

Tesis Doctoral

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES, FACULTAD DE MEDICINA

TESIS DEL DOCTORADO

**TITULO: "FACTORES PSICOLOGICOS ASOCIADOS A LA APARICION DE LAS
DEMENCIAS DEGENERATIVAS TARDIAS".**

AUTORA: ALICIA BEATRIZ KABANCHIK

**DIRECTOR DE TRABAJO DE INVESTIGACION Y PLAN DE TESIS: PROFESORA
DOCTORA HAYDEE ANDRES**

AÑO: 1996 - CALIFICACIÓN: Sobresaliente

Si Ud. desea una copia completa de esta TESIS, envíe un mail con su solicitud y sus datos personales a: aliciakabanchik@gmail.com

INTRODUCCION:

En nuestra práctica cotidiana de ver pacientes con demencia, nos llamó la atención al realizar las entrevistas psicopatológicas, la presencia de situaciones vitales críticas previas a la aparición de la enfermedad, que fueron poco elaboradas psíquicamente, es decir no se observaba en el relato del paciente y/o la familia un proceso de elaboración de un duelo normal o patológico al modelo melancólico y sí al modelo de la depresión esencial.

En varios de ellos había historia sobre diferentes enfermedades psicosomáticas previas, con procesos de depresión esencial anteriores que habían culminado en aquellas. Aplicando los conocimientos teóricos sobre psicosomática, basados principalmente en la Escuela Psicosomática de París - P. Marty, donde se plantean los conceptos de Pensamiento Operatorio, Depresión Esencial, y Desorganización Progresiva, y habiendo realizado junto con un grupo de colegas trabajos de investigación sobre la Entrevista Ampliada, una modalidad de abordaje del paciente psicosomático, y sobre Modelos Interpretativos en el Paciente Psicosomático nos planteamos el siguiente problema:

¿Han cursado los pacientes con Demencias Degenerativas, previamente a la aparición de la enfermedad, por situaciones vitales críticas a las que respondieron con Depresión Esencial? La mayor parte de los trabajos de psicopatología asociados a las demencias versan sobre las manifestaciones sintomáticas psicopatológicas una vez instalado el síndrome demencial.

Dado el alto porcentaje de duelos que ocurren a partir de la mediana edad el problema reside en saber si el tipo de duelo que realiza un sujeto frente a un terreno orgánico predisponente, puede estar asociado a la aparición de la demencia por proceso degenerativo o si el mismo es independiente del desencadenamiento de la enfermedad. Las alteraciones psicológicas que afectan al estado físico han sido ya ampliamente estudiadas para otras enfermedades, siguiendo los criterios para el diagnóstico de los factores psicológicos que afectan al estado físico DSM-III-R. (I).

CLASIFICACION SEGUN EL DSM-III-R: "LOS CRITERIOS DE LOS FACTORES PSICOLOGICOS QUE AFECTAN AL ESTADO FISICO SON: A) Los estímulos ambientales psicológicamente significativos que se encuentran temporalmente relacionados con la iniciación o exacerbación de la enfermedad física, que se registra en el Eje III. B) La enfermedad física tiene o bien una patología física demostrable (artritis reumatoidea) o bien un proceso patofisiológico conocido (migraña). C) La enfermedad no es debida a un trastorno somatoforme. El juicio de que los factores psicológicos están afectando la enfermedad física requiere las pruebas de una relación temporal entre los estímulos ambientales y los significados adscriptos y la iniciación o exacerbación de la enfermedad física".

CLASIFICACION SEGUN DSM-IV: En el DSM-IV, en la sección Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica, se incluye el tema Factores psicológicos que afectan al estado físico. F54 (316).

Características diagnósticas: La característica esencial de los factores psicológicos que afectan al estado físico es la presencia de uno o más factores psicológicos o comportamentales específicos que afectan de un modo adverso al estado médico general.

Las formas en que estos factores pueden afectar negativamente al estado físico son variadas: pueden influir sobre el curso de una enfermedad médica (lo cual se puede inferir por una íntima relación temporal entre los factores y la presencia, la exacerbación o el retraso en la recuperación de una enfermedad médica) o pueden interferir en su tratamiento.

