La depresión

Héctor Aguilar Valdez aguilarvaldezhector@hotmail.com

1. **Introducción**
2. **Resumen**
3. **Generalidades**
4. **Causas y síntomas de la depresión**
5. **Depresión en las etapas del desarrollo**
6. **Conclusiones**
7. **Referencias bibliográficas**

INTRODUCCIÓN

La finalidad del presente trabajo es incrementar el bagaje de conocimientos sobre un tema de trascendencia afectiva en la vida del ser humano; la depresión, una enfermedad que muchas veces suele pasar desapercibida.

Nuestra carencia de información sobre este tema fue la motivación principal para el desarrollo de esta monografía, que está dividida en tres capítulos para una mejor comprensión.

En el primer capítulo trataremos el aspecto histórico, los conceptos, modelos que explican la depresión y los tipos de esta enfermedad. Aplicando muchos conocimientos enfatizadores en las causas: genéticas, psicológicas, ecológicas y sociales.

En el segundo capítulo se hablará acerca de los síntomas: afectivos, motivacionales, cognitivos, conductuales y fisiológicos. También sabremos los criterios clínicos de la depresión según el DSM-IV.

Finalmente, en el tercer capítulo, conoceremos de la depresión en las etapas del desarrollo, considerándose para este trabajo la infancia, la adolescencia y la tercera edad.

RESUMEN

La depresión es una disfunción en la cual el rasgo central es una alternativa en el estado de ánimo.

1.- Tipos de depresión: depresión exógena, de causa externa; y depresión endógena, provocada por la alteración de ciertos componentes del sistema nervioso central.

2.- Causas de la depresión.

a. Causas genéticas.- por la posibilidad de transmisión, la convivencia con una persona deprimida puede originar el mismo cuadro.
b. Causas psicológicas.- son influencias por factores determinados y desencadenantes.
c. Causas ecológicas.- el hombre desde siempre ha venido cambiando su hábitat, va a la búsqueda continua de sus satisfacciones.
d. Causas sociales.- los estados afectivos de depresión son una respuesta a la pérdida de los lazos de unión que han sido indispensables para la supervivencia y desarrollo del ser humano.

3.- Síntomas de la depresión.

a. Síntomas afectivos.- tristeza inmotivada y deseo de llorar, pérdida de interés, sentimiento de culpabilidad, estado de agitación o de inhibición, tendencia al suicidio, trastorno del juicio, humor, llanto incontrolable y vergüenza .
b. Síntomas motivacionales.- pérdida de la motivación positiva o incremento de la tendencia a la evitación y dependencia.
c. Síntomas cognitivos.- indecisión y presencia de delirios, percibir los problemas como abrumadores, autocrítica, pensamiento absolutista, problema de memoria y dificultad para concentrarse.
d. Síntomas conductuales.- experiencia espacio-temporal; pasividad, evitación e inercia, y problemas de habilidades sociales.
e. Síntomas fisiológicos.- alteraciones del sueño, pérdida del apetito y disminución del deseo sexual.

4.- Depresión en las etapas del desarrollo.

a. Depresión infantil.- los niños más pequeños expresan tristeza e indefensión en relación a las percepciones de soledad y vacío.
b. Depresión en la adolescencia.- existencia de “afecto depresivo de base” pero temporal, cambiante y determinado por situaciones externas.
c. Depresión en la tercera edad.- hacia los años 60 aproximadamente. Los síntomas consiste no sólo en las manifestaciones, evidencias observables de estrés sino también trastornos de interacción del individuo con su medio ambiente.

CAPÍTULO PRIMERO
GENERALIDADES

1.1.- ASPECTO HISTÓRICO.

La historia conceptual de loa enfermedad depresiva tiene su formulación primera en Hipócrates (460-370 a. C.). En realidad, el punto de vista hipocrático sobre la depresión no es específico, sino que abarca una concepción más amplia –casi nosológica- de enfermedades mentales. Hipócrates aísla tres formas fundamentales de locura: la melancolía, la frenitis y la manía (*Sigerist*, 1961). La melancolía se caracteriza, en versión hipocrática, por aversión a la comida, irritabilidad, cansancio y somnolencia. Como puede observarse, Hipócrates subraya la sintomatología más específicamente somática (*Martiny*, 1964). Sin embargo, el médico de Cos sugiere que tanto el miedo como la tristeza, sean o no depresivos, cuando se prolongan mucho tiempo pueden transformarse en melancolía (*Hipócrates*, 1967).

Galeno de Pérgamo (130-210) apenas habla de la melancolía, al menos en el sentido psicopatológico que posteriormente llegó a adquirir. Para Galeno a la discusión hay que establecerla en torno a si la melancolía es apenas un síntoma o más bien un estado fisiológico.

Muchas de las afirmaciones que en relación a la melancolía se atribuyen a Galeno de Pérgamo son las procedentes del escrito seudogalénico *On Medical Definitions* (*Galeno*, 1963).

En esta obra se describe la melancolía como una alteración crónica que no se acompaña de fiebre. Los pacientes melancólicos se presentan como temerosos, suspicaces, misántropos y cansados de la vida. En la tipología depresiva, aquí descrita, se pone especial énfasis en la denominada “melancolía hipocondríaca”, un cuadro en el que principalmente se destaca la flatulencia y las alteraciones digestivas (Jhanso, 1969). Se destaca también el componente delusivo de algunas depresiones en las que algunos pacientes se experimentan como “sujetos hechos de cristal, o sin cabeza o habiendo sido envenenados” (Siegel, 1968). Estas aportaciones galénicas acentúan más la sintomatología hipocondríaca.

