ENFOQUE COGNITIVO DE LA DEPRESION

* Dra. Giovanna Lizondo R.
* Dra. Nancy Montes M.
* Dr. Fernando Jurado S.

* Medicos Familiares

PERSPECTIVA COGNITIVA

"Las personas se sienten perturbadas, no por las cosas, sino por los puntos de vista, que adoptan sobre estas"

Epicteto, siglo I a.C.

La palabra "cognitivo" proviene de la expresión latina "cognitare", que quiere decir "tener conocimiento" y se refiere a la forma como se elaboran juicios, se interpretan los actos de otros. Si el pensamiento se basa en razonamientos ilógicos, interpretaciones, suposiciones, creencias erradas y esquemas rígidos, el sujeto distorsiona la realidad, limita su capacidad de adaptación y probablemente incurra en alteraciones emocionales y comportamentales.

El punto de vista de la psicología cognitivo comportamental, trata de explicar el comportamiento mediante la forma en que la persona interpreta la información. El principio fundamental de este modelo se basa en que las concepciones distorsionadas de la persona, son importantes en la génesis de los trastornos del estado de ánimo.

La asesoría clínica con orientación cognitiva, trata de identificar las conceptualizaciones distorsionadas y los esquemas no operativos que subyacen a las cogniciones, el objetivo es la confrontación de ellos y el aprendizaje hacia un pensamiento racional.

EL SINDROME DEPRESIVO

Está compuesto por una serie de alteraciones tanto en las esferas cognitivas, afectivas y comportamentales :

- Melancolía (tristeza, pesar).
- Ideas negativas, hacia la persona propia entorno y futuro.
- Baja autoestima.
- Atribución de culpa.
- Desmotivación por lo cotidiano.
- Alteraciones del sueño y alimentación.

ESQUEMAS COGNITIVOS Y DEPRESION

En la génesis de la depresión, los conceptos ya sean reales o irreales, provienen de la experiencia de cada individuo, de las opiniones de otros y de la identificación de los roles sociales.

Según Freeman y Beck, se debe tomar en cuenta la interacción naturaleza, crianza, Los individuos sensibles al rechazo, al abandono o a la frustración suelen desarrollar miedos y creencias intensas sobre el significado catastrófico de esos hechos.

Un paciente predispuesto a reacciones en exceso a los rechazos más comunes de la niñez , puede desarrollar una autoestima negativa, esa imagen queda reforzada si el rechazo es fuerte.

Una vez formado el concepto, este influye en los juicios posteriores. Así nuestra percepción errónea, evaluación e interpretación de las situaciones puede determinar depresión.

En la depresión, la relación entre cognición y depresión, está en relación directa con las creencias de perdida o derrota. Aaron Beck, considera que las personas deprimidas tienden a comportarse con otras, auto-evaluándose negativamente, estos patrones de pensamiento (esquemas: contienen información sobre situaciones específicas, seleccionan estrategias para lograr más información y solucionar problemas) tienen en los siguientes, las más destacadas características :

- Suposiciones o creencias inflexibles.
- Son resultantes de experiencias pasadas.
- Son la base para percibir, discriminar, evaluar los estímulos.

- Realizan juicios y distorsionan la experiencia real.

LA TRIADA COGNITIVA DE LA DEPRESION

A. Beck (1967) formula la teoría de la triada cognitiva de la depresión :

1. Consideración negativa de si mismo, que ocasiona baja autoestima y autoconcepto.
2. Consideraciones negativas del entorno, interpreta erróneamente las situaciones externas.
3. Consideraciones negativas del futuro, se anticipa que los acontecimientos saldrán negativamente (desesperanza)

Como médicos Familiares debido al gran flujo de pacientes en la consulta diaria no detectamos problemas como la Depresión, conociendo el origen de las mismas y sabiendo las posibles manifestaciones podremos diagnosticar a tiempo esta enfermedad, contamos además con instrumentos de Medicina Familiar para poder orientarnos hacia esta enfermedad como son:

ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE REDUCIDA

Esta escala consta de 15 preguntas donde se debe indicar al paciente que las respuestas no deben ser meditadas, nos sirve para determinar probable depresión o depresión establecida.