Los factores constituyen un riesgo adicional para la salud del individuo (por ej. continuar con una sobrealimentación cuando se padece una diabetes relacionada con sobrepeso, o precipitan o exacerban los síntomas de la enfermedad al provocar respuestas fisiológicas relacionadas con el estrés (por ej. causando dolor precordial en las personas con cardiopatía coronaria o broncoespasmo en personas con asma). Los factores psicológicos o comportamentales que influyen en el estado físico incluyen los trastornos del Eje I, los trastornos del Eje II los síntomas psicológicos o los rasgos de personalidad que no cumplen todos los criterios para un trastorno mental específico, los comportamientos anómalos o las respuestas fisiológicas frente al ambiente o a los estresantes sociales. Los factores psicológicos o comportamentales representan un papel potencial en la presentación o tratamiento de casi todas las enfermedades médicas. Esta categoría se reserva para las situaciones en las que los factores psicológicos tienen un efecto clínicamente significativo sobre el curso o la evolución de la enfermedad o sitúan a la persona en una situación de riesgo elevado para una evolución adversa. Existe una evidencia razonable para sugerir una asociación entre los factores psicológicos y el estado físico, aunque a menudo no es posible demostrar una causalidad directa o los mecanismos subyacentes a la relación. Los factores psicológicos y comportamentales pueden afectar el curso de casi todas las categorías mayores de enfermedad, incluyendo las enfermedades cardiovasculares, dermatológicas, endocrinológicas, gastrointestinales, neoplásicas, neurológicas, pulmonares, renales y reumáticas. Los factores psicológicos que afectan el diagnóstico de la enfermedad médica se codifican en el Eje II y la enfermedad médica acompañante se codifica en el Eje III. Para aportar una mayor especificidad con respecto al tipo de factor psicológico, el nombre se elige de la lista que mostramos a continuación. Cuando haya más de un tipo de factor, debe especificarse el más prominente. Trastorno mental que afectan a ... (indicar enfermedad médica). Un trastorno específico del Eje II o el Eje II afecta significativamente el curso o el tratamiento de una enfermedad médica (por ej., trastorno depresivo mayor que afecta de un modo adverso el pronóstico de un infarto de miocardio, insuficiencia renal o hemodiálisis. La esquizofrenia que complica el tratamiento de una diabetes mellitus). Además de codificar esta enfermedad en el Eje II, el trastorno mental específico se codifica en el Eje II. Síntomas psicológicos que afectan a ... (indicar enfermedad médica) Síntomas que no cumplen todos los criterios para un trastorno del Eje II afectan significativamente el curso o el tratamiento de una enfermedad médica (por ej., síntomas de ansiedad o depresión que afectan el curso y la gravedad de un colon irritable, o de una úlcera gastroduodenal o que complican una recuperación quirúrgica.

Rasgos de personalidad o estilo de afrontamiento que afectan a ... (indicar enfermedad médica).

Rasgos de personalidad o estilo de afrontamiento anómalos que afectan significativamente el curso o el tratamiento de una enfermedad médica. Los rasgos de personalidad pueden ser subumbrales para el trastorno del Eje II o representar otro patrón que se ha demostrado que es un factor de riesgo para ciertas enfermedades (por ej., comportamientos de "tipo A", de urgencia y hostiles que tienen relación causal con la cardiopatía coronaria). Los rasgos de personalidad problemáticos y los estilos de afrontamiento anómalos pueden impedir unas relaciones adecuadas con el personal sanitario. Comportamientos desadaptativos que afectan a...(indicar enfermedad médica).

Comportamientos desadaptativos (por ej., estilo de vida sedentario, prácticas sexuales de riesgo, sobrealimentación, abuso de alcohol y drogas) que afectan significativamente el curso o el tratamiento de una enfermedad médica. Si los comportamientos desadaptativos se explican mejor por un trastorno del Eje II (por ej., sobrealimentación como parte de la bulimia nerviosa, consumo de alcohol como parte de una dependencia del alcohol), debe usarse el nombre de "trastorno mental que afecta a la enfermedad médica". Respuesta fisiológica relacionada con el estrés que afecta a... (indicar enfermedad médica) Respuestas fisiológicas relacionadas con el estrés que afectan significativamente el curso o el tratamiento de una enfermedad médica (por ej., aparición de un dolor precordial o una arritmia en un paciente con cardiopatía coronaria) Otros factores psicológicos o no especificados que afectan a... Cualquier factor no incluido en los subtipos presentados anteriormente o un factor psicológico o comportamental inespecífico que afectan significativamente el curso o el tratamiento de una enfermedad médica.

CLASIFICACION SEGUN EL CIE 10: F54 - Factores psicológicos y del comportamiento en trastornos o enfermedades clasificados en otro lugar. Esta categoría debe utilizarse para diagnosticar la presencia de influencias psicológicas o comportamentales consideradas como importantes en la etiología de trastornos somáticos que pueden ser clasificados de acuerdo con otros capítulos de la CIE-10. Este tipo de alteraciones mentales suelen ser normalmente leves, no permiten hacer un diagnóstico clínico más específico y a menudo son muy prolongadas (tales como preocupaciones, conflictos emocionales o aprensión). Por sí mismas no satisfacen las pautas de ninguna de las categorías descriptas en el resto de este tomo V (F) de la CIE-10.