El término “*melancolía*” (palabra derivada del griego melas, “*negro*”, y chole “*bilis*”), se observó para designar a los pacientes que con frecuencia vomitaban bilis negra a causa de su irritabilidad y ansiedad. Al menos éste es el significado que se desprende del análisis del contexto en el que lo empleó Cicerón. Inicialmente, su uso no designó una relación causal entre la bilis negra (causa) y la depresión (efecto), como dice expresamente *Caelius Aurelianus* (siglo V). Siguiendo a este autor, los síntomas que preceden a la aparición de la melancolía (el vómito de bilis negra) tampoco se aproximan a la sicopatología de las depresiones, tal y como hoy las conocemos, y mucho menos llegan a implicar una somatización de tipo etiológico sobre la depresión.

Estos síntomas consisten en ansiedad, silencio, rechazo y hostilidad hacia la propia familia. En ocasiones deseos de vivir y en ocasiones deseo de morir; suspicacias ante la idea de que se ha decidido un cierto complot contra el paciente, llantos y quejas sin sentido, etc. Por otra parte, la manía y la melancolía no surgen como dos alteraciones clínicamente contrapuestas que pueden estar relacionadas entre sí. La melancolía en una forma mapas de locura, de manía (entendida ésta como insania general). Hipócrates y más tarde Areteus fueron los que establecieron una cierta conexión psicopatólogica entre manía y melancolía, pero la formalización de esta conexión no se encuentra en la clínica hasta la obra de Bonetus (siglo XVII).

Bonetus se refiere en una de sus primeras obras (1679) a la “manía de la melancolía” (*melancholiae manía)*; sólo años más tarde, en otra publicación (1686), asentará definitivamente la relación y la significación etiopatogénica existente entre la melancolía y la manía. Bonetus emplea él término *maniacomelancholicus*, término equivalente al usado hoy de “*maniacodepresivo*”.

En el largo periodo medieval, la melancolía se conceptualiza como *acedia*. Sin embargo, a pesar de que el uso de este término se extiende alrededor de más de diez siglos, su significación no es constante. En este largo periodo pueden distinguirse, desde esta perspectiva, dos diferentes etapas: una, que se prolonga hasta el siglo XII; y otra, desde este siglo en adelante.

En esta primera etapa, muy vinculada al pensamiento de la Alta Edad Media, la acedia se va a configurar, siguiendo la tradicional denominación, como un vicio capital más. Hay que esperar hasta el siglo XII, si exceptuamos las aportaciones de san Gregorio Magno (540-604), para asistir a la configuración de la acedia como otra cosa, como un desorden de la vida emocional que se tematiza en funciones de los apetitos dentro del marco teórico de las pasiones, introducido por santo Tomás. Gracias a la escolástica, la acedia va a inscribirse en el ámbito de los desequilibrios humorales, a través del cual se establece la conexión con el pensamiento médico.

En síntesis puede afirmarse que durante la Alta Edad Media la significación de la acedia se restringe al recortado ámbito de la teología moral; con santo Tomás se *psicologiza*, y a partir de él se *medicaliza*. En realidad, dicho término se usó en este periodo para designar también la melancolía, pero un especial tipo de estado melancólico en el que la tristeza, la pena y el abatimiento no constituían sus principales contenidos,

sino más bien la pereza y la holgazanería. Al comienzo, la acedia estuvo muy vinculada al pecado de pereza. Más tarde, su significación designa también una especial lasitud, un cierto desaliento y descuido, asociándose con la tristeza y apuntando especialmente a los estados de desesperanza.

Durante este periodo inicial, la acedia es tipificada como un "estado del alma", cuyo padecimiento se restringía únicamente a los religiosos que vivían en el aislamiento y la soledad de sus respectivas celdas. Casiano describe este sexto combate de la lucha ascética al exponerlo a sus monjes. La acedia produce desgana, apatía, estar en disgusto en su celda, dificultades para respirar, y pereza y flojedad para cometer los trabajos propios de la clausura y de la vida recoleta. El monje comienza a pensar que jamás se sentirá bien hasta que no abandone el monasterio; el descanso se hace imposible, mientras que el tiempo pasa lenta y pesadamente. Desaparece la paz que tradicionalmente acompañaba, como una de sus principales características, a la vida contemplativa. Mientras tanto, surgen deseos de abandonar la soledad de la celda las diversiones y actividades mundanas.

Durante la etapa tardía de la Edad Media al acedia no es ya un fenómeno que incida únicamente sobre los clérigos, sino que se extiende también a los laicos. En cualquier caso, la tristeza ha desaparecido del catálogo de pecados, a la vez que la acedia va distanciándose del concepto de tristeza. En este punto, asistimos a la reposición del tradicional concepto galénico de la melancolía, cuyo perfil psicopatológico está caracterizado por tristeza, temor, actitudes misantrópicas y suspicaces, cansancio de la vida y, a menudo, aunque no siempre, por la aparición de ideas delirantes. Aunque acedia y melancolía no se superpongan ni identifiquen en este contexto histórico, ambos conceptos, sin embargo, comienzan a hacerse convergentes. En particular, lo que diferencia a la melancolía de la acedia es la aparición o no de las ideas delirantes. Sin embargo, la pena, el desaliento y la desesperanza, que tradicionalmente caracteriza a la acedia, son ahora síntomas que se transfieren al concepto de melancolía y en él quedan subsumidos. Durante los siglos XV y XVI, la melancolía sustituye a la acedia; la sintomatología que en el pasado caracterizaba a la acedia se metamorfosea y adquiere una nueva titularidad bajo el concepto de melancolía. La pobreza, el *torpor*, la indolencia, son ahora de nuevo sustituyen los principales signos sobre los que se asentará el concepto de melancolía.

En el transcurso de los dos siglos siguientes, el concepto de acedia casi se volatiliza; en su lugar adquiere un uso progresivamente mayor el término *melancolía*. A lo largo de este proceso conceptual la melancolía queda adscrita al fin a la clínica sin ninguna connotación o remembranza de su antigua vinculación con la acedia y con el contexto religioso en que ésta surgió.

