

● ESTUDIOS SOBRE LA NATURALEZA AGRESIVA EN LOS SUICIDAS FALLIDOS

La testosterona en líquido cefalorraquídeo no está incrementada en estos pacientes
Lund, Suecia

Los pacientes con intento de suicidio reciente mostraron niveles de testosterona en líquido cefalorraquídeo menores a los encontrados en pacientes agresivos y violentos, lo que sugiere que el intento de quitarse la vida está mediado por otras variables biológicas diferentes a la agresión.

[European Neuropsychopharmacology 13: 105-109 , 2003 - SIIC]

La mayoría de los investigadores de los efectos de la testosterona sobre el comportamiento, han trabajado en diferentes modelos animales, y por lo tanto, sus resultados son inciertos cuando se pretende trasladarlos a la conducta humana.

En estudios realizados en primates no humanos, demostraron una correlación positiva entre testosterona en líquido cefalorraquídeo (LCR) y agresividad, particularmente la dirigida hacia el exterior o agresión competitiva. No encontraron correlación con impulsividad o agresión impulsiva.

También observaron en primates no humanos, que un nivel bajo de ácido 5 hidroxindolacético (que es un metabolito de la serotonina) en LCR, se acompañaba de un elevado nivel de agresividad, que aumentaba aún más si se incrementaba el nivel de testosterona.

Otros estudios informaron sobre una posible conexión entre los mecanismos reguladores de serotonina y testosterona.

En un estudio basado en alcoholistas con personalidades antisociales y que habían cometido ilícitos de naturaleza impulsiva, observaron elevación de la testosterona en LCR cuando se lo comparaba con voluntarios normales.

Los autores del trabajo mencionado, llegaron a la conclusión, que un nivel elevado de testosterona en LCR podría asociarse a agresividad dirigida hacia su entorno o violencia interpersonal.

Esos mismos investigadores establecieron que un patrón de agresividad repetitivo bajo la influencia del alcohol, está asociado a niveles elevados de testosterona.

En una publicación reciente sobre serotonina y testosterona en personas responsables de violencia familiar, pudo advertirse que aquellos con adicción alcohólica, tenían un promedio de nivel de testosterona en LCR más elevado que en no alcohólicos y controles sanos. Algo similar se constató en adictos a otros productos y en personalidades violentas.

Por otro lado, se sostiene que el suicidio es una conducta de autoagresión, y no existen trabajos realizados sobre la relación de conducta suicida y niveles de testosterona en LCR.

En el presente trabajo, estudiaron a 43 varones, poco tiempo después de un intento suicida, la mayoría reclutados a partir de salas de emergencia o de unidades de terapia intensiva o pabellones psiquiátricos. A todos los pacientes les extrajeron una muestra de LCR y determinaron el nivel de testosterona.

No encontraron correlación entre niveles elevados de testosterona e impulsos agresivos. Esto contrasta con lo demostrado por otros estudios.

La falta de diferencias significativas entre niveles de testosterona, entre pacientes con conductas suicidas y diferentes tipos de temperamento agresivo, y la falta de correlación entre testosterona y personalidad agresiva parecerían indicar, según la opinión de los autores, que la agresión expresada por la conducta suicida es una agresión orientada "hacia adentro", más que una agresión dirigida al exterior. Los aumentos de testosterona observados en LCR por otros autores fueron en aquellos que manifestaban agresividad orientada hacia el exterior.

Basados en esta aparente falta de "agresividad hacia fuera" en los suicidas, sugiere a los autores que el suicidio podría estar mediado por variables biológicas diferentes al de la agresión.

La ausencia de casos control de no suicidas, dificulta a los investigadores obtener conclusiones definitivas sobre el tema.

Por otro lado, parecería que los suicidas presentaban un nivel de testosterona menor que el encontrado en sujetos normales por otro investigador, que realizó el estudio en el mismo laboratorio que el utilizado en este trabajo.

