Pánico	3	10,0	4,57-19,0
11 Esquizofrenia	38	8,45	7,98-8,95
12 Trastorno de la personalidad	5	7,08	4,77-10,1
13 VIH	1	6,58	5,77-7,63
14 Abuso de alcohol	35	5,86	5,41-6,33
15 Epilepsia	12	5,11	3,90-6,58
16 Psiquiatría infantil	11	4,73	3,97-5,60
17 Abuso de cannabis	1	3,85	1,84-7,07
18 Paraplejía	1	3,82	3,29-4,42
19 Neurosis	8	3,72	2,97-4,60
20 Traumatismo craneal	5	3,50	1,14-8,18
21 Corea de Huntington	4	2,90	2,24-3,68
22 Enfermedad de Parkinson		2,52	
23 Esclerosis múltiple		2,36	
24 Cáncer	1	1,80	1,71-1,89
25 Amputaciones		1,37	
26 Retraso mental	5	0,88	0,18-2,58

SMR (*standardized mortality ratio*): cantidad de muertes por suicidio en la enfermedad considerada, en comparación con la cantidad de muertes por suicidio en una población idéntica sin dicha enfermedad. Un *ratio* superior a 1 indica un aumento del riesgo, por ejemplo, un SMR de 2 indica un aumento del riesgo de suicidio por 2. IC 95%: intervalo de confianza, valores entre los que se halla el 95% de los valores.

(antecedentes familiares, escaso apoyo sociofamiliar, conductas de riesgo y trastornos psicológicos previos, abuso de alcohol o sustancias psicoactivas), de factores vinculados a la enfermedad invalidante (dolores crónicos, inestabilidad de la pérdida de autonomía, negación de la enfermedad y de sus efectos funcionales, el tratamiento medicamentoso con antihipertensores o con interferón β -1b), de lógica racional por descalificación del dolor psíquico al restar importancia a la depresión que atraviesa el enfermo, por desvalorización del lugar del paciente en términos de fin de la vida somática o social y por reducción de la función sanitaria a raíz de fondos económicos racionados o de obstinación terapéutica que desdeña la condición de fin de la vida.

Detectar los signos de alarma de un posible acto de suicidio es difícil. Sin embargo, el riesgo se vincula a la depresión, a pensamientos negativos que son o han sido expresados, a abusos de sustancias psicoactivas como el alcohol o los psicótrópos, etc. Ante la duda, es preferible abordar al enfermo, especialmente cuando éste menciona la poca utilidad o inutilidad de la vida actual, la sensación de injusticia con respecto a la carga que el paciente dice representar para sus familiares, el dolor de no estar muerto frente a la realidad de la enfermedad invalidante, la duda acerca de la validez de la vida actual, los preparativos con respecto al final de la vida, etc. Otras causas de alarma son la renuncia y la desvalorización completa del paciente, que revela un fuerte sentimiento de inutilidad social y de carga para el prójimo.

“ Puntos importantes

Factores protectores del riesgo de suicidio

La existencia de redes de ayuda social intactas, el matrimonio.

La pertenencia activa a grupos, a asociaciones (religiosas u otras).

La presencia de hijos que aún dependen de los padres.

El seguimiento con apoyo de los profesionales de la salud.

La ausencia de depresión o de adicción.

La proximidad de los centros sanitarios.

La conciencia de que el suicidio es la consecuencia de un proceso patológico.

Las capacidades para enfrentar y solucionar problemas o para sentirse apoyado.

Repercusión de la depresión sobre el comportamiento en rehabilitación

- En la lógica de la baja autoestima, el paciente no concibe la utilidad de invertir en rehabilitación con el propósito de una mejora que beneficiaría a una persona poco digna de ese progreso.
- En la lógica del desprecio hacia su entorno, no alcanza a valorar los cuidados que se le prodigan y es incapaz de vislumbrar un proyecto de trabajo.
- En la lógica de la desvalorización de su porvenir, casi no le es posible proyectarse de manera positiva a través del tratamiento hacia un futuro operativo y satisfactorio. Todo conduce al peligro de que considere el tratamiento -con el que se debe comprometer de manera activa- con un prerrequisito de tipo: «¿para qué?».

La lentitud psicomotora puede perjudicar la participación en el tratamiento de distinta manera: desde el incumplimiento de las citas, los retrasos frecuentes o el comportamiento pasivo, hasta la oposición sistemática durante las sesiones terapéuticas.

Los trastornos de atención vinculados a la depresión ejercen un efecto negativo en el tratamiento, en forma de olvido de las consignas o de fracaso personal o ajeno.

Riesgo somático secundario a la depresión

Aunque la depresión se vincula con las enfermedades somáticas, también es un factor patógeno con respecto a la salud en general. Algunos ejemplos para ilustrar esta declaración son los siguientes: en el 66% de los casos, durante una depresión o en su período de recuperación se presenta otro trastorno [69]; en pacientes deprimidos -sin distinción de sexo- la densidad ósea lumbar disminuye un 15% [70]; en varones deprimidos, el riesgo relativo de enfermedad coronaria se multiplica por 3,45, el de accidente cerebrovascular por 5,20 y el de hipertensión arterial por 3,1. En las mujeres deprimidas también se observan esos riesgos relativos, pero -por término medio- de dos a tres veces menos que en los varones [71].

Tratamiento de la depresión

La rehabilitación constituye un ámbito propicio para detectar y tratar la enfermedad depresiva. Así, con un diagnóstico precoz y un tratamiento correcto, podría evitarse la fijación permanente de los esquemas negativos en el pensamiento del enfermo.

Tratar el problema de la depresión significa emprender cuatro acciones:

- identificar la depresión: en rehabilitación, la depresión se presenta de manera singular -pocas veces prototípica-, a menudo se desprende de la enfermedad invalidante y el diagnóstico es puramente clínico;
- implementar un seguimiento de la evolución;
- anticipar las consecuencias funcionales y somáticas de la depresión;
- tratar la depresión.

El tratamiento de la depresión incluye antidepresivos -indispensables en esta situación-, psicoterapia, terapia conductual y grupos de ayuda. El uso de psicótipos en MFR se ha incrementado de manera notable y es uno de los tratamientos principales en los servicios de rehabilitación [72].

Un punto esencial es el adelanto de los tratamientos antidepresivos disponibles: el desarrollo de fármacos para «antirrecaptación de la serotonina» ha mejorado de manera considerable la tolerancia y eficacia de las medicaciones psicótropas en estas indicaciones.

Aún es necesario perfeccionar los puntos fundamentales del tratamiento psicológico de la minusvalía: aunque los psicótipos son de uso corriente en rehabilitación, habrá que emprender otras acciones o adaptarlas a ese campo profesional (terapias cognitivas y conductuales, terapia de grupo, etc.), así como educar e informar a los pacientes, pues también ellos deben adquirir autonomía con respecto al ámbito terapéutico.

Este enfoque de la depresión exige competencias en rehabilitación, neuropsicología y psicopatología, con el fin de fortalecer la relación entre el paciente, su familia y el equipo de salud enfrentados a esa situación. Hoy en día, los equipos de rehabilitación (MFR) representan el medio idóneo para este tipo de atención psicológica [73].

Tratamientos medicamentosos

Los neurotransmisores del sistema nervioso central (SNC) poseen las siguientes características [74]:

- se *localizan* en las neuronas del SNC y tienen distribución regional;
- se *concentran* en la parte terminal de la neurona;
- son *fabricados* por un mecanismo de biosíntesis;
- se *liberan* en el espacio sináptico;
- son *reconocidos* por receptores específicos situados cerca de la neurona presináptica;
- son *activos* en la célula -a través del receptor específico- por modificación del potencial eléctrico;
- se *inactivan* en su acción sobre el receptor, en una escala de tiempo fisiológico.

Los neurotransmisores que intervienen en el cuadro depresivo son la serotonina (5-HT), la noradrenalina y -de forma menos directa- la dopamina.

Los fármacos psicótipos típicos ejercen acciones específicas sobre los sistemas de neurotransmisión; de este modo, los neurolépticos actúan en la vía dopaminérgica, los ansiolíticos y los hipnóticos en la gabaérgica y los antidepresivos en la serotoninérgica y la noradrenergica. Los fármacos psicótipos no siempre son específicos y tienen varios sitios de acción, a su vez fuente de efectos adversos o de potenciación de su eficacia.

Los parámetros farmacológicos principales son [75]:

- *semivida* o tiempo necesario para que la concentración sanguínea de un fármaco se reduzca a la mitad del valor de partida. La meseta corresponde al momento en que la dosis administrada es idéntica a la dosis eliminada entre dos tomas. Cuando se altera la meseta de equilibrio, es preciso administrar la molécula durante cinco veces su semivida, respetando un intervalo de una semivida entre dos administraciones. La rapidez del efecto no depende de la semivida, sino de la velocidad de entrada en el organismo

y de llegada al receptor. Se caracteriza por el tiempo necesario para alcanzar la concentración máxima en sangre (Tmax). El efecto en el sitio de acción es complejo, ya que -en el caso de los psicótipos- debe integrar los momentos de paso por el cerebro;

- los medicamentos psicótipos se metabolizan esencialmente en el hígado y están expuestos a un riesgo de interacción con otros tratamientos. Esa acción metabólica depende de los citocromos P-450 hepáticos. Para los psicótipos, la biodisponibilidad es escasa y variable, la semivida también varía según las moléculas y los pacientes, y la inducción (progresiva) y la inhibición (repentina) enzimáticas actúan sobre las concentraciones y la semivida.

Antidepresivos [76]

Son numerosos y su administración es necesaria en los estados depresivos verdaderos.

Fisiología de los neuromediadores. La serotonina (5-HT) es el neurotransmisor que más participa en el cuadro depresivo. En los síndromes depresivos, la concentración de 5-HT en la neurona proximal -a la altura de la sinapsis- está reducida. La neurona distal regula la disminución de concentración mediante una estimulación resultante de la creación de receptores múltiples de pobre eficacia. El aumento de la 5-HT provoca una inhibición con reducción de la cantidad de receptores y recuperación del sistema serotoninérgico. La inhibición requiere una fase de reconstrucción protídica que explica los plazos de acción de los antidepresivos. Los antidepresivos que inhiben la recaptación de la 5-HT -o la acción de la monoaminoxidasa (MAO) intrasináptica- aumentan la concentración de la 5-HT en la sinapsis y así favorecen la inhibición. Las neuronas implicadas se encuentran en los núcleos del rafe en la región sagital del tronco cerebral.

La noradrenalina es otro de los neurotransmisores que participan en los síndromes depresivos, posiblemente en asociación o como complemento de la 5-HT. Esta vía se valora cada vez más en los mecanismos de acción de los antidepresivos, a través de la inhibición de la recaptación de la noradrenalina.

Es muy probable que la vía dopaminérgica intervenga en la depresión. Sin embargo, no existe un fármaco específico, pues los peligros de dependencia y toxicomanía son muy elevados.