1.2.- REVISIÓN CONCEPTUAL DE LA DEPRESIÓN.

La depresión según el diccionario se define como un estado afectivo penoso, calmo y duradero, con un dolor que invade la conciencia. Definición muy larga en psicología intenta definir poniendo énfasis sobre un sentimiento de pérdida o de carencia que permite experimentar un estado de abatimiento con enlentecimiento del área psicomotora.

Camphell (1995) señala: que "el término depresión se emplea para describir el humor, entonces se refiere a sentimientos de tristeza, desesperación o aflicción, la depresión es experimentada universalmente como normal. Cuando el término se usa en el diagnóstico, la depresión puede ser índice siquiátrico específico o un componente de la enfermedad".

También podemos definir a la depresión como:

A.- Depresión como Síntoma:

Una vez que está claro el trastorno depresivo vemos cómo la depresión puede estar asociada con muchas otras enfermedades siquiátricas y médicas.

Los síntomas afectivos casi nunca se presentan solos; van combinados con trastornos somáticos y psicosociales incluso cuando están asociados a otras enfermedades (el síntoma es lo que manifiesta el paciente, es muy subjetivo).

B.- Depresión como Signo:

Es lo que se observa, percibe en el sujeto, es la parte objetiva como: llanto, malhumor , inestabilidad, ideas autoderrotantes o suicidas.

C.- Depresión como Síndrome:

Es la suma de síntomas o signos, no necesariamente cambios afectivos sino que integran a carencia, vegetativos y psicomotores, cognitivos motivacionales.

El síndrome clínico puede aparecer como problema principal o puede acompañar a otros trastornos, como: anorexia, cambio de peso, estreñimiento, retardo, agitación psicomotora, dolor de cabeza, y otros trastornos corporales.

1.3.- MODELOS QUE EXPLICAN LA DEPRESIÓN.

1.3.1.- <u>MODELO NEUROFISIOLÓGICO.</u>

La sinapsis es la unión de dos neuronas. Los neurotransmisores son las sustancias químicas que harán posible la transmisión, estas son: la Noradrenalina (genera dolor); la Serotonina (genera el estado de ánimo); y la Dopamina (genera placer). Estas son almacenadas en gránulos o vesicular; cuando llega el impulso nervioso, estas se rompen y son liberadas en el espacio intraneuronal, puede seguir cuatro caminos posibles:

1. Una parte actúa en los receptores de la neurona siguiente, “esta es la única acción eficaz”. Cuando mas excitan los receptores mas estímulos nerviosos transmiten.
2. Otra parte es captada de nuevo por la célula que lo libero y se almacenan otra vez..
3. Pueden también inactivados por la acción de sustancias llamadas enzimas que lo descomponen para que no sigan y cese la transmisión del mensaje.
4. Pueden por último actuar sobre los receptores de la neurona que los libero para controlar esta liberación y frenarla.

A mayor liberación de neurotransmisores que generan dolor, mayor será el estado de ánimo, decaído (Montejo 1986).

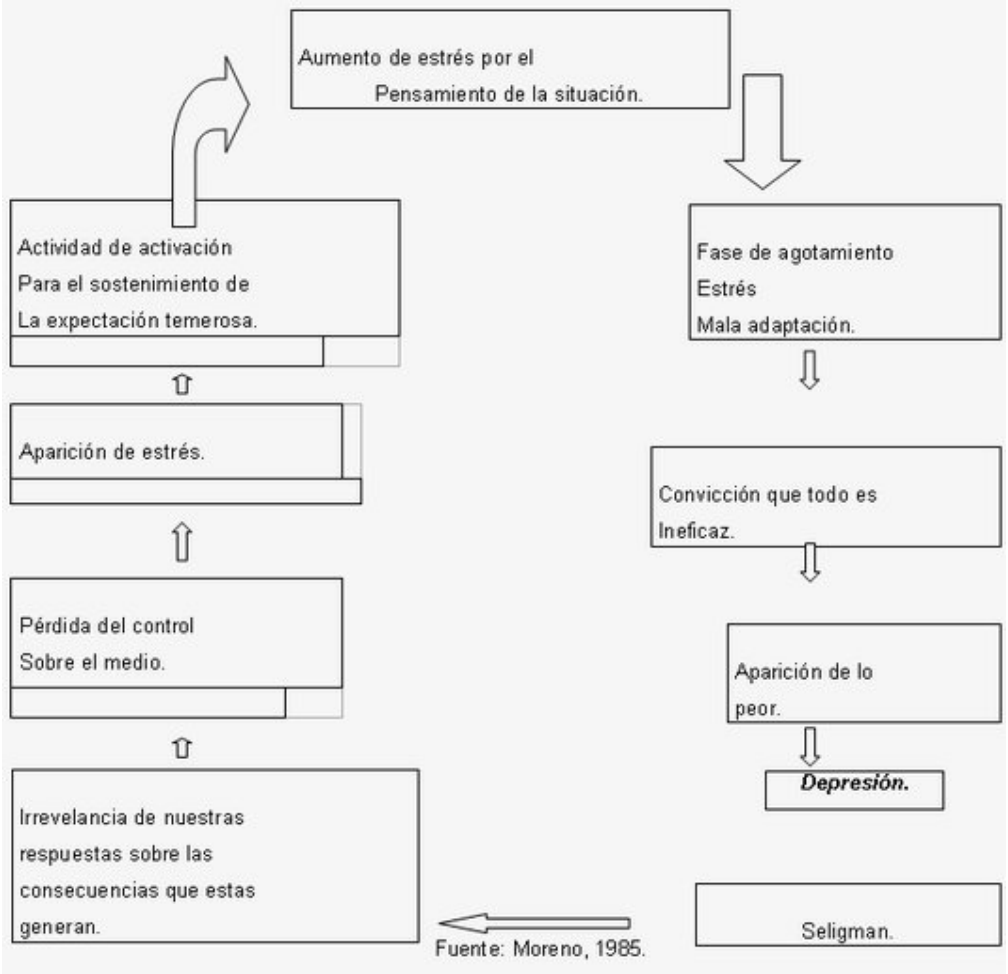
1.3.2.- MODELO COMPORTAMENTAL.