En el varón, el estrés psicológico, está asociado con niveles plasmáticos disminuidos de testosterona, conforme lo informaron varios grupos de investigadores; esto quizás también sea aplicable al líquido cefalorraquídeo. Los autores postulan como explicación alternativa de su hallazgo, que los que intentaron el suicidio, pueden haber sido víctimas del estrés, lo que justificaría el bajo nivel de testosterona en LCR.

EFECTIVIDAD DE LA RISPERIDONA PARA TRATAR TRASTORNOS DE LA CONDUCTA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Investigan la efectividad y tolerancia de la Risperidona para controlar niños y adolescentes con diagnóstico de déficit de la atención e hiperactividad (ADHD), desorden de oposición y desafío (ODD) y trastornos de la conducta (CD)

Izmir, Turquía

Un estudio abierto, mostró que la Risperidona a bajas dosis resulta efectiva para tratar pacientes adolescentes con trastornos severos de la conducta (ADHD, ODD y CD).

[Current Therapeutic Research, 64(1):55-64 Ene 2003 - SIIC]

Se evaluó la efectividad y tolerancia de la Risperidona para controlar los trastornos severos de la conducta, en los "Departments of Child and Adolescent Psychiatry and Psychiatry, Ege University, School of Medicine, Bornova, Izmir", Turquía, medi ante un estudio abierto en el que se incluyeron 21 niños y adolescentes con diagnóstico de ADHD, ODD y CD (edad promedio 10.8 ± 3.6 años).

Los autores hacen referencia a que en la niñez y adolescencia, los trastornos de la conducta son muy frecuentes.

Generalmente estos pacientes se caracterizan por presentar síntomas tales como, agresividad, hurto, mitomanía y tendencia a la huida, acompañados de hiperactividad, conductas impulsivas, trastornos en el aprendizaje y la concentración y falta de adaptación al medio social.

La cuarta edición del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV), establece que cuando los síntomas se manifiestan en la niñez, los pacientes tienen un peor pronóstico.

La Risperidona es una droga de uso frecuente en el tratamiento de niños y adolescentes psicóticos, no obstante, los datos referidos al tratamiento de los trastornos de la conducta son limitados.

En el presente estudio los autores incluyeron pacientes con CD severos y con diagnóstico de ADHD y ODD de acuerdo a los criterios del DSM-IV.

Se utilizaron para el diagnóstico, una lista de chequeo para evaluar el comportamiento de los niños de 4 a 18 años (CBCL-4-18) desarrollada por Achenbach y Edelbrock, el DSM-IV para trastornos de la conducta de niños y adolescentes (T-DSM-IV) y la escala de impresión clínica global (CGI).

Todos los pacientes fueron tratados en forma abierta con Risperidona, comenzando con una dosis diaria de 0.25 o 0.50 mg/día, ajustada según el peso corporal y dividida en dos tomas diarias.

El tratamiento fue de 8 semanas y los pacientes fueron evaluados por sus padres y sus educadores utilizando el T-DSM-IV (basal y semana 8) y dos escalas de CGI (una de severidad de la enfermedad y otra de mejoría global) al comienzo y en las semanas 4^a y 8^a.

También se controlaron los efectos adversos, sobre todo los síntomas de extrapiramidalismo, utilizando la escala para síntomas extrapiramidales (ESRS).

La dosis promedio de Risperidona utilizada fue de 1.27 ± 0.42 mg/día.

Luego de las 8 semanas un 80% de los pacientes fue considerado respondedor (de acuerdo a los criterios del CGI), observándose sobre todo, mejoras significativas en los síntomas de falta de atención, hiperactividad y conductas impulsivas.

En todas las evaluaciones utilizadas, T-DSM-IV, CGI y escalas para ODD y CD, se detectaron mejoras significativas en los pacientes ($p < 0.001$) y en ningún caso se reportó eventos adversos serios ni síntomas relacionados con extrapiramidalismo.

Finalmente, los autores llegan a la conclusión que los datos obtenidos en el presente estudio, son coherentes con hallazgos previos reportados por otros autores y sugieren que la Risperidona puede ser una herramienta efectiva y segura para tratar los trastornos de la conducta de los niños y adolescentes, siendo necesarios estudios controlados contra placebo para definir mejor los eventuales usos de esta medicación.