Los antidepresivos se clasifican según su mecanismo de acción o su tipo bioquímico. En el Cuadro XI se indican las dos modalidades.

Instauración del tratamiento antidepresivo. El tratamiento *comienza de manera progresiva* para medir la tolerancia y las dosis, que aumentan hasta 100 mg para los tricíclicos y por lo menos hasta 2-3 unidades galénicas para los inhibidores de la recaptación de la 5-HT (IRSS) [77]. Combinar varios antidepresivos no presta ninguna utilidad. Cualquier asociación -a veces indispensable- con otro psicótipo aumenta el riesgo de confusión.

El período inicial del tratamiento con un antidepresivo expone a un *riesgo de acto de autoagresión* al interrumpir la inhibición psicomotora, que conviene evaluar [78] para agregar -si fuera necesario- un ansiolítico o un neuroléptico sedante.

La duración del tratamiento depende de la clínica y hoy en día es uno de los principales interrogantes, sobre todo después de un primer episodio depresivo. Se necesitan alrededor de 3-6 semanas para una buena reconstrucción de los receptores, lo que corresponde al plazo habitual para percibir una mejoría clínica. Con objeto de limitar el riesgo de recidiva o de recaída, hay que continuar con el tratamiento durante varios meses

Cuadro XI.

Clasificación de los antidepresivos.

Tricíclicos	IMAO	Ni tricíclico ni IMAO	IRSS	Otros
Clorhidrato de clomipramina	Iproniazida	Mianserina	Paroxetina	Tianeptina
Amitriptilina	Nialamida		Clorhidrato de venlafaxina	
Dosulepina		Viloxazina	Fluvoxamina	
Trimipramina	Toloxatona		Milnacipram	
			Mirtazapina	
			Clorhidrato de fluoxetina	
			Citalopram	
			Sertralina	

Los tricíclicos, denominados así por su estructura bioquímica, actúan sobre la recaptación de la serotonina y otros receptores: muscarínicos, noradrenérgicos, histamínicos. En consecuencia, ejercen múltiples efectos adversos. Los tricíclicos (clorhidrato de clomipramina) son el principio activo de referencia en la evaluación de los medicamentos. Los IMAO son los inhibidores de la monoaminooxidasa. Los IRSS son los inhibidores selectivos de la recaptación de la 5-HT. Son inusuales los estrictamente selectivos y algunos se recomiendan por su actividad sobre las vías serotoninérgicas y noradrenérgicas (Clorhidrato de venlafaxina, mirtazapina, milnacipram).

(al menos 6-12) después de curarse la depresión. La interrupción del tratamiento debe ser lenta y progresiva, para controlar los riesgos de recaída y los fenómenos de abstinencia.

La *eficacia* de los tratamientos antidepresivos se desprende de la cantidad de pacientes que responden al fármaco administrado. Son los pacientes que mejoran al menos un 50% sus manifestaciones clínicas según las escalas de depresión. El porcentaje de pacientes que responden al tratamiento [79] se sitúa en el 50-70% y el de los que no muestran efecto clínico, en el 20%.

La *tolerancia* terapéutica ha mejorado mucho con los IRSS. Sin embargo, hay que sopesar esta afirmación: el 33% de los pacientes interrumpe el tratamiento al cabo de 30 días, y esa falta de cumplimiento aumenta al 56% tras 4 meses de tratamiento [80]. La importancia de la educación, pieza terapéutica fundamental en rehabilitación, cumple aquí una función principal en lo que se refiere al paciente y a su familia.

Los *afectos adversos* son numerosos y dependen de la familia de antidepresivos:

- tricíclicos: efectos anticolinérgicos, histamínicos (aumento de peso, alteración de la vigilia), efectos α_1 o α_2 adrenérgicos (variaciones de la presión arterial, temblores y riesgo de convulsión, etc.), hiponatremia;
- IMAO: efectos cardiovasculares graves que dificultan su empleo;
- IRSS: efectos digestivos con náuseas -sobre todo al empezar el tratamiento-, signos extrapiramidales, riesgo de lesión dérmica y hepática, efectos metabólicos como los síndromes serotoninérgicos, riesgo de convulsión y de confusión y, bastante a menudo, hiponatremia;
- mianserina: rara vez hipogranulocitosis, aumento de peso (en ocasiones considerable).

Cualquier antidepresivo puede provocar una *disfunción sexual* cuyo origen varía mucho según la minusvalía y la edad. El 15-50% de los pacientes refiere efectos secundarios sobre la sexualidad en relación al consumo de los IRSS.

Antipsicóticos o neurolépticos

En el mecanismo de acción bioquímica de los neurolépticos -que aún no se ha dilucidado por completo- interviene el sistema dopaminérgico. La dopamina sería bastante específica de los sistemas reguladores difusos de la vigilia, la activación cerebral, la atención, la motivación, las regulaciones sensitivas y motoras, la memoria y el placer.

Los neurolépticos bloquean los receptores dopaminérgicos D_2 . La ocupación del 70-80% de los receptores D_2 extraestriales por los neurolépticos clásicos es

“ Puntos importantes**Estrategias para compensar los efectos iatrogénicos de los antidepresivos sobre la libido** [80]

- Buscar un antidepresivo sin efecto secundario sobre la sexualidad.
- Cambiar de antidepresivo ante la aparición de síntomas.
- Emplear medicamentos adyuvantes para contrarrestar los efectos secundarios (estimulantes de la función eréctil, etc.).
- Ajustar las dosis y organizar un esquema de tratamiento.
- Prever las ventanas terapéuticas en función de las actividades sexuales. Se debe tener en cuenta la posibilidad del riesgo de recaída, incluso con interrupciones terapéuticas cortas.

concomitante con la eficacia clínica y con la aparición de las manifestaciones parkinsonianas por bloqueo parcial de los receptores estriales. Los antipsicóticos de reciente comercialización -a veces más eficaces que los neurolépticos clásicos- ejercerían con dosis usuales efectos adversos extrapiramidales menos acentuados por su menor acción sobre los receptores estriales, ya que para ser eficaces sólo necesitan ocupar el 40% de los receptores extraestriales [81].

Los receptores se encuentran en varios sitios: A9 nigroestriado (efecto motor), A10 mesocorticolímbico (cognición y emociones), A11 medular (control medular) y A12 tuberoinfundibular (control endocrino).

Se distinguen dos grupos de receptores: los tipo D_2 (D_2 , D_3 , D_4) y D_1 (D_1 , D_5). Las localizaciones varían según el tipo de receptores (Cuadro XII). Los sitios de acción son variables (Cuadro XIII).

En el marco de la depresión, y debido al riesgo de interrupción de la inhibición psicomotora antes de que se normalice el humor por efecto de los antidepresivos, se indica tratamiento con neurolépticos si existe alguna posibilidad de cometer suicidio.

El control del espacio QT en el ECG es fundamental para prevenir el riesgo de arritmia como, por ejemplo, una «torsade de pointes» [82].

Ansiolíticos

El neuromediador es el ácido gammaaminobutírico (GABA), ampliamente distribuido en el sistema nervioso

Cuadro XII.

Localización de los receptores de la dopamina.

Receptores tipo D ₁		Receptores tipo D ₂		
Receptores D ₁	Receptores D ₅	Receptores D ₂	Receptores D ₃	Receptores D ₄
núcleo caudado	hipocampo	núcleo caudado	bulbo olfatorio	lóbulo frontal
putamen	hipotálamo	putamen	hipotálamo	médula
núcleo accumbens		núcleo accumbens	núcleo accumbens	cerebro
bulbo olfatorio		bulbo olfatorio	cerebelo	

Cuadro XIII.

Afinidad específica de los neurolépticos (antipsicóticos) sobre los receptores.

Receptor	Neurolépticos típicos		Neurolépticos atípicos o antipsicóticos			
	Clorpromazina	Haloperidol	Clozapina	Risperidona	Amisulprida	Olanzapina
D ₂	++	++++	++	++	++++	++
D ₃		+		+	+++	+
D ₄			++++			+++
5-HT ₂	+++	+	++	++++		
α1	++	+		+		+
H ₁	++			+		+
Muscarínico	+					++

El bloqueo de los 5-HT₂ puede provocar cefaleas y trastornos sexuales; el de los receptores α₁-adrenérgicos se puede acompañar de trastornos ortostáticos; el de los receptores H₁ puede desencadenar aumento de peso y somnolencia; el de los receptores muscarínicos implica riesgo de confusión, trastornos de la memoria, estreñimiento; el de los D₃ perturba las funciones endocrinas con riesgo de impotencia, galactorrea, ginecomastia y amenorrea.

central con una concentración hasta 1.000 veces superior a la de los otros neuromediadores.

Angustia. Los ansiolíticos que más se emplean son las benzodiazepinas. Su tiempo de vida es muy variable -3-120 horas- y las que se usan como ansiolíticos son las benzodiazepinas de acción prolongada (>24 h). Su metabolismo es principalmente hepático.

“ Puntos principales

Benzodiazepinas (ansiolíticos) y depresión ^[83]

Sólo se emplean como tratamiento adyuvante de la depresión y en ningún caso constituyen el único tratamiento de la misma.

Su empleo no es sistemático.

Todas tienen efectos múltiples (sedante, ansiolítico, miorrelajante y anticonvulsivo).

Reducen la angustia y el insomnio (de adormecimiento).

Se administran a dosis progresiva hasta alcanzar la dosis mínima útil.

La interrupción es también progresiva, sobre todo después de administración prolongada.

La duración del tratamiento es limitada (pocas semanas).

El riesgo de dependencia es un hecho comprobado.

No resultan útiles en los trastornos de conducta.

En rehabilitación, la prescripción de benzodiazepinas puede provocar efectos adversos molestos como, por ejemplo, sedación intensa, agravación de los trastornos del equilibrio, perturbaciones cognitivas, etc. La hipoproteinemia -muy frecuente en las situaciones iniciales de la acogida en rehabilitación de pacientes desnutridos- podría estimular el efecto depresor de las benzodiazepinas.

Insomnio. Los ansiolíticos se utilizan también para el tratamiento de los trastornos del sueño, tan frecuentes en situación de minusvalía y depresión.

- Muchos medicamentos pueden exacerbar los trastornos del sueño, entre ellos los antidepresivos (por ejemplo, ISSR).
- Los relajantes musculares pueden agravar las apneas del sueño, cuya frecuencia en pacientes en rehabilitación es muy conocida.
- Las benzodiazepinas de semivida breve se suelen indicar para el tratamiento del insomnio, que también responde a métodos no farmacológicos (higiene de vida, análisis de las 24 horas y del ciclo vigilia/sueño, enfoques cognitivos, etc.).

Tratamiento electroconvulsivo (TEC)

Tras fracaso del tratamiento medicamentoso -o ante la posibilidad de suicidio- se puede indicar tratamiento electroconvulsivo ^[84]. El TEC provoca una crisis epiléptica eléctrica bajo protección anestésica y curarización. Los efectos adversos son infrecuentes y se pueden observar repercusiones en el aspecto cognitivo. La eficacia es real y se alcanza por la acción sobre los receptores de los neuromediadores con liberación de dopamina. Más del 90% de los pacientes de edad avanzada con depresión después de un accidente cerebrovascular mejora con TEC ^[85].