A.- Teoría de Seligman(1967):

Hicieron los experimentos mas importantes para explicar la depresión.

El experimento constaba en dos etapas:

- En la ***primera*** sujetaba a un perro y se le sometía a descargas eléctricas que no podía evitar.
- En la ***segunda*** etapa se le colocaba al perro en una cabina con dos partes comunicadas a una electricidad y la otra sin electricidad, al situarlo en la parte electrificada el perro no hacia ningún esfuerzo por liberarse de la corriente, a ese estado se llamo “la desesperanza aprendida”. Esto lo explica en su teoría de la depresión la cual el sujeto aprende a vivir con el dolor o el malestar y se dice que aprende con la desesperanza. La desesperanza se origina cuando se bloquea una respuesta de escape a una situación adversiva. Sus componentes son:
  a. Falta de control objeto-externo.
  b. Representación de la contingencia.
  c. Conducta manifiesta.
- En el nivel emocional: ante un evento traumático causa miedo.
- En el nivel motivacional: proviene de las expectativas.



Fuente: Moreno, 1985.

B.- Teoría de Beck (1967):

1. *Paradigma Cognitivo*: es lo que induce al paciente a que se deprima con pensamiento negativo como:
    a. Pensar constantemente en el problema en si mismo negativamente.
    b. Consideración negativa del mundo.
    c. Consideración negativa del futuro.

    Según el autor Beck, 1967, describe criterios de respuesta de estímulos, tales son:

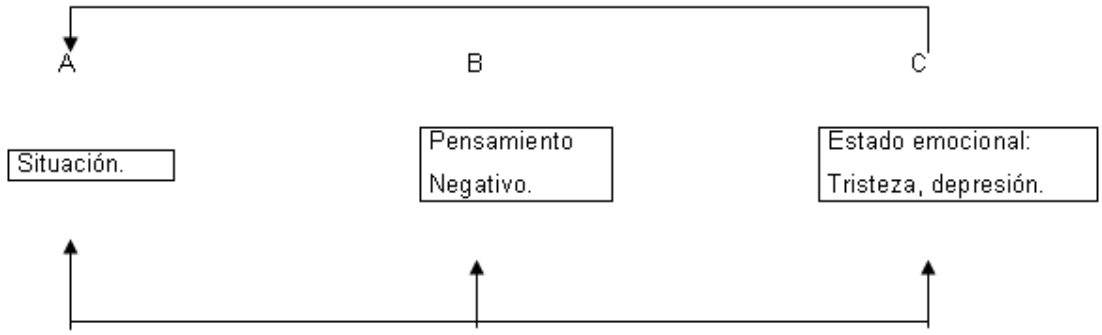
    a. Inferencia Arbitraria (relativo al respuesta): se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión cuando no hay evidencia, o es contraria la conclusión.
    b. Abstracción selectiva (relativo al estímulo): consiste en centrarse en un detalle negativo, sin ver las cosas positivas de esta.
    c. Generalización Excesiva (relativa a la respuesta): queda fijada en errores cometidos, al evaluar la significación o magnitud del evento.
    d. Personalización (relativo a la respuesta): es la tendencia y facilidad para atribuirse asimismo fenómenos externos cuando no existe una base.
    e. Pensamiento Absolutista: se manifiesta en la tendencia para clasificar todas las experiencias negativas.
2. *Los esquemas*: son las bases para la interpretación de tipo particular de una situación. Este concepto es usado para explicar como un paciente deprimido mantienen sus actitudes de causarle dolor y autoderrota a pesar de la evidencia del objetivo.
3. *Los Errores Cognitivos*: falsos procesamientos de información.
    a. Inferencia arbitraria: sacar una conclusión cuando no hay evidencia o es contraria a la conclusión.

b. Excesiva generalización (y si me muero) y si me sale mal. Es sacar conclusión cuando no hay (generalizo todo me va ir mal).
c. Aplicación: exagera a la importancia de un hecho particular.

En la teoría de Back, 1967, hay tres cosas importantes en su terapia cognitiva.

La objetividad alterada esta constituida por distorsiones cognitivas que han sido originadas a través de estructuras inadecuadas del pensamiento. Por la vía de las percepciones "una situación desencadena emociones que pueden ser deprimentes".

"La emoción no es producto de la situación sino el pensamiento es producto de mi malestar, entonces, tengo que cambiar mi manera de pensar para sentirse mas aliviada".



Clientes	*SITUACIÓN*	*PENSAMIENTO*	*EMOCIÓN*
Cliente "A".	Acabo de perder mi empleo.	Soy un perdedor.	Estoy deprimido.
Cliente "B".	Mi mujer me ha dejado.	Se acabo mi vida.	Estoy muy nervioso.

C.- Teoría de Fester Lazarús (1973):

Explica la depresión como déficit severo en el suministro de refuerzo social, atención, estigma, aprecio, esto lleva a conductas de alejamiento, retraimiento del sujeto y de las otras personas con una actitud amarga, existen para con los demás, así como una actitud de desvalorización personal, rechazo, desprecio, comportamiento de evitación a consecuencias negativas desagradables que conduce al déficit en el refuerzo social positivo por tanto va a deprimirse.