TECNICAS GRUPALES PARA EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESION EN POBLACIONES RURALES

Resultados de un estudio controlado aleatorizado en una población rural de Uganda
Baltimore, EE.UU

La terapia psicológica de grupos constituye una herramienta de importancia para la reducción de la depresión y de las manifestaciones disfuncionales. Se sugiere el estudio de los efectos en diferentes lugares físicos para la determinación de la importancia que reviste la implementación local.
[Journal of the American Medical Association 289(23):3117-3124, 2003 – SIIC]

La depresión es una de las causas de padecimiento mental de mayor importancia en el mundo desarrollado y en las regiones en desarrollo, incluyendo a África; sin embargo existen escasos estudios de intervención que evaluaron el problema.

Investigadores del Centro Internacional de Emergencias, Desastres y Refugiados de la Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, desarrollaron una investigación para el análisis de la eficacia del grupo para el alivio de la depresión y de las manifestaciones disfuncionales, así como para la evaluación de la factibilidad de la conducción de ensayos controlados en Uganda.

A los fines del estudio se seleccionaron entre febrero y junio 2002, 30 villas rurales de Uganda, distribuidas en forma aleatorizada para el estudio de hombres en 15 de ellas y mujeres en las 15 restantes.

Los hombres y mujeres de cada villa, considerados por sus pares como víctimas de manifestaciones depresivas, fueron entrevistados por medio de una adaptación local del instrumento de síntomas del Johns Hopkins.

Se obtuvieron datos de 248 personas y finalmente 108 hombres y 116 mujeres completaron el estudio y fueron entrevistados nuevamente.

Las villas que participaron del estudio fueron asignadas en forma aleatorizada a un grupo de intervención y a otro grupo control.

La intervención consistió en el ofrecimiento de psicoterapia grupal semanal para la depresión, en sesiones de 90 min por un período de 16 semanas.

Ambos grupos, control e intervención no difirieron significativamente en relación con la edad, duración de los síntomas y años de educación.

El estudio fue aprobado por el Comité de Revisión de la Universidad y por la autoridades gubernamentales locales de los distritos de Rakai y Masaka.

Las manifestaciones de depresión fueron clasificadas y validadas según escalas locales y se basaron en los criterios del Manual de Diagnóstico de Alteraciones Mentales, Cuarta Edición, (DSM-IV).

Los resultados de la investigación demostraron que en el grupo de intervención la media de reducción de la severidad de la depresión fue de 17.47 puntos y de 3.55 puntos para el grupo control ($p < .001$). La media de la reducción en la disfunción fue de 8.08 y 3.76 respectivamente ($p < .001$).

Luego de la intervención el 6.5% del grupo de intervención cumplió con los criterios de depresión mayor, en comparación con el 85% que lo manifestó antes de la intervención grupal.

El estudio mostró que la psicoterapia grupal fue efectiva para el alivio de los síntomas de depresión y de la disfunción asociada, con una elevada declinación en la severidad general de la depresión y de la proporción de personas con depresión mayor en comparación con los sujetos del grupo control.

Un dato de importancia fue el hallazgo en el grupo control, de cierta reducción de los niveles de síntomas de depresión, que se explicó por la existencia de otras acciones de tratamiento, mediadas por sanadores.

El uso de este tipo de selección del grupo control independientemente de si recibieron algún tipo de tratamiento fue adecuado en función que el propósito de la investigación fue el hallazgo de si la intervención del grupo fue o no efectiva.

En relación al tiempo de duración de los efectos positivos de la intervención se planteó la necesidad de realización de una evaluación a los 6 meses y de planeamiento de cierto tipo de mantenimiento a fin de la disminución de la recurrencia.

Los autores concluyeron que la terapia grupal fue cierta mente efectiva para la reducción de la depresión y de la disfunción y enfatizaron la necesidad de estudios implementados por coordinadores locales y con un mayor impacto en la población beneficiaria.