Psicoterapias ^[86]

En países de nuestro entorno, el psicoanálisis ha sido durante mucho tiempo la única manera de aplicar las psicoterapias estructuradas. El tratamiento de la depresión se beneficia hoy en día de otros métodos de atención de eficacia demostrada. Existen dos modalidades principales: las terapias psicodinámicas y las terapias breves estructuradas, como las cognitivas y de la conducta, las terapias interpersonales, etc.

Las terapias psicodinámicas -afines al psicoanálisis- se enfocan en el pasado o en la interfaz pasado-presente. Se orientan hacia la comprensión y la reminiscencia de los elementos principales de la historia objetiva del sujeto. El terapeuta dirige poco y ofrece escasas informaciones acerca de la afección depresiva y de la terapia.

Los objetivos son modificar la estructura psicológica subyacente y permitir un cambio de las conductas y los síntomas.

Las terapias breves estructuradas se enfocan en el presente, es decir, «aquí y ahora». Con ellas se pretende adquirir competencias para enfrentar las dificultades actuales. El terapeuta dirige y ofrece al paciente informaciones sobre la depresión y el tratamiento, y además establece la duración de las sesiones. A través de estas terapias, se intenta transformar los síntomas y las conductas, así como proponer una intervención en el aspecto cognitivo. En las depresiones, el enfermo percibe lo que no marcha bien en su vida, se impone metas elevadas y comprueba que no puede alcanzarlas si se desvaloriza; en consecuencia, tiende hacia autofortalecimientos negativos punitivos, mientras que los fortalecimientos positivos siempre son insuficientes o no existen en absoluto [87].

En los cuadros dolorosos prolongados, el cuadro depresivo se atenúa con las terapias de la conducta, relajantes y de biorretroalimentación [88]. Sin embargo, quienes reciben mayores beneficios de esos tratamientos tal vez sean los enfermos más motivados y menos afectados por la depresión.

Se denomina afrontamiento a los recursos que moviliza una persona sometida a un factor de estrés para reducir su efecto. Los mecanismos son inconscientes o cognitivos. Con el afrontamiento (ayudar a enfrentar) se pretende que el paciente acepte la minusvalía y continúe su vida sin fijarse en la pérdida de una trayectoria, a menudo vivida a posteriori como excepcional hasta entonces. Todos tienen aptitud de resiliencia, esa capacidad para desarrollarse y seguir proyectándose hacia el futuro a pesar de las situaciones desestabilizantes, de condiciones de vida difíciles y de traumas graves o no. Esa capacidad no es constante y puede claudicar en diferentes circunstancias, cuando se sobrepasan los recursos del paciente o del grupo. Los factores de protección son la personalidad del paciente, la coherencia del medio familiar y la pertinencia del entorno para alentar las estrategias de afrontamiento frente a los sucesos traumatizantes. Las estrategias de reajuste se movilizan frente a esos acontecimientos imprevistos de la vida, como las enfermedades y las minusvalías. Ante situaciones imprevistas, el enfermo tratará de ajustarse o no; durante las entrevistas se evaluarán las estrategias de reajuste mediante el análisis de los comportamientos de evitación o de atención. Así, la vigilancia benéfica permite expresar las emociones y tener conductas apropiadas, mientras que la vigilancia infructuosa obliga a centrar las preocupaciones en los síntomas, generando conductas de invalidación y la invasión por parte de los problemas y las preocupaciones. Las conductas de evitación ayudan al paciente a disminuir las preocupaciones y a llevar una vida dentro de parámetros normales; penalizan al enfermo por los comportamientos inapropiados y por distanciarse hasta la negación con alteración de la afectividad. El tratamiento tiende a evitar la oscilación entre omnipotencia e impotencia para estabilizar la toma de conciencia en una situación intermedia más operativa. Un enfermo hostil, rebelde, reivindicativo, enfrentado e incluso agresivo sufre tanto como el enfermo tranquilo, deseperado o resignado. El rechazo es tan poco operativo como la dependencia de los allegados y la búsqueda de un tratamiento mágico. Se tenderá hacia una búsqueda de dominio, una combatividad mesurada, un enfrentamiento claro con la realidad y una búsqueda de informaciones pertinentes y de responsabilización [89].

Los grupos de encuentro de enfermos o de sus familiares a veces son muy útiles. Este tipo de atención puede aumentar también las posibilidades de resiliencia

y atenuar la idea de soledad e ignominia que experimentan algunos enfermos. Las técnicas son múltiples, pero todas deben ser coordinadas por profesionales aptos y someterse a control y evaluación médica.

Los grupos Balint -nombre de un psiquiatra de origen húngaro, fundador de la Tavistock Clinic de Londres- permiten a médicos voluntarios comprender y resolver las dificultades de relación entre sus enfermos y ellos mismos. El objetivo es desactivar las situaciones de incompreensión desestabilizantes y fuente de estrés inútil para el enfermo. Un terapeuta ajeno al tratamiento directo de los enfermos -tema que se tratará en las reuniones- y formado en la gestión de grupos [90] se ocupa de la coordinación.

■ Familia del paciente minusválido y depresión

La familia es el marco en el que se desarrolla la vida ordinaria de cada uno y el lugar de apoyo principal ante situaciones desestabilizantes. Es también un grupo de personas en interrelación que se complementan para constituir un todo. Por eso, la minusvalía de alguno de sus miembros ejerce una influencia excepcional en ella, que debe enfrentar la adversidad, apoyar a quien se encuentra en dificultades, descubrir un universo inquietante y volver a estructurarse para recuperar un equilibrio y una nueva distribución de funciones.

La familia como ayuda del terapeuta

El interés por la familia con respecto a la minusvalía procede de antaño y se refiere sobre todo a la familia del niño minusválido. El grupo familiar es la clave del lugar en la sociedad de las personas minusválidas. Interviene en el ámbito de la minusvalía y de la rehabilitación, y se convierte en actor principal e indispensable en todas las fases de la evolución del proceso. La función actual de la familia en la rehabilitación es determinante. Cabe destacar la importancia de informar a la familia para ayudarla a comprender los trastornos vinculados a las minusvalías, así como las consecuencias de la enfermedad y el futuro del enfermo [91].

La propia organización de la familia enfrentada a la minusvalía obedece a normas de funcionamiento expresas, culturalmente aceptadas y compartidas. Los padres biológicos y/o los cónyuges se consideran los interlocutores «legítimos» de los equipos de salud y son los que deben asumir el papel de intermediario, el lazo de unión entre el enfermo, los terapeutas y la sociedad. Esas funciones previstas, muy específicas, se encuentran como preprogramadas, son como valencias libres en espera de una situación que puede ocurrir y no se pueden transmitir de unos parientes a otros (Fig. 2).

Cuando sobreviene la minusvalía, las ayudas sociales pueden ser formales -institucionales (hospitales, etc.) con apoyo de profesionales, financiadas por estructuras intermediarias- o informales, donde la familia desempeña el papel más importante. El principal apoyo para una minusvalía es de tipo informal. La familia cumple

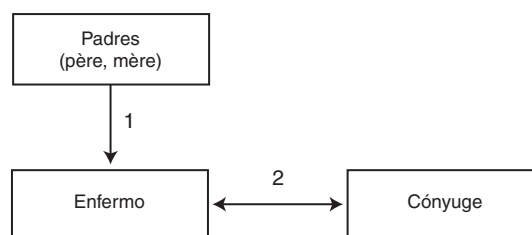


Figura 2. Los dos tipos de valencias familiares (1 y 2) disponibles para la acogida de la persona minusválido.

Cuadro XIV.

Correlación entre la puntuación de la medida de independencia funcional (MIF) en el momento del alta y la necesidad de asistencia humana [93]

Puntuación de la MIF - alta	Personas que necesitan asistencia (%)	Cantidad de horas de asistencia (mediana)	Cantidad de horas de asistencia (promedio)	Mínimo - máximo (horas)
115 - 126	55	0,5	1,6	0,5 - 16,5
100 - 114	68	0,75	2,1	0,5 - 18
<100	90	5,0	8,3	1 - 24

MIF: el indicador comprende 18 parámetros evaluados en siete niveles (1-7) con puntuaciones totales posibles de 18 a 126; 126 corresponde a una independencia completa en las actividades básicas de la vida diaria, 18 a una dependencia total.

una función preponderante y, dentro de ella, las mujeres ocupan un lugar especial. En Estados Unidos [92], se estima que el 70% de la ayuda familiar proviene de las mujeres (esposas, madres, hijas, etc.) y que se puede medir en horas diarias el tiempo dedicado a la ayuda. La motivación y la energía que se invierte en ayudar al minusválido son de diversa índole, pero el potencial de movilización familiar puede ser considerable.

Ese lugar fundamental de la familia se mantiene en un ámbito informal no evaluado en términos financieros y representa una de las funciones previstas más importantes del tejido social. La carencia de una familia que brinde apoyo revela -por defecto- la alta cuota de esa contribución. De ahí la importancia de ayudar a reducir la carga física y mental de la familia mediante intervenciones psicológicas, educativas y relevos institucionales a lo largo de la ayuda.

Se sabe también que, una vez pasada la fase de rehabilitación y de acogida en el campo de la salud, la familia asume la parte fundamental de las cargas humanas, físicas, psicológicas y materiales ligadas a la minusvalía. Sin embargo, aunque las personas vivan en el seno de una familia, la experiencia personal no basta para conocer en profundidad ese núcleo social. La cultura proyecta en la familia características inexactas, suma de lugares comunes y de estereotipos. Se idealiza una familia de antaño a la que se confieren todas las cualidades que hoy harían falta (Cuadro XIV) [93].

La familia como sistema: minusvalía compartida

La familia es un sistema con ciclos vitales en los que las funciones de cada miembro se recomponen. Esas funciones familiares se modifican al aparecer una minusvalía, lo que afecta a toda la familia y la obliga a reorganizarse. Por tanto, para el grupo familiar puede tratarse -según las funciones que cumplía la persona que se convierte en minusválida- de la pérdida de ingresos, la gestión de trámites habituales, la conducción de un automóvil, el equilibrio conyugal, etc.

La minusvalía afecta a la familia en su conjunto de manera que cuando uno de sus miembros se encuentra en dificultades, todo el grupo doméstico está en crisis. Las rutinas cotidianas se perturban, creando estrés y conflictos [94]. Es preciso que la familia se adapte a las dificultades de la persona minusválida y se ajuste a los cambios familiares.

La familia como víctima: estrés compartido

La familia está expuesta a la depresión tanto como el minusválido. Los cambios de ánimo se expresan en forma de agotamiento físico progresivo, fragilidad emocional, irritabilidad, etc. Se calcula que más de la mitad de las personas que asisten de cerca a un hemipléjico desarrollan trastornos de conducta emocional que incluyen ansiedad y depresión (Flick, 1999).