Debería utilizarse un código adicional para identificar el trastorno somático (en los pocos casos en que un trastorno psiquiátrico manifiesto se considere el causante de un trastorno somático, deberá utilizarse un segundo código adicional para dejar constancia de este trastorno mental). A continuación figuran algunos ejemplos de cómo se debe utilizar esta categoría: Asma (F54 J45.-), dermatitis y eczema (F54 L23- L25), úlcera gástrica (F54 K25.-), colitis mucosa (F54 K58.-), colitis ulcerosa (F54 K51.-) y urticaria (F54 L50.-). Incluye: Factores psicológicos que afectan a funciones somáticas. Excluye: Cefalea de tensión (G44.2).

CONCLUSIONES:

Este estudio tuvo por objeto establecer que previo a la aparición de las demencias degenerativas primarias, existieron situaciones vitales críticas que no fueron adecuadamente elaboradas y cursaron en su mayor parte con Depresión Esencial. Debido a que este concepto no está incluido en el DSM-III-R, ni en el DSM-IV, a los fines de esta investigación utilizamos el de Trastorno Adaptativo, tema que fue tratado en el Capítulo de Justificación. Recordemos que se habían estudiado 153 personas durante los períodos 92/93/94 de ambos sexos con y sin demencia. Los pacientes con demencia fueron estudiados en el Servicio de Psicopatología del Hospital Donación Francisco Santojanni, Area Mediana Edad y Vejez, con evaluación del Area de Trastornos Cognitivos del Servicio de Neurología del mismo Hospital y las no demencias en el Club de Jubilados 14 de Abril sito en la calle Avalos 1036 de Cap. Fed. De los 60 pacientes con demencia, 34 eran mujeres y 26 hombres y de los 93 sin demencia, 60 eran mujeres y 33 hombres. A todos se les aplicó la evaluación psicopatológica a través de entrevistas estructuradas, semiestructuradas y no estructuradas y la Escala de intensidad del estrés psicosocial: adultos. Se evaluó el grado de Mentalización del aparato psíquico, la presencia de Depresión Esencial, la Desorganización Progresiva, la reacción frente al estresante, los criterios diagnósticos de acuerdo al DSM-IV y a la Escala de intensidad del estrés psicosocial: adultos para verificar a qué grado de respuesta al estresante correspondían las demencias y no demencias. Al final de la recolección de datos se contó con personas cuyas edades oscilaron entre 53 y 85 años, no hallándose diferencias significativas con relación a la edad. El predominio fue del sexo femenino. Como ya vimos en cuadros anteriores en cuanto al estado conyugal, el menor porcentaje de demencias correspondió a mujeres casadas y en las no demencias a viudas y en los hombres en ambos grupos a casados. Un alto porcentaje, 50% de la muestra de mujeres con demencia, tenían escolaridad primaria completa y las no demencias en 76,7%, en los hombres con demencia 38,5% tenían escolaridad primaria completa y 63,6% en los hombres sin demencia, con muy bajo porcentaje de educación universitaria 7,7% en hombres con demencia, 3% en hombres sin demencia y 5,9% en mujeres con demencia y 1,7% en mujeres sin demencia, no mostrando diferencias significativas. La ocupación fue de amas de casa en su mayor porcentaje para las mujeres con y sin demencia, y de comerciantes dependientes/independientes en los hombres. En un mayor porcentaje la intensidad del estrés psicosocial correspondió a moderado en los cuatro grupos y la distribución del tiempo entre el estresante y el síntoma memoria fue menor en las mujeres que en los hombres. En las mujeres con y sin demencia el estresante fue la viudez y en los hombres con y sin demencia la jubilación. En lo que se refiere a la presencia de depresión y la Enfermedad de Alzheimer, la bibliografía internacional plantea diferentes situaciones como ya describimos en el apartado demencias. En lo que respecta a los factores de riesgo relacionados con estrés y depresión (12), los estudios son controvertidos. Interpretamos que los estudios son divergentes porque no han tenido en cuenta sobre qué aparato psíquico incidió el estresante, si estuvo suficientemente mentalizado, si hubo proceso de duelo, desorganización funcional, depresión esencial, es decir como reaccionó psíquicamente esa persona a los hechos traumáticos y la relación temporal de la aparición de la demencia. Creemos que el desarrollo del Síndrome Demencial es posible si las condiciones de disposición (genética, vivencias infantiles) y los traumatismos siguiendo el concepto de S. Freud de Series Complementarias, están dadas. Es decir, no serían en sí la intensidad de los estresores ya que en las cuatro muestras los

resultados fueron moderados, sino la capacidad elaborativa del sujeto a través de un aparato psíquico suficiente y adecuadamente mentalizado. Es por ello que suponemos que si el paciente pudiera acceder a la consulta durante las primeras etapas de desorganización psíquica, a través de un trabajo psicoterapéutico, tal vez podría retardar la aparición de la enfermedad, ya que este tipo de tratamientos pueden ayudar a los sujetos a salir de la fragmentación funcional y aislamiento acompañado de tratamiento médico adecuado. En síntesis, cuando comenzamos esta investigación pensábamos que la importancia estaba en los procesos de mentalización del individuo frente a los estresantes y no a ellos mismos como se corroboró en este trabajo.