EL CONOCIMIENTO Y LA COMPRENSION DE LAS ENFERMEDADES MEJORA SU EVOLUCION

Resultados de un estudio que analiza las reacciones de los pacientes en relación con el diagnóstico de convulsiones

Dublin, Irlanda

La comprensión por parte de los pacientes de los aspectos más relevantes de la enfermedad, así como la consideración de las reacciones que aparecen con el diagnóstico de convulsiones diferentes de las epilépticas, son factores que contribuyen al desarrollo de mejores enfoques terapéuticos.

[Seizure 12:287-294, 2003 – SIIC]

Las convulsiones diferentes de las epilépticas fueron definidas como de aparición repentina, que alteran el comportamiento, la percepción, el pensamiento y las sensaciones de las personas y que a menudo son limitadas en el tiempo. Si bien en ocasiones pueden simular una crisis de epilepsia carecen de las características electrofisiológicas que acompañan a estas últimas.

Las convulsiones diferentes de las epilépticas representan un problema clínico importante y son motivo frecuente de errores diagnósticos y de inadecuada interpretación.

Este tipo de episodios tiene un sustrato psicológico; sin embargo el mecanismo permanece poco claro y la evidencia disponible sugiere que el mismo es variable.

Investigadores del Departamento de Psicología del Hospital Nacional de Rehabilitación de Dublin, desarrollaron un estudio para la exploración de las actitudes, la comprensión y las reacciones de los pacientes frente al diagnóstico de este tipo de convulsiones y la forma en que estos hallazgos influyen en la evolución posterior de la patología.

Se registró información de 84 pacientes que participaron del estudio, que presentaron inicialmente un diagnóstico de epilepsia y que luego de una cuidadosa evaluación por el Centro de la Sociedad Nacional de Epilepsia lo modificaron por el de convulsiones diferentes a las epilépticas.

Se envió una carta a los sujetos seleccionados con la explicación clara del propósito del estudio y la solicitud del consentimiento informado.

Al inicio se realizó una entrevista telefónica semiestructurada de aproximadamente 20 minutos de duración y se envió asimismo a los médicos generalistas de los pacientes, un cuestionario para la obtención de información referente a la prescripción de drogas antiepilépticas y del estado convulsivo.

Los resultados del estudio demostraron que en el momento de la participación la tercera parte de los sujetos permanecieron libres de convulsiones.

El 63% de los participantes no comprendió el diagnóstico de forma adecuada, la mayoría no entendió ni pudo precisar los factores precipitantes.

La reacción que se observó con mayor frecuencia frente al diagnóstico fue la confusión.

Las dificultades en el entendimiento de que el factor emocional fue responsable en parte de las convulsiones, se explicaron por la ausencia frecuente de un evento temporal con estrés elevado relacionado con la aparición de las manifestaciones.

Un número importante de individuos expresó que la presencia de convulsiones diferentes a las epilépticas representaron un efecto negativo en sus vidas cotidianas.

El 65% de los sujetos recibió atención psicológica en el seguimiento; sin embargo la cantidad de sesiones a las que asistieron fueron escasas.

Las conclusiones de la investigación determinaron que las reacciones al diagnóstico contribuyeron a la evolución posterior de los pacientes; en particular el enojo se asoció con peor pronóstico.

Los investigadores enfatizaron que el estudio fue uno de los pocos que tomó en consideración las percepciones de los pacientes y las reacciones al cambio en el diagnóstico de epilepsia por el de convulsiones de diferente origen.

La utilización de entrevistas telefónicas en vez de cara a cara pudieron influenciar en los hallazgos; sin embargo las observaciones fueron suficientemente importantes para la recomendación de la realización de nuevos estudios que relacionen especialmente los beneficios de la terapia psicológica.

LA OLANZAPINA TENDRIA SIMILAR EFECTO AL HALOPERIDOL EN LA REDUCCIÓN DE LA AGITACIÓN

Estudio controlado en 311 pacientes con esquizofrenia, aleatorizado, doble ciego, realizado en 13 países, para la transición de la terapia intramuscular a la oral.

Surrey, Reino Unido.

Los resultados obtenidos en este estudio internacional en pacientes con agitación aguda y esquizofrenia, demostraron que tanto la olanzapina como el haloperidol son efectivos para disminuir dicha agitación luego de un período de administración de 24 horas.