“ Puntos importantes

Reacciones familiares corrientes [95]

Los pacientes y sus familias deben ser tranquilizados en cuanto a los sentimientos que sentirán a lo largo de la evolución de la minusvalía. Se trata de reacciones habituales de cualquier persona enfrentada a sucesos trágicos de la vida y cuyas consecuencias son permanentes.

Las reacciones más usuales son:

1. la ira;
2. los reproches;
3. los sentimientos de culpa;
4. la agresividad;
5. la negación.

La familia y los asistentes cercanos también tendrán que enfrentarse a la depresión y a la ansiedad. Resulta doloroso no encontrar la misma persona, sino alguien con actitudes modificadas, restricciones en su forma de vida, aislamiento social, dificultades financieras, etc.

Así por ejemplo, la familia sufre las consecuencias de los dolores crónicos de uno de sus integrantes. Alrededor de un tercio de los cónyuges de enfermos que padecen lumbalgias crónicas desarrolla depresión. Esto ocurre sobre todo cuando el enfermo se queja o sufre depresión de tipo hostil [96]. En estos casos la simbolización se limita a una presencia narcisista en un cuerpo supuestamente infalible.

■ Atención en rehabilitación y depresión

Equipo de rehabilitación y atención psicológica

Efecto favorable de la rehabilitación sobre la depresión

La rehabilitación constituye un vector de esperanza en un ámbito de atención específica que abarca todos los componentes de la minusvalía y brinda el apoyo afectivo del grupo y demás terapeutas participantes. La inclusión en un ámbito de rehabilitación con la recuperación de las actividades motoras y funcionales es sin duda uno de los aspectos del tratamiento de la depresión [97]. El siguiente recuadro muestra la importancia de la ayuda activa por parte de los equipos de salud a través de acciones de rehabilitación guiadas -como condición fundamental- por la dedicación y la empatía. Algunos estudios revelan la influencia favorable de la rehabilitación de la enfermedad somática con respecto a

la depresión. En este sentido, la rehabilitación cardíaca atenuaría los cuadros depresivos anteriores a esos cuidados [98, 99]. Esto podría guardar relación con un efecto de grupo y un retorno a la situación de «función y función prevista» desde el punto de vista social.

“ Puntos importantes

Objetivos de la rehabilitación de las personas afásicas [100]

Mejorar los trastornos del lenguaje y desarrollar la comunicación social.

Guiar al afásico y encontrar su función en la vida familiar y social.

Favorecer la adaptación psicológica a la enfermedad.

Desarrollar la confianza en uno mismo.

Ofrecer escucha, ayuda social y consuelo.

Informar a los allegados y a la familia.

Ayudar a resolver dificultades en la pareja, la familia, el grupo social.

Campo psicológico en rehabilitación

La especificidad de cada especialidad médica posee también la capacidad de asumir los aspectos psicológicos vinculados a las situaciones clínicas que se presentan. Es fundamental que los equipos de rehabilitación asuman su potencialidad y legitimidad en ese aspecto, es decir, el del enfoque psicológico del paciente minusválido. Sin embargo, la sensación de carencia es frecuente ante situaciones que superan los parámetros sociales habituales: ausencia de saber académico en el campo de la psicopatología, de un lugar para hablar, ausencia de comunicación en el equipo o falta de experiencias válidas para no sufrir demasiado ante situaciones emocionales dolorosas. Hay que distinguir lo cotidiano de las situaciones críticas difíciles -cuando una situación dolorosa se prolonga- ante las que todos desean recibir ayuda, poder hablar, compartir y asegurarse de que lo que se hace está bien. Los grupos de encuentro y de intercambio en el seno de los equipos pueden servir de ayuda, así como el nexo útil y tranquilizador con profesionales que poseen experiencia en grupos.

Las dificultades objetivas se presentan sobre todo en el aspecto de la relación con los pacientes y sus familias, en especial cuando el enfermo y/o sus allegados padecen depresión. Es también el temor de volverse agresivos con los minusválidos y el estrés que provocan los trastornos de la conducta o las fugas. Aunque los sentimientos de compasión, dedicación calurosa, comprensión y empatía ocupan el centro de la relación con el paciente, pueden manifestarse también sentimientos tales como odio [101] o pensamientos negativos que pueden parasitar el campo del vínculo con el enfermo y despertar sentimientos de culpa en el equipo.

Equipo deprimido

Desgaste

Los equipos profesionales que se enfrentan a la minusvalía están sometidos a un estrés intenso debido a la gravedad de las situaciones que vive el paciente, al acompañamiento en un sufrimiento que suele ser atroz, a la vivencia diaria de situaciones catastróficas duraderas y a la ayuda a personas enfermas, debilitadas, humilladas y a menudo deprimidas. Así, se ven enfrentados al

riesgo de desgaste (*burn out*) que supone una inversión de generosidad que no siempre se devuelve, y necesitan un refuerzo positivo que tiene que perdurar.

La rehabilitación no es la curación

Algunos equipos se ven obligados a entrar en el campo de la rehabilitación y a abandonar -al menos en parte- el campo idealizado de la curación. Esa transición de los profesionales hacia el ámbito de la rehabilitación es siempre difícil, ya que no se trata solamente de un cambio conceptual fundamental, sino también de una modificación profunda de las actitudes asistenciales, la organización de las funciones dentro del equipo, la lectura de la enfermedad y sus consecuencias.

El reconocimiento por parte de los pacientes y sus allegados del papel del terapeuta depende mucho de la especialidad del mismo. De este modo, la función del ortofonista o del fisioterapeuta se aprecia y se identifica más que la de la enfermera o la del ergoterapeuta.

El concepto de cambio es importante para la vida en los servicios de rehabilitación. Un paciente que progresa, que se transforma -en el sentido de adelantos funcionales- es alguien que da prestigio al servicio de rehabilitación y «justifica» su permanencia. Queda por identificar el significado de ese concepto de cambio, que tiene varios componentes [102].

■ Lugar de la depresión en rehabilitación desde el punto de vista clínico

La depresión es una enfermedad

La depresión es una enfermedad: por eso, el aspecto clínico da cuenta de su estado. La semiología universal y común a todos los enfermos no informa directamente de las conductas, sino más bien de la lista de los síntomas identificables para alcanzar el diagnóstico. Los signos que conducen al diagnóstico son fáciles de identificar, observar, incluso sin intervención del lenguaje, pues son discriminantes, específicos y comunes a todos los pacientes deprimidos, sea cual sea la edad, el sexo o la cultura. A la depresión le siguen un sufrimiento o cambios de la persona en el aspecto de la conducta, los afectos, los conocimientos, etc. que se mezclan con los componentes de la personalidad en su conjunto.

El análisis -como es habitual en rehabilitación- debe realizarse en términos de semiología diagnóstica y de semiología funcional, tanto con respecto a la enfermedad depresiva como a todos los comportamientos afectivos y emocionales transformados por el enfrentamiento con la enfermedad y la minusvalía.

En el Cuadro XV se sintetiza el contexto de análisis de ambas semiologías, por un lado con la semiología médica usual -que se enseña a los profesionales de la salud, que corresponde a saberes médicos compartidos y que abarca desde el síntoma hasta el diagnóstico y el tratamiento- y por otro con la semiología funcional, que va desde la lesión hacia el análisis de los trastornos funcionales y que es la única pertinente en rehabilitación.

Para la depresión, los dos registros semiológicos se presentan así:

- el proceso clínico «diagnóstico» identifica la enfermedad depresiva, tal como se describe a partir de síntomas universales. En principio conduce a una elección dicotómica: presencia versus ausencia de depresión, con las consecuencias terapéuticas que de ello se desprenden;

Cuadro XV.

Comparación entre semiología diagnóstica y semiología funcional.

Semiología	Diagnóstica	Funcional
Pertinencia	Lesional (causa)	Funcional (consecuencias)
Dirección	Centrípeta (→ lesión)	Centrífuga (lesión →)
Semiótica	Objetiva (cuerpo)	Subjetiva (sujeto)
Síntomas	Leves (presentes o ausentes)	Continuos (intensidad y extensión)
Significados	Referenciales	Representacionales
Sistema	Oposición	Jerárquico
Modelo	Curación	Rehabilitación
Terminología	Curativo/paliativo	Rehabilitación/compensación

- el proceso «funcional» -el de rehabilitación- considera el estado de ánimo y el conjunto del campo emocional, en todos los componentes humanos identificables, según un continuum que debe analizarse en intensidad y extensión, participe o no el dominio considerado en los síntomas depresivos. Lo mismo se observa en el ámbito de las funciones motrices: por ejemplo, aunque el equilibrio no participa en los síntomas diagnósticos de la hemiplejía, sin embargo es el componente esencial que debe analizarse en el aspecto funcional para el futuro de la marcha. Hay que diferenciar bien el reconocimiento de una

“ Puntos importantes

Lógicas de la depresión [103]

La depresión: «¿Hay que reconocerle la condición de enfermedad o negársela? [...] El concepto de enfermedad obedece ante todo a fines prácticos. Se trata de reconocer un estado identificado y tratarlo. El proceso clínico comienza cuando se admite el estado de enfermedad. Es cierto que el clínico sólo cuenta con enfermos, pero su tarea es reconocer -detrás de las peculiaridades individuales- los signos de una enfermedad universal [...] El clínico debe operar una reducción de los datos de observación y convertirlos en signos de la enfermedad. Para ello es preciso que disponga de un código y que sepa descifrar los datos empíricos en función de dicho código. Esa reducción de la conducta concreta al signo es inseparable de la elaboración de la lista de los síntomas que definen la enfermedad. Es incluso el hecho de que en todos los enfermos se observan los mismos signos que certifican la enfermedad como una entidad autónoma.»

afección médica identificada en el marco de la nosografía, de las conductas psicológicas que se observan después de producirse una minusvalía. Las modificaciones en el registro psicológico como consecuencia de un suceso que altera la trayectoria individual y familiar afectan a la personalidad en su estructura, expresión y adaptación a las situaciones.

Representación de la depresión en rehabilitación

El lugar de la depresión en rehabilitación es singular. Los tres componentes tradicionales que resumen los diversos aspectos de la minusvalía son las deficiencias, las discapacidades y la minusvalía conforme a la clasificación internacional de las minusvalías en la primera versión de 1980, y están potencialmente vinculados a la depresión.