D.- Teoría de Lewinson:

Nos habla sobre la ausencia del refuerzo positivo ya sea en el ambiente social y familiar con frecuencia castigo y esto conlleva al evitamiento de consecuencias castigadoras y la baja taza de refuerzo positivo, en consecuencia va a dar la depresión (Noriega, 1986).

E.- teoría de Leintember (1984):

También cree que el depresivo esta desesperanzado acerca del logro de sus propósitos y acentúa la idea que el paciente se culpa así mismo por sus fracasos (Noriega Adelaida, 1986).

F.- Teoría Schmale y Enget:

Indicaron que la falta de confianza y la importancia hacen a una persona más sensible a la depresión, señalan que la pérdida o amenaza de pérdida está relacionada con la ira y el miedo.

1.3.3.- MODELO PSICOANALÍTICO.

Freud distingue con toda nitidez ente el *duelo* y la *melancolía*: el *duelo* es, por lo general, la reacción a la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente. El *duelo* es un efecto normal a la *melancolía.*

La *melancolía* se caracteriza psíquicamente por un estado doloroso, una cesación por el mundo exterior, la perdida de la capacidad de amar, la inhibición de todas las funciones y (la disminución del amor propio). Esta se traduce a los reproches y las acusaciones que se hace el paciente así mismo:

- El duelo intenso reacciona a la pérdida de un ser amado, integra el estado de ánimo doloroso, la cesación de interés del mundo exterior.
- Por eso la melancolía es la verdadera depresión para Freud y se caracteriza en:
  - Extraordinaria disminución del amor propio.
  - Egotización, implicación del *yo* en la reacción ante la pérdida del objeto.

- Autocrítica pública de su *yo* sin ningún poder de lo que diferencia el remordimiento normal.
- Pérdida del *autoestima*.
- El ánimo se retrotrae al *yo* en lugar de desplazar al objeto de allí la relación: *narcisismo* y *depresión*.

- Melanie Klein (1960), con su teoría psicoanalítica de la melancolía dice: "el conflicto va establecer el *yo* y *ello* muy similar a la neurosis, ya que en la depresión, el *yo* (identificado por el objeto bueno) y se enfrenta al *ello*, bien porque esta identificado con los objetos malos bien por que supone una gran amenaza o pérdida del objeto bueno (Polaino 1986).

1.3.4.- MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL.

Una teoría cognoscitiva importante ha sido propuesta por Beck (1976), de acuerdo con esta la depresión es un trastorno primario en el pensamiento más que un trastorno básico en el estado de ánimo. La manera en que las personas estructuran e interpretan sus experiencias determinan sus estados afectivos. Si los individuos ven una situación como desagradable centran un estado de ánimo de desagrado.

Se dice que los pacientes deprimidos tienen esquemas que los preparan para la depresión, (un esquema es un patrón de pensamiento o una serie cognoscitiva que determina las reacciones y respuestas de una persona). En otras palabras, los esquemas tienen a modificar, o colorear la interpretación de la información que se reciben.

1.4.- TIPOS DE DEPRESIÓN.

Para una mejor comprensión de las diferentes formas de presentación de la depresión se le puede diferenciar en dos apartados distintos, según su origen: depresión exógena o reactiva, y la depresión endógena o biológica.

1.4.1.- DEPRESIÓN EXÓGENA.

Consiste en una respuesta anormal en intensidad o duración, a experiencias vitales del individuo, que pueden llevarle a o ver las cosas tal como son, sino, tal como le guía su estado de ánimo. Se considera que tiene una causa externa, generalmente por conflictos psicológicos, y por este motivo recibe también el nombre de depresión neurótica. Las manifestaciones depresivas ante situaciones de enfermedad, muerte, problema laboral, desengaño amoroso, etc., que pueden ser superadas con ayuda de apoyo afectivo o distracción, no pueden ser consideradas como depresiones, sino, como reacciones depresivas. Esta forma de reaccionar no ser considera una anormalidad, sino al contrario, representa una respuesta normal y deseable ante situaciones que lógicamente deben entristecer y preocupar.

1.4.2.- DEPRESIÓN ENDÓGENA.

En la depresión endógena, no se encuentra un acontecimiento previo desencadenante, no hay agentes exteriores que justifiquen la intensidad de los síntomas. Se sabe que está provocada por la alteración de ciertos componentes del sistema nerviosos central, por un desajuste *neuroquímico*. Se considera más grave que la depresión reactiva. Los casos más severos de este tipo de depresión reciben el nombre de depresión psicótica (particularmente si está asociada a periodos de excitación maniaca).

Existen cuadros depresivos mixtos, en los que asocian ambos factores. Junto a una depresión de carácter endógeno pueden presentarse conflictos o situaciones traumáticas que de alguna manera justifican los síntomas. En el inicio del trastorno, este tipo de enfermos, suelen pensar que existe una correlación entre la causa –en conflicto- y el efecto –la sensación depresiva-, pero pronto se da cuenta que tales ejemplo son desproporcionados, y se dicen a sí mismo que no es normal lo que sucede.

Al hacer el diagnóstico de la depresión es importante resaltar las bases orgánicas, pues la conducta depresiva esta asociada ocasionalmente a la demencia arteriosclerótica y la senil, lesión cerebral, enfermedad de parkinson y de Alzheimer, Corea de Huntington, hepatitis infecciosa vírica, acción de fármacos como la cortisona, la reseprina, el propoanolol o los anticonceptivos orales.

CAPÍTULO SEGUNDO
CAUSAS Y SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN

2.1.- CAUSAS DE LA DEPRESIÓN.

El ser humano es considerado como una unidad biopsicosocial, debemos considerar una serie de factores que pueden determinar: algunos de ellos estarán en función al diagnóstico. Cada autor de acuerdo a sus perspectivas determinará la etiología de la depresión, con cierto predominio en algunos agentes predisponentes y determinantes.