[Clinical Therapeutics 25(5), 1420-1428, May 2003 – SIIC]

Los antipsicóticos intramusculares típicos o tradicionales son utilizados para calmar la agitación aguda en los pacientes con esquizofrenia, a pesar de la asociación de dichos agentes terapéuticos con síntomas extrapiramidales. Posteriormente, los médicos se ven forzados a pasar a antipsicóticos orales atípicos, para evitar exponer al paciente a la medicación tradicional durante las fases aguda y de mantenimiento del tratamiento.

Una formulación del antipsicótico atípico olanzapina se desarrolló para el tratamiento de la agitación aguda asociada con las enfermedades psiquiátricas. Los autores comentan que previamente habían informado, en pacientes con esquizofrenia, que tanto 10 mg de olanzapina como 7,5 mg de haloperidol, ambos por vía intramuscular, eran igualmente efectivos para calmar la agitación luego de un periodo de 24 horas, si bien la olanzapina tenía un comienzo de acción más rápido y un perfil de síntomas extrapiramidales más favorable.

Los resultados de este ensayo demostraron que una serie de 4 días de tratamiento oral con olanzapina, para la transición desde la vía intramuscular, no presentó incidencia de distonía aguda, por lo que podría mejorar el tratamiento de la agitación en la esquizofrenia durante dicho período de transición.

Se incluyeron un total de 311 pacientes, 204 hombres y 107 mujeres, con una edad media de 38.2 años +- 11.6 años. Los datos provenían de Australia, Austria, Bélgica, Canadá, República Checa, Francia, Grecia, Hungría, Israel, Sudáfrica, España, Reino Unido y EE.UU. Todos ellos tenían diagnóstico de esquizofrenia, y medición del grado de agitación mediante la Escala de Síndrome Positivo y Negativo y del Componente de Excitación. Entre ellos, 131 recibieron olanzapina, 126 haloperidol y 54 un placebo.

Para la comparación estadística entre los grupos se utilizó un análisis de variación, y los datos categóricos se evaluaron mediante el test exacto de Fisher, con un nivel de significancia de p

La agitación aguda observada en estos pacientes, se redujo luego de 24 horas de tratamiento con ambas medicaciones por vía intramuscular, y se mantuvo durante los 4 días de tratamiento oral para la transición con ambas drogas, aunque los pacientes con

haloperidol informaron mayor cantidad de episodios de distonía aguda e inquietud y requirieron más anticolinérgicos.

El hecho de poder calmar rápidamente la agitación con un antipsicótico típico y de efectuar el pasaje subsecuente hacia una formulación oral, puede reducir el riesgo de aparición de los síntomas de transición del período de resistencia a la psicoterapia, hacia actitudes más positivas de introspección, que pueden ocurrir durante el cambio de los antipsicóticos, y reducir así el riesgo de agitación e inquietud.

En conclusión, destacan los autores, la combinación del tratamiento intramuscular con el tratamiento oral mediante la olanzapina, puede mejorar el tratamiento de la agitación aguda en los pacientes con esquizofrenia.

Además, la olanzapina presenta un perfil de seguridad para los síntomas extrapiramidales, superior al haloperidol.

REVISION DE LOS FACTORES DE RIESGO INVOLUCRADOS EN LA AUTOAGRESION DELIBERADA

Revisión extensa de la literatura publicada en la materia

Boston, EE.UU.

El autor examina la importancia de diversos factores de riesgo para el desarrollo de conductas autoagresivas deliberadas, tales como abuso físico y sexual en la niñez, abandono, separación y pérdidas en la infancia, seguridad en el apego a personas que los cuidan y reactividad e intensidad emocional. [Clinical Psychology: Science and Practice 10(2):192-205, 2003 – SIIC]

El autor define la autoagresión deliberada como una destrucción o injuria directa y severa de tejido corporal, sin que medie un intento suicida consciente. Las personas que incurren en este tipo de conductas, muchas veces manifiestan experimentar una sensación de vacío crónico, alineación y aislamiento en combinación con fuertes emociones negativas.