- La depresión se ha atribuido en ocasiones a los procesos lesionales como una consecuencia directa de las lesiones, en especial cerebrovasculares.
- La depresión se considera la consecuencia posible de las discapacidades, de las pérdidas funcionales motoras, cognitivas, etc. A menudo se piensa que la depresión será correlativa con los niveles de discapacidad.
- También se dice que la depresión se vincula con la representación de la minusvalía en el aspecto social o en su interacción social. «Como la cultura occidental concede un lugar privilegiado a la salud, la belleza y los atributos físicos, parece que a la mayoría de la gente le resulta inimaginable que alguien que debe enfrentar pérdidas variables en ese aspecto no esté deprimido» [104].
- La depresión también puede constituir un refugio. Es lo que podría ocurrir cuando la persona minusválida no se siente reconocida en su sufrimiento y en sus diferentes acciones y búsquedas; esto provoca un estrés continuo, agudizado o desestabilizante, que en un primer momento conduce a una expresión de aspecto extravagante -con mayor rechazo aún - y, en un segundo momento, al riesgo de descompensación depresiva por mecanismos de estrés y de «agotamiento».

La conducta depresiva podría influir en la economía mental como una protección temporal ante situaciones dolorosas. La lentitud psicomotora que puede confinar a la inercia sería el equivalente de la inmovilidad física para calmar el dolor -como después de un traumatismo-, pero cuyo efecto útil desbordaría por exceso su propósito inicial.

Depresión y aspectos psicológicos en rehabilitación

No todo es depresión

Cualquier suceso de orden psicológico en la vida de un minusválido no siempre se debe relacionar con la depresión, aun cuando el espectro de la enfermedad depresiva siempre deba estar presente. Se observan reacciones comportamentales de tentativa de adaptación, duelo, ansiedad, negación, etc.

Los trastornos psicopatológicos en rehabilitación son frecuentes y la depresión no resume el conjunto de las conductas psicológicas que derivan de una minusvalía. Dentro de las alteraciones más comunes se encuentra de hecho la depresión, pero también aparecen irritabilidad, trastornos de la conducta alimentaria, agitación, apatía, ansiedad, etc. La índole y la interpretación de estas descripciones clínicas son muy diversas y van desde la descripción de los comportamientos hasta las referencias a la nosografía psiquiátrica.

La presunción de depresión-enfermedad exige pensar en las modificaciones del registro emocional cuando no se trata de identificar la enfermedad, sino de comprender sus adaptaciones en el registro de la minusvalía. ¿Cómo progresan los elementos comunes de la vida afectiva como la ira, la impaciencia, la desconfianza, el hastío, el desafío, el descontento o la confianza? ¿En qué medida esos elementos del registro emocional o pasional podrán existir en una nueva perspectiva de vida?

Cuadro XVI.Diversos síntomas psicológicos en la población general ^[105]

Síntomas	Mujeres (en %)	Varones (en %)
Fatiga	32	22
Trastornos del sueño	27	22
Irritabilidad	25	21
Preocupaciones	23	18
Depresión	11	10
Ideas depresivas	11	9
Ansiedad	12	10
Obsesiones	12	9
Falta de concentración	10	7
Manifestaciones somáticas	10	5
Compulsiones	8	5
Fobias	7	3
Preocupación por la salud física	5	4
Pánico	2	2

Existen numerosas manifestaciones de orden psicológico en la población que se consideran patológicas (Cuadro XVI) ^[105].

La depresión ocupa un lugar privilegiado por tratarse de una enfermedad identificada que responde a una definición clínica y a mecanismos, que acarrea consecuencias graves y que cuenta con posibilidades terapéuticas. No debe ocultar como una especie de cobertura única- muchos otros síntomas de presencia frecuente ^[106].

Todos los trastornos psicológicos dañan los vínculos afectivos y aumentan la ansiedad en los allegados:

- la labilidad emocional, que la mayoría de las veces se expresa con el llanto y que los allegados suelen interpretar como tristeza;
- la ansiedad, la ira, la agresividad, la irritabilidad, la impulsividad, la fatiga, el insomnio, la anorexia;
- otros comportamientos son menos frecuentes ^[107]: la desinhibición, la paranoia, la manía, la abulia;
- a menudo se observan trastornos de la personalidad;
- las conductas adictivas son habituales y no se tienen lo suficientemente en cuenta en rehabilitación. El consumo de alcohol aumenta de manera significativa en situaciones de minusvalía grave, ya sea como continuación de conductas previas al accidente o como un problema nuevo;
- el estrés postraumático es una situación clínica a la que se ha concedido suma importancia en contextos de catástrofe y que aquí es muy relevante en la medida en que los traumas psicológicos pueden acentuarse y, con frecuencia enmascararse, por la magnitud de los daños físicos iniciales, ya sea en la vivencia directa de un accidente o en la experiencia posterior, así como en el hecho de la falta de curación y en la presencia de límites funcionales.

La descripción de los trastornos afectivos en la depresión poshemiplejía es antigua. Las demás consideraciones psicopatológicas son menos sistemáticas y forman parte de un cuadro nosográfico menos estructurado. Aunque la depresión tiene un marco preciso con base anatomoclínica, semiología exacta, tratamientos eficaces y un arsenal farmacológico bien provisto, la clínica de las otras modificaciones emocionales está menos estructurada.

El enfoque psicológico es más importante, porque la hemiplejía es un factor frecuente de limitación de las aptitudes funcionales en la segunda parte de la vida, con una transformación repentina y violenta en el campo de la minusvalía. Las súbitas modificaciones corporales se acompañan de un huracán emocional intenso y duradero, con grandes dificultades de verbalización o imposibilidad de la misma, incluso aunque no exista alteración de la palabra. El estrés emocional es

considerable tanto para el paciente como para su entorno, y ese «ataque» brutal representa un acontecimiento catastrófico que tiende a romper el equilibrio del grupo familiar. Se calcula que después de 2-3 años de evolución, un tercio de los hemipléjicos no se encuentra emocionalmente estable y adaptado a las deficiencias (Flick, 1999).

Emoción y humor

El campo de las emociones es amplio y su importancia se comprende cuando un acontecimiento modifica una trayectoria tranquila.

En este marco se aplican tres términos: humor, emociones y pasiones. Esos tres registros se deben considerar en su campo semántico y en el dominio de pertenencia académica propio de aquéllos que los aplican en la expresión escrita.

“ Puntos importantes**Emoción, humor y temperamento ^[108]**

Para Luminet, «es conveniente distinguir el término «emoción» de otros términos semejantes, [...]»

- Una emoción representa una respuesta rápida frente a una situación de urgencia. Las emociones se manifiestan de manera relativamente poco habitual en una jornada, pero su intensidad es alta. [...] Una emoción afecta necesariamente al funcionamiento fisiológico, expresivo y de la experiencia y provoca cambios radicales en el contenido y los procesos cognitivos en curso.
- En contraste, un estado de humor se instala más despacio, pero aparece con más frecuencia y de forma más prolongada que una emoción, y se experimenta de manera más difusa. El humor sólo afecta a las respuestas subjetivas y provoca cambios moderados en el contenido y los procesos cognitivos en curso.
- El temperamento se refiere a componentes heredables y abarca un campo más amplio, que no se limita a los aspectos afectivos, sino también a los cognitivos y de la conducta».

Delay ^[109] definió con más precisión el concepto de humor en medicina: «El concepto de humor es fácil de comprender pero difícil de definir, a saber esa disposición afectiva esencial, rica en todas las instancias emocionales e instintivas, que da a cada uno de nuestros estados de alma un tono agradable o desagradable, oscilante entre los polos extremos del placer y el dolor».

La emoción representa un momento de fuerte carga afectiva, centrada en la persona y más bien inhibitoria de la acción. Por el contrario, la pasión es duradera, se proyecta fuera del individuo y es vector de movimientos (Cuadro XVII) ^[110, 111].

En rehabilitación, el ámbito de las emociones no se podría restringir a la identificación de la depresión como enfermedad; también hay que considerar el aspecto emocional de los que han pasado por la experiencia de la minusvalía.

La emoción se produce cuando se informa al paciente de la existencia de una minusvalía -cuando se pasa de ser enfermo a ser minusválido- y en todos los momentos en que el temor y la negación se suspenden para dejar lugar a la esperanza.

Cuadro XVII.Nomenclatura pasional ^[111]

	Sentimiento	Emociones	Humor	Susceptibilidad	Inclinación	Temperamento	Carácter
Disposición							
Permanente				+	+	+	+
Duradera	+		+?				
Pasajera		+	+?				
Manifestación							
Continua			+			+	+
Por episodios				+	+?		
Aislada	+	+			+?		
Modalidad							
Saber	+						
Poder		+		+		+	
Querer					+		+
Mixta			+			+	+
Competencia							
Reconocida	?		?			+	+
Supuesta				+	+		
Negada		+					

El aspecto pasional en rehabilitación se estructura al producirse un trastorno que modifica el cuerpo resentido. Ese registro es determinante y orientará al paciente en su lucha por reconquistar un espacio de vida confortable.

Hastío y depresión

El hastío es un sentimiento que suele asaltar a los pacientes en rehabilitación y que los profesionales de esta disciplina registran con frecuencia en sus informes. El problema reside entonces en el aprovechamiento del tiempo libre, es decir, fuera de la presencia activa en los lugares de tratamiento. El hastío, de manera genérica, se refiere a la vez:

- a lo que no funciona (tener problemas);
 - a la enfermedad espiritual global (la tristeza);
 - a la indolencia, a la pereza, a la inhibición.
- Detectar el hastío de un paciente en rehabilitación significa:
- ¿una alerta acerca de la posible instalación de un humor triste con la percepción dolorosa de un tiempo que se estira y se desprende del espacio inmediato?
 - ¿la solicitud de una presencia más sostenida del equipo para controlar una angustia latente, cuando el espíritu en soledad se deja invadir por pensamientos demasiados dolorosos?

Fatiga y depresión

La fatiga es un síntoma frecuente en rehabilitación después de períodos médicos o quirúrgicos difíciles. Acompaña sobre todo a los síndromes de desadaptación en el curso evolutivo de enfermedades invalidantes enfrentadas al envejecimiento, como el síndrome pospoliomielitis.

Pero también se trata de una queja funcional común ^[112], trivial y ambigua que afecta al 5-20% de la población general, sin que los exámenes revelen una alteración orgánica subyacente y en cuyo caso se recurre a veces al diagnóstico de «síndrome de fatiga crónica».

La fatiga puede ser independiente de la depresión ^[113] y prolongarse mucho tiempo después de producirse la minusvalía. Supone una barrera considerable en la rehabilitación y una influencia muy negativa sobre la calidad de vida.

Las relaciones con la depresión son muy difíciles de precisar, sobre todo porque los medicamentos que se indican para la depresión -como los IRSS- pueden reducir la intensidad de la fatiga.

La fatiga es también un síntoma residual frecuente del tratamiento de la depresión, cuya interpretación es difícil (efecto adverso de los fármacos, recaída, respuesta incompleta al tratamiento, etc.). Se han recomendado psicoestimulantes (dexanfetamina, metilfenidato, pemolina, modafinil), pero su uso es marginal y las prescripciones vacilantes.

Adaptación a la minusvalía

Con respecto al paciente, es útil separar dos grandes temas vinculados a la adaptación a la minusvalía, por una parte, y a la psicopatología, por otra. La dicotomía es sin duda muy artificial, pero tiene la ventaja de sugerir que todo lo que ocurre después de la minusvalía no es «anormal», sino la necesidad de adaptación a una nueva vida y a un nuevo estado corporal, psicológico y social.