La participación de factores ambientales, éste estado básico, tenemos que reconocer que en la depresión psicótica puede influir elementos ambientales de diferente tipo, descartándose el criterio clásico de que por ser cuadro endógeno no es susceptible de modificación por factores exteriores.

Aun cuando no existen factores etiológicos específicos en ningún tipo de depresión, con fines didácticos consideraré las causas que han sido establecidas por el autor: causas genéticas, psicológicas,

ecológicos y sociales. Así mismo establece una división a los depresivos en tres tipos: psicóticos, neuróticos, y simples (Calderón, 1989).

2.1.1.- Causas genéticas:

Estas causas son de mayor importancia en las depresiones psicóticas, los factores constitucionales no pueden ser ignorados en este cuadro. Es evidente, con frecuencia se presentan trastornos depresivos en varios miembros de la familia, es decir, no se habla de herencia directa de la depresión, simplemente de posibilidad de transmisión, ya que los miembros de una familia están sujetos a los mismos factores ambientales que pueden determinar la depresión, la convivencia con una persona deprimida puede originar el mismo cuadro.

2.1.2.- Causas Psicológicas:

Estas causas pueden intervenir en cualquier tipo de depresión, pero son importantes en la depresión neurótica, ya que los factores emocionales desempeñan un papel importante, presentándose desde los primeros años de vida, estos determinan los rasgos de personalidad. Estos rasgos, no son heredados, sino, se aprenden a través de la estrecha interrelación y la dependencia respecto de los miembros de la familia. Estas causas psicológicas son influenciadas por factores determinantes y desencadenantes.

Cuando se habla del factor determinante, existe la creencia de que casi todos los patrones de conducta inadaptada se derivan de conflictos y actitudes afectivas que aparecen desde la niñez, para entender la conducta inadaptada de un sujeto se deben relacionar los síntomas del individuo con alguna situación problemática que no fue resulta durante la infancia.

Durante la infancia se presentan algunos trastornos, terror nocturno, berrinches, timidez, se conceptúan como problemas de conducta, situacionales. Cabria la posibilidad de advertir la presencia de sentimientos de culpa, conflictos creados por necesidades inconscientes de situaciones que en la vida del sujeto ha tenido un gran significado.

También sería conveniente mencionar la influencia del objeto perdido, este elemento, “pérdida”, puede ser reciente y real, o puede haberse presentado en el pasado, ser algo intangible, como afecto, autoestima; como la juventud que se va. Esta pérdida del objeto durante la etapa de desarrollo podría relacionarse con la psicopatología de la vida adulta.

Si se habla de las etapas del desarrollo, si un niño no tiene una relación satisfactoria con su madre, podría volverse reservado y ser incapaz de tener relaciones adecuadas en otras etapas de la vida. Pues la relación etiológica existente entre la carencia afectiva en la primera infancia y determinados trastornos de la personalidad pueden persistir hasta la adultez.

El individuo deja de ser niño para ser adulto; sus esfuerzos por alcanzar la madurez y lograr su independencia puede originar un periodo de turbulencia emocional al adolescente.

Esta conducta rara exasperante del adolescente emana de sus inexpertos esfuerzos por enfrentar a situaciones difíciles, aún le falta madurez emocional, éste suele padecer alteraciones emocionales y cambios de la personalidad, van ah existir factores que influyen en el desarrollo normal del adolescente, originándole severas depresiones que podrían llevarlo hasta el suicidio, estos factores también van ha ocasionar ambivalencia en relación con el logro de su independencia, inicio de la actividad sexual.

Una de las metas del adolescente es lograr su propia identidad, al querer demostrar ante sí mismo y ante la sociedad su autonomía, el adolescente provoca reacciones antisociales, autodestructivas, entonces entra en conflicto con el medio.

La pérdida del objeto en el adulto es más fácil de identificar, puede ser la pérdida de un ser querido, situación económica, poder o salud. Cuando se da está situación de pérdida, la magnitud de la respuesta está condicionada por la intensidad de los lazos de afecto. Si se presenta la depresión, sugiere Calderón (1989): *“el abordaje terapéutico debe estar condicionada por las diferentes características específicas del cuadro por tratar, refiere que las causas psicológicas de la depresión son diversas, y que afectan al ser humano en cualquier etapa de la vida*”.

2.1.3.- Causas Ecológicas:

El hombre desde siempre ha venido cambiando su hábitat, va a la búsqueda continua de sus satisfacciones. Durante estos últimos siglos la humanidad alcanzó un grado de desarrollo científico y tecnológico, esto proporciona al hombre una gran satisfacción, pero también tuvo consecuencia negativa, como: un aumento acelerado de la población, explotación inmoderada de recursos naturales, producción incontrolada de sustancias contaminantes, una severa contaminación ambiental y el desequilibrio ecológico.

2.1.4.- Causas Sociales:

Los estados afectivos de depresión son una respuesta a la pérdida de los lazos de unión que han sido indispensables para la supervivencia y desarrollo de nuestra especie. Durante siglos los tres sistemas de apoyo social más trascendental ha sido la familia, la comunidad de vecinos y la iglesia.

Hoy en día, si hablamos de los lazos familiares se han debilitado, los jóvenes tratan de independizarse cuando los medios económicos le permiten.

Por otro lado, los lazos religiosos se están debilitando cada día, el número de personas que hace gala de un materialismo, sin esperar ayuda espiritual o divina de ningún tipo.

El vivir en una época agitada, no existe entre los vecinos una relación de afecto y apoyo emocional que existía antes.

2.2.- SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN.

2.2.1.- Síntomas afectivos.