Si bien algunas de las consecuencias del auto-daño, retroalimentan negativamente el circuito (por ejemplo, la reducción de tensión que sigue a esta conducta), otras pueden incrementar el dolor emocional y el aislamiento del individuo que produce daño a sí mismo. Por ejemplo, dado que la conducta autoagresiva genera reacciones negativas entre otros (tanto médicos clínicos como población en general), existe potencialmente el riesgo de alterar las relaciones interpersonales, tanto dentro como fuera del contexto terapéutico, contribuyendo así, a un mayor aislamiento y mayor angustia. La sensación de vergüenza y culpa que siguen al acto de autoagresión, pueden exacerbar las emociones negativas que aíslan aún más a estas personas.

Existen muchas investigaciones publicadas sobre los factores de riesgo involucrados en actos de autoagresión, sin embargo el tema aún dista mucho de encontrarse agotado. Si bien, la literatura sobre el desarrollo de la autoagresión y los desórdenes de personalidad fronterizos, sugieren el papel de varias experiencias estresantes durante la infancia, la atención empírica hacia estos hechos ha sido limitada.

La investigación estuvo focalizada principalmente en el rol del abuso infantil y el abandono emocional en el desarrollo de la conducta autoagresiva, y los hallazgos sugieren que el abuso sexual en la infancia y el abandono emocional, aumentan el riesgo de daño a sí mismo provocado deliberadamente en el adulto y que el abuso físico en la infancia está asociado con autoagresión en el adulto, si bien, no está claro en que medida aumenta el riesgo de esta conducta.

No está clara la relación de otros episodios de la vida infantil, (tales como inseguridad en los afectos, separaciones en la infancia, pérdidas, etc.) con el desarrollo de conductas

autoagresivas en la vida adulta, y el tema requiere mayor investigación. En realidad ninguno de los factores de riesgo de estudiados hasta el presente, demostró especificidad respecto a la misma. Para poder ahondar en la materia, sería un requisito importante, contar con modelos más complejos del desarrollo de la conducta autoagresiva, que permitieran evaluar cuales son las experiencias que incrementan el riesgo de padecerla.

Siguiendo la línea de pensamiento de Linehan, la vulnerabilidad emocional en personas con desórdenes de la personalidad fronterizas y la evidencia que la autoagresión podría funcionar como la expresión de emociones superlativas, podrían representar las bases para el entendimiento de esta conducta.

Un aspecto importante de la investigación en esta patología psiquiátrica reside en el estudio de los fenómenos de disociación involucrados en el proceso. Algunos autores proponen que la disociación podría ser el mecanismo mediador entre trauma infantil y conducta dañina deliberada contra sí mismo.

La literatura estudió extensamente el tema en mujeres con alteraciones de personalidad fronterizas, pero sería necesario extender la investigación a otros grupos de personas. La experiencia clínica indica que la conducta autoagresiva es igualmente patrimonio de hombres y mujeres. Poco han estudiado los factores de riesgo vinculados al sexo del paciente, y es muy probable que haya notorias diferencias de riesgo en función del género

DEFICIENCIAS DE LA INVESTIGACION EN FORMAS MENORES DE LA DEPRESION EN ANCIANOS

Especialmente en sus aspectos psicológicos y psicosociales.

Manchester, Reino Unido.

El autor realizan una revisión bibliográfica de la literatura médica, a efectos de evaluar los avances en materia de salud mental en personas de la tercera edad, y notan que muy poco se ha investigado en los aspectos psicosociales y psicológicos de la depresión, especialmente en sus formas menores.

[*International Psychogeriatrics* 14:335- 346, Dic 2002 – SIIC]

La mayoría de la literatura médica, publicada originalmente con resumen en idioma inglés, entre los años 1998 y 2001, dedica muy poco espacio a las formas menores de la depresión, sus aspectos psicológicos e intervenciones psicosociales en pacientes de edad avanzada. Esta es la conclusión a la que llegó el autor, luego de revisar todas las publicaciones importantes en la materia, entre los años mencionados .