Etapas del duelo y depresión

No hay que confundir con la depresión el duelo y las reacciones de reajuste de la conducta que atraviesan las personas minusválidas. Estos cambios pocas veces requieren tratamiento farmacológico.

Las reacciones psicológicas frente a una enfermedad pueden simular una depresión. Las expresiones son múltiples ^[114], con episodios de regresión (que no es una lentitud psicomotora depresiva), mecanismos de defensa (anulación, negación, aislamiento, intelectualización, desplazamiento), inhibición (miedo, repliegue), reacciones de adaptación (anticipación, humor, sublimación), distorsiones de evaluación alrededor de la enfermedad (idealización del personal de enfermería, omnisciencia de los profesionales, desvalorización de los cuidados) y riesgos de pasar a la acción (huidas, identificación proyectiva, hetero o autoagresión). Las familias se enfrentan a un estado nuevo cuyos aspectos desconocen y que provoca estrés, fuente de depresiones en el núcleo familiar o de huida y divorcio.

El conjunto de la personalidad se organiza en un sistema complejo que hay que reestructurar y reorganizar en el curso evolutivo de la enfermedad. Algunos aspectos psicológicos son comunes al registro de la minusvalía, mientras que otros son más específicos de las diversas enfermedades.

La adaptación a la minusvalía corresponde al modo en que cada persona se amolda a una realidad nueva sobre la que no puede ejercer una total influencia. Esa adaptación a la minusvalía es sin duda el problema más

estudiado bajo la denominación de toma de conciencia de la minusvalía, proceso de duelo, etc. Es un estado que tuvo el mérito de describir una situación evolutiva en el tiempo, con fases de duelo, negación, etc., para insistir en una dinámica psicológica y en la necesidad del factor tiempo para la reconstrucción personal.

“ Puntos importantes

Procesos de duelo

El duelo se describe como un proceso corriente de evolución y transformación psicológica por parte del sujeto confrontado con un «objeto» perdido. La idea es la de una maduración psicológica progresiva bajo lo que se denomina «trabajo de duelo». Las etapas recibieron diferentes nombres y entre ellas se distinguen el shock, el rechazo expresado con la negación, la ira, la tristeza, la aceptación y una nueva percepción.

Las transformaciones bruscas del cuerpo producen un seísmo en la posición del sujeto en sentido temporal y espacial. Esa posición de equilibrio afectivo es homóloga al estado de equilibrio físico marcado por las interacciones espaciales del sujeto con su ambiente. Ese universo físico material se estructura según distancias, lugares, períodos, ritmos, etc. El sujeto -hasta entonces como un electrón estable en una órbita- se halla en dificultades de forma temporal o permanente, hasta que con el paso del tiempo encuentra regularidades temporoespaciales de equilibrio físico y psicológico. La etapa de la adolescencia representa sin duda esa experiencia fundamental y homóloga de una gran conmoción corporal con modificación del estado psicológico, social, etc., si bien todavía no se han demostrado ese paralelismo y esa posible convergencia.

Negación y depresión

Lo que más se ha analizado en detalle para la adaptación a la minusvalía es el concepto de negación, ya que se trata de un punto clave en la relación de los pacientes y su familia con el equipo de salud [115]. La negación posee la peculiaridad de hacer difícil cualquier referencia a lo inmediato, tanto en el aspecto temporal como en el material. Esa huida de lo inmediato se produce en el espacio y en el tiempo. Esta conducta es frecuente y peligrosa, incluso cuando protege al paciente de manera temporal al alejarlo simbólicamente del enfrentamiento con una realidad insoportable. Asimismo, se trata de una huida desde el campo emocional hacia el racional -en una conducta de evitación- que, como mecanismo protector, es favorable a corto plazo para el proceso psicológico, pero desfavorable a medio y largo plazo [116]. Oponerse de manera frontal a la negación -en una actitud de enfrentamiento con la verdad- es contraproducente y despertará la ira del enfermo, alterando la relación de confianza establecida con el equipo de salud. Se suele recordar que al principio muchos pacientes se refugian en la negación y esperan una recuperación completa. Al tratarse de un mecanismo protector, no es conveniente entrar en conflicto de oposición. Es preferible concentrarse en objetivos a corto plazo que poseen efectos de fortalecimiento positivos [117].

Las diferentes reacciones a la enfermedad y a la minusvalía se clasificaron bajo la denominación Abnormal Illness Behaviour (Cuadro XVIII) [118]. Esta idea

organiza las reacciones del paciente según cuatro sistemas de oposición: afirmación contra negación; somático contra psicológico; consciente contra inconsciente; psiquiátrico contra neurológico.

La adaptación a la minusvalía afecta también a otros temas: el anuncio de la minusvalía, el cuerpo minusválido, el dolor corporal, la motivación, la sexualidad, la pertenencia al mundo de los minusválidos, etc. En la actualidad, todos esos temas son motivo de adelantos considerables.

Anuncio de la minusvalía y depresión

El anuncio de la minusvalía es un tema muy delicado y siempre presente en la memoria emocional del enfermo. La declaración cristaliza muy a menudo el dolor revelado por la minusvalía, y los profesionales de la salud -como actores en esos momentos- participarán de estas situaciones violentas. No se trata tanto del anuncio como del recuerdo emocional de dichos momentos, de los recuerdos vivos que a menudo se relatan y comentan más adelante en las conversaciones y los intercambios de opiniones, cuya marca psicológica es semejante a la de los estados descritos con respecto al estrés postraumático.

El origen de la minusvalía es otro asunto que debe considerarse desde el punto de vista psicológico, pues aunque exista un problema físico (accidente cerebrovascular, embolia, etc.) o legal (enfermedad profesional o accidente de trabajo, etc.), no hay que olvidar el aspecto psicológico. ¿Qué error pudo haberse cometido en el modo de vida, en la alimentación, etc., para convertirse en una víctima? El enfermo y su familia pueden desarrollar sentimientos de culpa y sentirse responsables del suceso invalidante.

Todo este enfoque social se produce alrededor del choque afectivo de la minusvalía, de la desvalorización del cuerpo minusválido, del reconocimiento de los derechos específicos y -como contribución desde el punto de vista sanitario- del desarrollo de la victimología.

■ Conclusión

Los trastornos afectivos en rehabilitación son mucho menos aparentes que las deficiencias motoras que derivan de una minusvalía y se registran como una consecuencia lógica de las discapacidades. La minusvalía -por sus propias modalidades de expresión- puede enmascarar las manifestaciones depresivas (trastorno grave del lenguaje, lentitud psicomotora, etc.) o, por el contrario, imitarlas de forma errónea. El efecto de los trastornos depresivos en el futuro funcional (Cuadro XIX) [119], familiar y social, así como en la calidad de vida, es determinante. El tiempo es un factor primordial para la reorganización de los componentes de la personalidad, y la función de los equipos de rehabilitación consiste en brindar una ayuda correcta durante ese período. La depresión es frecuente y de diagnóstico difícil en caso de minusvalía, ya que sus manifestaciones clínicas se confunden con las de la enfermedad invalidante y las perturbaciones psicológicas derivadas de ese acontecimiento catastrófico en la vida. La depresión es una enfermedad y una deficiencia que complica la evolución clínica y el vínculo terapéutico. La rehabilitación -sobre todo en lo que se refiere a sus componentes institucionales y multidisciplinarios- posee las facultades para diferenciar las consecuencias funcionales previsibles de las lesiones orgánicas secundarias vinculadas a la depresión y para contener a los pacientes de la mejor manera posible y acompañarlos en sus momentos de dolor. La depresión

Cuadro XVIII.

Abnormal illness behaviour [118]

Enfermedad	Somática	Psicológica
Enfermedad aceptada	Consciencia	Consciencia
	Simulación	Simulación
	Síndrome de Munchausen	Síndrome de Ganser
	Desórdenes facticios	
	Inconsciencia	Inconsciencia
	<i>Neurótica</i>	<i>Neurótica</i>
	Somatización	Hipocondriasis
	Conversión	Reacciones disociativas
	Dolor psicógeno	Amnesia psicógena
	Hipocondriasis	
	<i>Psicótica</i>	<i>Psicótica</i>
	Depresión mayor	Ilusión de pérdida de la memoria o de una función cerebral
	Esquizofrenia	
	Hipocondriasis psicótica	
Enfermedad negada	Conciencia	Conciencia
	Negación para obtener un empleo	Negación de las manifestaciones psicóticas para evitar la estigmatización o la admisión en el hospital o para obtener una interrupción del tratamiento
	Negación para evitar tratamientos que provocan temor	Negación de la enfermedad psicótica para evitar la percepción de la discriminación por parte de los profesionales de la salud o los empleados
	Negación de la enfermedad debido a la vergüenza y al sentimiento de culpa	
	Inconsciencia	Inconsciencia
	<i>Neurótica</i>	<i>Neurótica</i>
	Falta de aceptación después de un infarto de miocardio	Rechazo a aceptar un diagnóstico psicológico o un tratamiento por enfermedad neurótica, trastorno de la personalidad, dependencia del alcohol, opiáceos, etc.
	Conducta contrafóbica en la hemofilia	
	Falta de aceptación de un tratamiento antihipertensor	
	<i>Psicótica</i>	<i>Psicótica</i>
	Negación de una enfermedad somática como parte de una hipomanía o de un trastorno esquizofrénico	Negación de la enfermedad en un cuadro de depresión psicótica, de manía y de esquizofrenia
	<i>Neurológica</i>	<i>Neurológica</i>
	Anosognosia	Confabulación en reacción a un síndrome de Korsakoff y a otros síndromes orgánicos cerebrales

Cuadro XIX.

Consecuencias funcionales a largo plazo después de una hemiplejía [119]

Tipo de minusvalía	Frecuencia (%)
Disminución de las funciones profesionales	63
Disminución de la socialización fuera de la familia	59
Limitación de las tareas domésticas	56
Disminución de los centros de interés y de los pasatiempos favoritos	47
Disminución del uso de los medios de transporte	44
Disminución de las actividades sociales en el domicilio	43
Dependencia en las actividades de la vida diaria	32
Dependencia para los desplazamientos	22
Vida en institución	15

es un daño psíquico doloroso y tórpido que sólo se cura con un tratamiento adecuado. Aunque la primera medida es el diagnóstico, el proceso terapéutico constituye otro elemento fundamental que apela al uso combinado de fármacos específicos y a la ayuda psicológica individual e institucional.