- *Tristeza inmotivada y deseo de llorar*: la tristeza es el síntoma fundamental, puede manifestarse también como abatimiento. El individuo deprimido, muchas veces, no relaciona esa tristeza con ningún hecho de su vida, es lo que algunos especialistas llaman "tristeza inmotivada". Si la depresión es leve, este abatimiento variará durante el día y a veces el individuo se pondrá alegre y reirá. Según va agravándose, es menos frecuente que haya momentos de alegría, hasta el punto que la tristeza llena constantemente la vida. El estado de abatimiento puede ser más intenso por la mañana que por la tarde; manifestaciones de la "ritmicidad". Los pacientes con frecuencia lloran, sin saber por qué. El llanto les puede aliviar algo. Si la depresión es grave, ya no se puede ni llorar; algunos lo llaman a este estado "depresión seca".
- *Ansiedad e irritabilidad constante*: la ansiedad es un continuo estado de intranquilidad, se manifiesta como una aprehensión constante. El individuo está en tensión contínua, nunca relajado. La ansiedad deriva la irritabilidad. Cualquier cosa provoca molestia e irrita enormemente, y puede provocar la agresividad. El que le "lleven la contraria" o le hagan la mínima observación puede ser suficiente para que se ponga de mal humor o "explote" contra cuantos lo rodean. Generalmente la familia suele padecer las consecuencias de esta irritabilidad, pues con los extraños el individuo se reprime mucho más. Luego, puede darse cuenta de que ha actuado mal y culparse por lo que ha hacho, con lo que empeora su estado y se hunde más.

  La ansiedad puede producirse por el estrés, la neurosis, la esquizofrenia; siempre con carácter muy semejante. Hay numerosos síntomas somáticos que son debidos a la ansiedad: palpitaciones, dolor de cabeza, malestar, sudoración, sensación de no poder respirar, "gases" y otros trastornos digestivos, mareos, etc., por lo que ante estos síntomas podemos pensar que en el fondo hay ansiedad o depresión.
- *Pérdida de interés*: al deprimido cada vez le interesa menos actividades, objetos o personas. Va abandonando las amistades y se encierra cada vez más en casan. No le interesa hablar con los amigos, ni siquiera con los familiares. Quiere que le dejen en "paz". Al final acaba encerrándose en su dormitorio y viviendo en soledad.

  Todo lo molesta: el ruido, las conversaciones, la compañía, etc. Sus actividades cada vez le producen menos satisfacción y se desinteresa de ellas. No sólo sus obligaciones van a afectarse, sino también sus aficiones: el deporte, el cine, la lectura, la vida social; todo le aburre y le cansa, nada le satisface. Su trabajo le resulta le resulta muy costoso, hasta que lo deja. Descuidará sus ropas, su aseo personal, su habitación; es casi inútil recomendarle que se arregle, oye esto con indiferencia o con irritación.
- *Sentimiento de culpabilidad*: el deprimido tiende a culparse de todo. Cuantos fallos hay a su alrededor cree que son provocados directa o indiferentemente por él. Cuanto más grave es la depresión, más profunda e irracional son los sentimientos de culpabilidad.

  Sienten que no son capaces de hacer lo que desean, exagera sus defectos, creen que todo lo hacen mal. Llegan a sentirse responsables de cuantas desgracias ocurren en el mundo. Se habla de los delirios de ruina, enfermedad de culpa, como los propios de la depresión. Un ama de casa pensará que no ha tenido bien a sus hijos, que no los está educando, que por su culpa van a padecer enormes desgracias.; un hombre de negocios pensará que la empresa no va bien por él, que se va a arruinar, que se pierden contratos porque él no es eficaz, pensará que le van a despedir.
- *Estado de agitación o de inhibición*: la agitación psicomotriz es un estado de inquietud y movimiento permanente. Estas personas no pueden estar sentadas o descasando, necesitan moverse, levantarse o sentarse, caminar, mover la manos, mirar a uno y otro lado. Manosean nerviosamente un objeto que tiene entre los dedos, se muerde las manos os e tiran de los cabellos. No tiene sosiego.

  Algunos autores indican que esta agitación es mayor cuando el deprimido es un individuo de edad avanzada, pero puede verse en pacientes en pacientes de cualquier edad.

Otros deprimidos presentan inhibición. Esta se manifiesta por “retardo psicomotriz”, esto es, lentitud de movimientos: anda despacio, habla lentamente, mueve los brazos con pesadez, parece como si cualquier manifestación motriz le fuese difícil. Así mismo están enlentecidas las funciones del pensamiento, las ideas, la comprensión, las reacciones son lentas.

- *Tendencia al suicidio*: depresión y suicidio siempre han sido unidos. Algunos autores hablan de una tasa de suicidios del 15% en la población mundial. Se han realizado numerosos estudios para encontrar un elemento que sirviera para “predecir” el suicidio y, consiguientemente, dedicar esfuerzos a evitar que estos individuos con mayor riesgo se suicidaran. Encontraron que la dimensión psicológica que más se relacionaba con el futuro suicidio era la “desesperanza”. El enfermo deprimido vive en desesperanza y por eso tendría más a la autoagresión. Al estudiar las personalidades depresivas mediante tests proyectivos, se descubrió que los elementos que indican un mayor riesgo de suicidio son la impulsividad, las tendencias agresivas y la depresión. No obstante hay autores que, aún admitiendo la relación entre depresión y suicidio indican que la “explicación del suicidio en base de los desajustes del estado de ánimo en base a los desajustes del estado de ánimo es bastante limitada. Si queremos comprender bien las relaciones entre el suicidio y la depresión no nos queda más remedio que fijarnos con atención en la heterogeneidad de los casos de conducta suicida y en el contexto total en que se enmarcaron estos comportamientos” (Hankoff, 1982).
- *Trastorno del juicio*: el deprimido con frecuencia sólo observa la parte negativa de cuanto le rodea. Todo le parece “negro” y sin sentido. El futuro lo ve de modo pesimista: nada le va a ir bien, le sobrevendrán numerosas desgracias. Cualquier plan o proyecto que le propongan piensa de antemano que no va a valer para nada. Esta distorsión de la realidad es un obstáculo incluso para su posible curación. La desesperanza le llena por completo. Puede decirse que cuando un enfermo comienza a hacer planes de futuro y a organizarse la vida con vistas al mañana, está saliendo de su depresión.