Las inquietudes que el autor intentó contestar con esta investigación bibliográfica, fueron: ¿ cuánta investigación original se llevó a cabo con relación a la depresión en pacientes de edad avanzada?, ¿de qué tipo? y ¿cuáles eran los aspectos y temas cubiertos? Utilizó en su investigación bibliográfica, 1002 artículos publicados entre 1998 y 2001. Las condiciones para incorporar un determinado artículo a esta búsqueda, eran: estar redactados en inglés, o por lo menos contuvieran un resumen en dicho idioma, los pacientes estudiados tuvieran más de 60 años, que fueran investigaciones originales con cohortes y control de casos, el principal foco del estudio fuese la depresión, o bien que el tema depresivo sea una parte importante de la investigación, aunque estuviera ligado con otras patologías como insuficiencia cardíaca o accidente cerebrovascular.

El material sometido a escrutinio fue de más de 2 000 artículos, pero muchos fueron excluidos ya que no cumplían con todos los criterios especificados.

El 60 % de las publicaciones incluidas en la revisión bibliográfica procedían de los EE.UU. y el Reino Unido que tienen el 11 % de los habitantes de mayor edad del planeta.

Solamente encontró 23 trabajos sobre depresión menor, y apenas 10 sobre distimia; el síndrome bipolar en la edad avanzada solo mostraba 3 publicaciones.

La mayoría de los trabajos se referían a farmacoterapia de la depresión y tratamiento electroconvulsivante.

Encontró, en cambio, muy pocas investigaciones respecto a intervenciones psicosociales y sobre el rol de los ejercicios físicos en la enfermedad depresiva. Las drogas más comunmente estudiadas fueron floxetina, moclobemida, nortriptilina, paroxetina, sertralina, tianeptina, buspirona, venlafaxina, milnacipram, reboxetina y fluvoxamina.

Solo 14 trabajos estudiaron conductas suicidas en pacientes depresivos, y 19 se enfocaron en ideas suicidas.

Respecto al pronóstico, también existen escasa referencias: uno de ellos hacía hincapié en el pronóstico pobre de estos pacientes en un contexto de atención primaria. El otro trabajo relacionaba la enfermedad depresiva como un predisponente al cáncer.

Los métodos utilizados para "medir" la depresión, fueron en su mayoría la Escala de Depresión Geriátrica y la Escala del Centro Epidemiológico de la Enfermedad Depresiva.

La población mundial está en crecimiento, así como también la expectativa de vida. Aproximadamente un 7 % de los habitantes del planeta, tiene 65 años o más, y en algunos países alcanza la cifra de 30 %. Este envejecimiento mundial, implica no solamente un incremento de las enfermedades neurodegenerativas como la enfermedad de Alzheimer, pero también el aumento de las depresiones, que afectan a una de cada 8 personas de la tercera edad, transformando esta patología en la más común de las enfermedades mentales en la vida tardía. Mucho se ha debatido respecto a si la prevalencia de la depresión está en retroceso o estable, luego de los 65 años de edad. Sin entrar en este debate, puede presumirse, que el envejecimiento de la población, hará inevitable el incremento de la depresión en los años venideros. La depresión está transformándose en una de las principales causas de incapacidad.

En personas ancianas, una depresión clínicamente significativa, lleva a una seria alteración de la calidad de vida y representa una causa fundamental del deterioro de la misma.

Mucho se investiga y publica en materia de demencia, pero en los últimos años, se ha acelerado la investigación sobre diversos aspectos de la depresión.

Un punto importante en todas las líneas investigativas, consiste en definir claramente que se comprende exactamente por depresión, ya que según lo resalta el autor, poco se ha investigado y publicado sobre casos que podrían ser considerados como de depresión menor. Este punto resulta muy importante a la luz de algunas publicaciones que confirman que la cantidad de casos "menores", superan ampliamente los casos de depresión mayor.

Resulta decepcionante para el autor, la escasa importancia que se ha dado a las intervenciones psicosociales, a pesar de las múltiples recomendaciones de autores importantes en este sentido y a la falta de investigación en prevención primaria.