■ Bibliografía

- [1] Wirotius JM, Foucher-Barrès F. Le temps et la réadaptation. *J Réadapt Méd* 2003;**23**:74-8.
- [2] Wirotius JM, Pétrissans JL. Troubles psychologiques et dépression chez la personne aphasique. In: *Aphasie*. Paris: Masson; 2000.
- [3] Lepine JP, Lellouch J. Étude épidémiologique des troubles dépressifs et anxieux dans une population générale. *Ann Med Psychol (Paris)* 1993;**151**:618-23.
- [4] Bellamy V. *Troubles mentaux et représentation de la santé mentale. Études et résultats n°347*. Paris: DREES, Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées; octubre 2004.
- [5] Vahle VJ, Andresen EM, Hagglund KJ. Depression measure in outcomes research. *Arch Phys Med Rehabil* 2000;**81**(suppl2):S53-S62.
- [6] American Psychiatric Association. *DSM IV, Critères diagnostiques*. Paris: Masson; 1996.
- [7] Ruchinskas R. Rehabilitation therapists' recognition of cognitive and mood disorders in geriatric patients. *Arch Phys Med Rehabil* 2002;**83**:609-12.
- [8] Cushman L, Dijkers M. Depressed mood in spinal cord injured patients, staff perceptions and patients realities. *Arch Phys Med Rehabil* 1990;**71**:191-6.
- [9] Montassut M. *La dépression constitutionnelle*. Paris: Masson; 1938.

- [10] Roucoules D, Azorin JM. Dépressions résistantes. In: Olié JP, Poirier MF, Léo H, editors. *Les maladies dépressives*. Paris: Flammarion; 1995.
- [11] Passerieux C, Hardy-Bayle MC. *La guérison des états dépressifs*. Paris: Doin; 2004.
- [12] Lubin B. Depression adjective check lists. *Odessa: Psychological Assessment Resources*; 1992.
- [13] Shinar D. Screening for depression in stroke patients, the reliability and the validity of the center for epidemiologic studies depression scale. *Stroke* 1986;**17**:241-5.
- [14] Wirotius JM, Pichard B. La spécificité de la prise en charge neuropsychologique de l'hémiplégie âgée. In: Pélissier J, editor. *Hémiplégie vasculaire de l'adulte et médecine de rééducation*. Paris: Masson; 1988.
- [15] Zigmon AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;**61**:361-70.
- [16] Sheikh JJ, Yesavage JA. Geriatric Depression Scale (GDS). Recent evidence and development of a shorter version. In: Brink TL, editor. *Clinical gerontology, a guide to assessment and intervention*. Binghamton: Haworth Press; 1986.
- [17] Clément JP. Actualités cliniques et nosographiques de la dépression. *Ann Readapt Med Phys* 1998;**41**:443-8.
- [18] Silverstone PH, Lemay T, Elliot J, Hsu V, Starko R. The prevalence of major depressive disorders and low self-esteem in medical inpatients. *Can J Psychiatry* 1996;**41**:67-74.
- [19] Olié JP, Poirier MF, Léo H. *Les maladies dépressives*. Paris: Flammarion; 1995.
- [20] Brion S, Chevalier JF. Les dépressions dans les affections organiques cérébrales. *Encéphale* 1979;**5**:561-6.
- [21] Angelelli P. Development of neuropsychiatric symptoms in poststroke patients, a cross sectional study. *Acta Psychiatrica* 2004;**110**:55-63.
- [22] Wiart L. Dépression et handicap. *J Réadapt Méd* 2002;**22**: 118-21.
- [23] Black-Schaffer RM, Kirsteins AE, Harvey RL. Stroke rehabilitation, co-morbidities and complications. *Arch Phys Med Rehabil* 1999;**80**(Suppl1):S8-S16.
- [24] Caplan B, Moelter S. Stroke. In: Frank RG, Elliott TR, editors. *Handbook of rehabilitation psychology*. Washington: American Psychological Association; 2000. p. 75-108.
- [25] Paolucci S, Antonucci G, Traballes M, Grasso MG, Lubich S. Post stroke depression and its role in rehabilitation of inpatients. *Arch Phys Med Rehabil* 1999;**80**:985-90.
- [26] Gordon W, Hibbard MR, Egelko S, Riley E, Simon D, Diller L, et al. Issues in the diagnosis of post-stroke depression. *Rehabil Psychol* 1991;**36**:71-87.
- [27] Singh A, Herrmann N, Black S. The importance of lesion localisation in post-stroke depression: a critical review. *Can J Psychiatry* 1998;**43**:921-7.
- [28] Schmitt L, Camus V, Montastruc JL. Troubles de l'humeur des affections du système nerveux central. *Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française*. Paris: Masson; 1995.
- [29] Starkstein SE, Robinson RG. Lateralized emotional response following stroke. In: Kinsbourne M, editor. *Cerebral hemisphere function in depression*. Washington DC: American Psychiatric Press; 1988.
- [30] Camus V, Schmitt L. Manifestations psychiatriques des affections cérébrovasculaires : approche clinique et thérapeutique. *Encycl Méd Chir* (Elsevier SAS, Paris), Psychiatrie, 37-545-A-14. 2000: 8p.
- [31] Sutcliffe LN, Lincoln NB. The assessment of depression in aphasic stroke patients: the development of the Stroke Aphasic Depression Questionnaire. *Clin Rehabil* 1998;**12**: 506-13.
- [32] Herrmann M, Bartels C, Wallesch CW. Depression in acute and chronic aphasia, symptoms, pathoanatomical-clinical correlations and functional implications. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1993;**56**:672-8.
- [33] Hibbard MR, Ashman TA, Spielman LA, Chun D, Charatz HJ, Melvin S. Relationship between depression and psychosocial functioning after traumatic brain injury. *Arch Phys Med Rehabil* 2004;**85**(4suppl2):S43-S53.
- [34] Fann JR, Katon WJ, Uomoto JM, Esselman PC. Psychiatric disorders and functional disability in outpatients with traumatic brain injuries. *Am J Psychiatry* 1995;**152**:1493-9.
- [35] Hecaen H. *Introduction à la neuropsychologie*. Paris: Larousse; 1972.
- [36] Wirotius JM, Pétrissans JL. La dépression dans la maladie de Parkinson. In: *Maladie de Parkinson et rééducation*. Paris: Masson; 1990.
- [37] Mayeux R. Depression in the patient with Parkinson's disease. *J Clin Psychiatry* 1990;**51**(suppl):S20-S25.
- [38] Ferrey G, Singer B. Troubles psychiques dans la maladie de Parkinson. *Encycl Méd Chir* (Elsevier SAS, Paris), Psychiatrie, 37-670-A-40, 1983.
- [39] Cummings JL. Depression and Parkinson's disease: a review. *Am J Psychiatry* 1992;**149**:446-54.
- [40] Djaldetti R, Shifrin A, Rogowski Z, Srecher E, Melamed E, Yarnitski D. Quantitative measurement of pain sensation in patients with Parkinson's disease. *Neurology* 2004;**62**: 2171-5.
- [41] Bombardier CH, Richards SS, Krause JS, Tulsy D, Tate DG. Symptoms of major depression in people with spinal cord injury, implication for screening. *Arch Phys Med Rehabil* 2004;**85**:1749-56.
- [42] Schmitt L, Birmes P, Arbus C. Dépressions lors des accidents vasculaires cérébraux et de la sclérose en plaques. In: Lempérière T, editor. *Dépression et comorbidités somatiques*. Paris: Masson; 2003.
- [43] Creed F, Ash G. Depression in rheumatoid arthritis: etiology and treatments. *Int Rev Psychiatry* 1992;**4**:23-34.
- [44] Fifield J, Reisine S, Tennen H, Sheehan TJ. Depressive symptom reports and depression diagnosis among patients with RA. *Arthritis Care Res* 1995;**8**:S15.
- [45] Abdel-Nasser AM, Abd El-Aziz S, Taal E, El Badawy SA, Rasker JJ, Valkenburg HA. Depression and depressive symptoms in rheumatoid arthritis patients: an analysis of their occurrence and determinants. *Br J Rheumatol* 1998;**37**: 391-7.
- [46] Pierre P. Aspects psychologiques et psychiatriques de l'amputation du membre inférieur et de sa prise en charge. In: Codine P, Brun V, André JM, editors. *Amputation du membre inférieur*. Paris: Masson; 1996.
- [47] Rybarczyk B, Szymanski L, Nicholas JJ. Limb amputation. In: Frank RG, Elliott TR, editors. *Handbook of rehabilitation psychology*. Washington: APPA; 2000.
- [48] Allaz AF, Desmeules J. Douleurs chroniques et dépression. In: Lempérière T, editor. *Dépression et comorbidités somatiques*. Paris: Masson; 2003.
- [49] Magni G. On the relationship between chronic pain and depression when there is no organic lesion. *Pain* 1987;**31**: 1-21.
- [50] Merikangas KR, Stevens DE. Comorbidity of migraine and psychiatric disorders. *Neurol Clin* 1997;**15**:115-23.
- [51] Atkinson JH, Slater MA, Patterson TL. Prevalence, onset and risk of psychiatric disorders in men with chronic low back pain. A controlled study. *Pain* 1991;**45**:111-21.
- [52] Feline A. Les dépressions hostiles. In: Feline A, Hardy P, De Bonis M, editors. *La dépression*. Paris: Masson; 1990.
- [53] Thompson JM. The diagnosis and treatment of muscle pain syndrome. In: Braddom RL, editor. *Physical medicine and rehabilitation*. Philadelphia: WB Saunders; 2000.
- [54] Phillips EM, Bodenheimer CF, Roig RL, Cifu DX. Geriatric rehabilitation. Physical medicine and rehabilitation interventions for common age-related disorders and geriatric syndromes. *Arch Phys Med Rehabil* 2004;**85**(suppl3): S18-S22.
- [55] Rosenthal M, Christensen BK, Ross TP. Depression following traumatic brain injury. *Arch Phys Med Rehabil* 1998;**79**: 90-103.
- [56] Brittain KR. Urinary symptoms and depression in stroke survivors. *Age Aging* 1998;**27**(suppl):72-3.
- [57] Moroz A, Bogey RA, Bryant PR, Geis CC, O'Neill BJ. Stroke: comorbidities and complications. *Arch Phys Med Rehabil* 2004;**85**(3suppl1):S11-S14.
- [58] Déroutésné C, Backchine S. Les dépressions consécutives à un accident vasculaire cérébral. In: Pélissier J, editor. *Hémiplégie vasculaire de l'adulte et médecine de rééducation*. Paris: Masson; 1988.