1. Esta satisfecho con su vida?
2. Ha abandonado muchas de sus actividades e intereses?
3. Nota que su vida esta vacia?
4. Se encuentra a menudo aburrido?
5. La mayor parte del tiempo esta de buen humor?
6. Tiene miedo de que le pase algo?
7. Se siente feliz la mayor parte del tiempo?
8. Se siente a menudo abandonado?
9. Prefiere quedarse en casa en lugar de salir y hacer cosas?
10. Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente
11. Cree que vivir es maravilloso?
12. Le es difícil poner en marcha proyectos nuevos?
13. Se encuentra lleno de energía?
14. Cree que su situación es desesperada?
15. Cree que los demás están mejor que usted?

Resultados

0 – 5 NORMAL
5 – 9 PROBABLE DEPRESIÓN
> 9 DEPRESION ESTABLECIDA

SUBESCALA DE DEPRESIÓN DE GOLBERG

La escala de depresión y ansiedad de Goldberg (EADAC) fue concebida para permitir la detección de los dos trastornos psicopatológicos más frecuentes en Atención Primaria.. la ansiedad y la depresión. Es un instrumento sencillo, breve y de fácil manejo, apropiado para ser administrado por el médico de Asistencia Primaria. Puede servir de guía de la entrevista, aunque sin sustituir a la historia clínica, así como un indicador de la prevalencia y de la gravedad y evolución de dichos trastornos.

Los Items son los siguientes :

1. ¿Se ha sentido con poca energía?
2. ¿Ha perdido el interés por las cosas?
3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?
4. ¿Se ha sentido desesperanzado, sin esperanzas?

(Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)

5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?
6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?
8. ¿Se ha sentido enlentecido?
9. ¿Cree que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?

TOTAL DEPRESIÓN = _____

Resultados

Se debe tomar en cuenta que los síntomas se deben presentar en un periodo de dos semanas antes previo al llenado del cuestionario.
Se considera punto de corte >= 2 items positivos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. De la Gándara Ji. Manejo de depresión y ansiedad en atención primaria. Aten Primaria 1997; 20 (7): 389-94.
2. Goldberg D, Bridges K, Duncan-innes P, Grayson D. Detecting anxiety and depression in general medical seftings. Br Medí 1988.97: 897-9.
3. Montón C, Pérez Echeverria Mi, campos R y cols. Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. Atención Primaria 1993; 12 (6): 345-9.
4. T. Petteri Sokero, Tarja K. Melartin et.al, Estudio prospectivo de los factores de riesgo para el intento de suicidio entre pacientes con trastorno depresivo mayor

DSM-IV, British Journal of Psychiatry. 2005 Abr;186:314 – 318.
5. Pirraglia P., Rosen A., Hermman, Olchanski N.,Neuman P.Estudio del analisis de coste – Utilidad del diagnóstico y tratamiento de la depresión : Una revisión sistemática. American Journal of Psychiatry, 2004 Dic; 161 (12): 2155 – 2162.
6. Hollon S, Jarrett R. Nierenberg A., Thasem, Trivedi M.Rush A., Psicoterapia y medicación en el tratamiento de depresión adulta y geriatrica: ¿Qué monoterapia o tratamiento combinado? J. Clin Psychiatry. 2005 Abr., 66 (4): 455 – 468.
7. Rapp M, Dahlman K. Et al Diferencias neuropsicológicas entre la depresión mayor Geriatrica de inicio tardío y la recurrente.American Journal of Psychiatry. 2005 Abr, 162 (4): 691 – 698.
8. Freman A. Terapia Cognitiva de los trastornos de personalidad. Ed. Paidos. 1998. Pag.15.
9. Rios J.A. Vocabulario básico de orientación y Terapia Familiar. Ed CCS. Alcala 2003, Pag. 25.
10. DSM – IV Ed. Mason. 2002 Pag 461.
11. Sarason I. Psicología anormal. Ed. Prentice Hall 1996, Pag. 293 – 299.
12. Scott J. Terapia cognitiva. Ed. Artes Médicas 1998, pag. 279.
13. Grieger R. Manual de Terapia Racional Emotiva. Ed. Desclee de Browner. 1991. Pag. 127.
14. Moles J.J. Asesoramiento Clínico Ed Greco, Caracas 2000 Pag. 125.