- [59] Cano A. Marital functioning, chronic pain and psychological distress. *Pain* 2004;**107**:99-106.
- [60] Bombardier CH. Alcohol and traumatic disability. In: Frank RG, Elliott TR, editors. *Handbook of rehabilitation psychology*. Washington: American Psychological Association; 2000.
- [61] Cassidy JW. Substance abuse and disability. In: Grabis M, Garrison SJ, Hart KA, Don Lehmkuhl L, editors. *Physical medicine and rehabilitation, the complete approach*. Malden: Blackwell; 2000.
- [62] Trexler LE, Fordyce DJ. Psychological perspectives on rehabilitation. In: Braddom RL, editor. *Physical medicine and rehabilitation*. Philadelphia: WB Saunders; 2000.
- [63] Berod C, Klay A, Santos-Eggimann M, Paccaud F. Anxiety, depression or cognitive disorders in rehabilitation patients, effect on length of stay. *Am J Phys Med Rehabil* 2000;**79**:266-73.
- [64] Stenager EN, Madsen C, Stenager E, Boldsen J. Suicide patients with stroke, epidemiological study. *BMJ* 1998;**316**:1206-10.
- [65] Hartkopp A, Bronnum-Hansen H, Seidenschur AM, Biering-Sorensen F. Suicide in a spinal cord injured population, its relation to functional status. *Arch Phys Med Rehabil* 1998;**79**:1356-61.
- [66] Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for medical disorders. *Medicine* 1994;**73**:281-96.
- [67] Teasdale TW, Engberg AW. Suicide after a stroke, a population study. *J Epidemiol Commun Health* 2001;**55**:863-6.
- [68] Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders, a meta-analysis. *Br J Psychiatry* 1997;**170**:205-8.
- [69] Robins LN, Helzer JE, Weissman MM, Orvaschel H, Gruenberg E, Burke Jr. JD, et al. Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Arch Gen Psychiatry* 1984;**41**:949-58.
- [70] Schweiger U, Deuschle M, Kroner A, Lammers CH, Schmider J, Gotthard U, et al. Low lumbar bone mineral density on patients with major depression. *Am J Psychiatry* 1994;**151**:1691-3.
- [71] Aromaa A, Raitasalo R, Reunanen A, Impavaara O, Heliövaara M, Knert P, et al. Depression and cardiovascular disease. *Acta Psychiatr Scand* 1994;**77**:S77-S82.
- [72] Pétrissans JL, Xiberas X, Oliveira A, Montagnier C, Wirotius JM. Psychotropes et handicap. *J Réadapt Méd* 2002;**22**:134-40.
- [73] Wirotius JM, Pétrissans JL. Psychologie et réadaptation. *J Réadapt Méd* 2002;**22**:94-105.
- [74] Allain H, Nieoullon A, Bentue-Ferrer D. Du récepteur au médicament. In: Senon JL, Sechter D, Richard D, editors. *Thérapeutique psychiatrique*. Paris: Hermann; 1995.
- [75] Bouquet S. Pharmacocinétique générale. In: Senon JL, Sechter D, Richard D, editors. *Thérapeutique psychiatrique*. Paris: Hermann; 1995.
- [76] Léo H, Olié JP. Effets thérapeutiques et indications des antidépresseurs. *Encycl Méd Chir* (Elsevier SAS, Paris), Psychiatrie, 37-860-B-77, 2004: 8p.
- [77] Hackett ML, Anderson CS, House AO. Interventions for treating depression post-stroke. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;**3** (CD003437).
- [78] Guelfi JD. *L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie*. Paris: Pierre Fabre; 1997.
- [79] Nierenberg AA, Keefe BR, Leslie VC. Residual symptoms in depressed patients who respond acutely to fluoxetine. *J Clin Psychiatry* 1999;**60**:221-5.
- [80] Golden R. Efficacy and tolerability of controlled-release paroxetine. *Psychopharmacol Bull* 2003;**37**(suppl1):176-86.
- [81] Xiberas X, Martinot JL, Mallet L. Extrastriatal and striatal D₂ dopamine receptor blockade with haloperidol or new antipsychotic drugs in patients with schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2001;**179**:503-8.
- [82] Gury C, Canceil O, Iaria P. Antipsychotiques et sécurité cardio-vasculaire. *Encéphale* 2000;**26**:62-72.
- [83] Raffaitin F, Cuche H, Gérard A. Traitements adjuvants. In: Olié JP, Poirier MF, Léo H, editors. *Les maladies dépressives*. Paris: Flammarion; 1995.
- [84] Carvalho de W, Olié JP. Electroconvulsivothérapie. *LXXXVII Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue française*. Paris: Médias Flashes; 2001.
- [85] Currier MB, Murray GB, Welch CC. Electroconvulsive therapy for post-stroke depressed geriatric patients. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1992;**42**:140-4.
- [86] Persons JB, Thase ME, Crits-Cristoph P. The role of psychotherapy in the treatment of depression: review of two practice guidelines. *Arch Gen Psychiatry* 1996;**53**:283-90.
- [87] Legeron P, André C. Les thérapies cognitives de la dépression. In: Olié JP, Poirier MF, Léo H, editors. *Les maladies dépressives*. Paris: Flammarion; 1995.
- [88] Maruta T, Vatterott MK, McHardy MJ. Pain management as an antidepressant: long-term resolution of pain-associated depression. *Pain* 1989;**36**:335-7.
- [89] Lafay N, Roy I, Senon JL. Prise en charge d'une dépression chez un patient atteint d'une pathologie organique. In: Lempérière T, editor. *Dépression et comorbidités*. Paris: Masson; 2003.
- [90] Balint M. *Le médecin, son malade et la maladie*. Paris: PUF; 1960.
- [91] Stein J, Shafqat S, Doherty D, Frates EP, Furie KL. Family member knowledge and expectations for functional recovery after stroke. *Am J Phys Med Rehabil* 2003;**82**:169-74.
- [92] Worsowicz GM, Stewart DG, Phillips EM, Cifu DX. Geriatric rehabilitation, social and economic implication of aging. *Arch Phys Med Rehabil* 2004;**85**(suppl3):S3-S6.
- [93] Forrest G, Schwam A, Cohen E. Time of care required by patients discharged from a rehabilitation unit. *Am J Phys Med Rehabil* 2002;**81**:57-62.
- [94] Christiansen CH, Ottenbacher KJ. Evaluation and management of daily self care requirements. In: DeLisa JA, Gans BM, editors. *Rehabilitation medicine*. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1998.
- [95] Kolakowsky-Hayner SA, Kreutzer JS. Family intervention after traumatic brain injury. In: Grabis M, Garrison SJ, Hart KA, Don Lehmkuhl L, editors. *Physical medicine and rehabilitation, the complete approach*. Malden: Blackwell; 2000.
- [96] Schwartz L, Slater MA, Birchler GR, Atkinson JH. Depression in spouses of chronic pain patients: the role of patient pain and anger, and marital satisfaction. *Pain* 1991;**44**:61-7.
- [97] Benyamini Y, Lomranz J. The relationship of activity restriction and replacement with depressive symptoms among older adults. *Psychol Aging* 2004;**19**:362-6.
- [98] Milani RV, Lavlie CJ. Prevalence and effects of cardiac rehabilitation on depression in the elderly with coronary heart disease. *Am J Cardiol* 1998;**81**:1233-6.
- [99] Toshima MT, Blumberg E, Ries AL, Kaplan RM. Does rehabilitation reduce depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease? *J Cardiopulmon Rehabil* 1992;**12**:261-9.
- [100] Mazaux JM. *L'aphasie*. Paris: Masson; 2000.
- [101] Halstead LS. The power of compassion and caring in rehabilitation healing. *Arch Phys Med Rehabil* 2001;**82**:142-54.
- [102] Wirotius JM, Pétrissans JL. Que veut-on dire dans un service de rééducation, lorsque l'on prétend que le comportement d'un patient change. *J Réadapt Méd* 1985;**5**:5-10.
- [103] Widlöcher D. *Les logiques de la dépression*. Paris: Fayard; 1983.
- [104] Vash CL, Crewe NM. *Psychology of disability*. New York: Springer; 2004.
- [105] Peveler R, Carson A, Rodin G. Depression in medical patients. *BMJ* 2002;**325**:149-52.
- [106] Black-Schaffer RM, Kirsteins AE, Harvey RL. Stroke rehabilitation, comorbidities and complications. *Arch Phys Med Rehabil* 1999;**80**:S8-S16.
- [107] Dombrov ML, Aggarwal U. Stroke rehabilitation. In: Grabis M, Garrison SJ, Hart KA, Don Lehmkuhl L, editors. *Physical medicine and rehabilitation, the complete approach*. Malden: Blackwell; 2000.
- [108] Luminet O. *Psychologie des émotions, Confrontation et évitement*. Bruxelles: De Boeck; 2002.
- [109] Delay J. *Les dérèglements de l'humeur*. Paris: PUF; 1946.
- [110] Korichi M. *Les passions*. Paris: Flammarion; 2000.
- [111] Greimas AJ, Fontanille J. *Sémiotique des passions*. Paris: Seuil; 1991.
- [112] Sharpe M, Wilks D. ABC of psychological medicine, fatigue. *BMJ* 2002;**325**:480-3.

- [113] De Groot MH, Phillips SJ, Eskes GA. Fatigue associated with stroke and neurologic conditions, implications for stroke rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil* 2003;**84**:1714-20.
- [114] Sivadon P. *Traité de psychologie médicale*. Paris: PUF; 1973.
- [115] Wirotius JM, Neyroud I, Pétrissans JL. Le déni en rééducation. *J Réadapt Méd* 1999;**19**:42-4.
- [116] Luminet O. *Psychologie des émotions*. Bruxelles: De Boeck Université; 2002.
- [117] Flick CL. Stroke rehabilitation, stroke outcome and psychosocial consequences. *Arch Phys Med Rehabil* 1999;**80**: S21-S26.
- [118] Pilowsky I. *Abnormal illness behaviour*. Chichester: Wiley; 1997.
- [119] Roth EJ. Stroke. In: O'Young BJ, Young MA, Stiens SA, editors. *PMR Secrets*. Philadelphia: Hanley and Belf; 2000.

Para saber más

- Handbook of rehabilitation psychology. Washington, APA, 2000.
- Stern RA. Visual Analog Mood Scales. *Odessa: Psychological Assessment Resources*. 1997.
- Boucand MH. La dépression et les troubles de l'affectivité ont-ils un retentissement sur la rééducation de l'hémiplégique et faut-il les traiter ? In: *Conférence de consensus. Limoges, 11. Médecine de rééducation et hémiplégie vasculaire de l'adulte*; septembre 1996.
- Depression following spinal cord injury: a clinical practice guideline for primary care physicians. Spinal cord medicine*. aout 1998.
- Sarno JE. *Mind over back pain*. A radically new approach to the diagnosis and treatment of back pain.

J.-M. Wirotius (mpr@ch-brive.fr).

Service de médecine physique et de réadaptation, centre hospitalier, 19100 Brive, France.

J.-L. Pétrissans.

Service de psychiatrie, centre hospitalier, 64100 Bayonne, France, centre de rééducation fonctionnelle en milieu thermal, 64270 Salies-de-Béarn, France.

Cualquier referencia a este artículo debe incluir la mención del artículo original: Wirotius J.-M., Pétrissans J.-L. Depresión en rehabilitación. EMC (Elsevier SAS, Paris), Kinesiterapia - Medicina física, 26-550-A-10, 2005.

Disponible en www.emc-consulte.com (sitio en francés)

Título del artículo: Dépression en rééducation



Algoritmos



Ilustraciones complementarias



Videos / Animaciones



Aspectos legales



Información al paciente



Informaciones complementarias



Autoevaluación