  Esta deformación de la realidad externa en el sentido de verla sólo en sus negativos, ocurre también con la propia imagen corporal. El deprimido se ve deforme, más “feo”, sin atractivo personal. Puede pensar que desagrada a cuantos le rodean, sus imperfecciones físicas son llevadas a primer plano y lamentadas como algo terrible y sin remedio. Una pequeña mancha en la cara que antes apenas le llamaba la atención, de repente cobra una inusitada importancia y puede ser la causa aparente de que no salga a la calle o de que intente una cirugía plástica.
- *Humor*: el humor suele ser un buen distractor de los sentimientos de tristeza del paciente. Muchos pacientes conservan el sentido del humor a pesar de su falta de alegría; en base a ello, el terapeuta ducho en poner de manifiesto el sentido gracioso de las situaciones puede distraer la atención del paciente, aunque sólo sea temporalmente, valiéndose del humor. Cuando un paciente depresivo capta el aspecto humorístico de una situación, suele ser un signo de que está desarrollando o aplicando una importante habilidad para hacer frente a los problemas.
- *Llanto incontrolable*: los periodos de llanto son un síntoma frecuente en la depresión. Habitualmente se da más en las mujeres. En ocasiones, los pacientes se sienten mejor después de haber llorado, pero generalmente lo que ocurre que se depriman aún más. Algunos pacientes lloran hasta tal punto que la comunicación con los demás se ve seriamente impedida.
- *Vergüenza*: siente vergüenza a causa de algún aspecto “socialmente indeseable” de su personalidad o de su conducta. A diferencia de los sentimientos de culpabilidad, motivados por una supuesta infracción de los códigos *ético* o *moral* por parte del paciente, la vergüenza surge de la creencia del paciente de que le juzguen como infantil, débil, loco, en general, inferior.

2.2.2.- Síntomas Motivacionales.

- *Pérdida de la motivación positiva e incremento de la tendencia a la evitación*: es la ausencia de la motivación para llevar a cabo las tareas más simples, suele ser uno de los síntomas principales de la depresión. La persona sabe lo que tiene que hacer, pero no tiene el estímulo ni el deseo para realizarlo.
- *Dependencia*: la dependencia excesiva es uno de los síntomas principales de la depresión. A persona depresiva suele presentar una marcada tendencia a pedir ayuda a los demás para realizar sus actividades cotidianas. Este deseo de ayuda, que puede tomar la forma de quejas o exigencias, generalmente excede la necesidad real de ayuda. Aunque el hecho de conseguir la ayuda solicitada puede aportar a la persona depresiva un alivio temporal, también puede reforzar su dependencia y su falta de seguridad.

2.2.3.- Síntomas Cognitivos.

- *Indecisión y presencia de delirios*: la indecisión va unida tanto a la inhibición intelectual como al trastorno del juicio. Al enfermo de depresión le cuesta mucho tomar decisiones. Las dudas le cubren por completo. El componente del trastorno del juicio hace que tema fallar y decidir erróneamente; la inhibición intelectual le bloquea y paraliza. Como le cuesta empezar a hacer las cosas, las retrasa, sólo actúa y decide cuando no tiene más remedio. Piensa sobre un problema, lo deja, vuelve a pesar, y así tarda en resolver la situación, aunque sea algo tan simple como salir o no salir de casa.
  Los delirios suceden en las depresiones graves. El delirio es definido por los clásicos como una "idea falsa originada patológicamente y que resiste a toda argumentación". En la depresión suelen tratar sobre temas de culpa, enfermedad y ruina, como ya hemos dicho.
- *Percibir los problemas como abrumadores*: la "tríada cognitiva" consiste en una negativa del mundo exterior, de sí mismo y del futuro. La visión negativa del futuro ("desesperanza").
- *Autocrítica*: como la mayoría de las personas, la persona depresiva, también busca la explicación de sus problemas. Según su idea de causalidad, el depresivo tiende a interpretar cualquier deficiencia suya como la causa de sus problemas psicológicos. Muchos veces, esta tendencia se ve apoyada por algunas de las personas significativas que afirma el paciente "podría mejorar si quisiera". Las personas que padecen depresión grave llevan la noción de causalidad hasta extremos aparentes absurdos.
- *Pensamiento absolutista* (*todo o nada*): las alteraciones del pensamiento que se dan en la depresión puede analizarse en términos de modos primitivos de organizar la realidad versus los modos maduros de organizar la realidad. Los individuos depresivos tienden a hacer juicios categóricos y los significados que atribuyen a sus experiencias suelen ser extremos, unidimensionales y absolutista. Un modo más duro de pensamiento conceptualiza las situaciones según *más dimensiones*, emplea términos más bien cuantitativos que cualitativos y aplica pautas relativas y no absolutas. Además, los individuos depresivos tienden a percibir las consecuencias negativas como irreversibles.
- *Problema de memoria y dificultad para concentrarse*: los problemas de memoria y la dificultad para concentrarse suelen estar interrelacionados. La persona depresiva es incapaz de recordar la información porque no se concentra en el material que debe aprender. El principal problema de concentración que tiene es el de la fijación de la atención.

2.2.4.- Síntomas Conductuales.

- *Experiencia, espacio-temporal*: es el refugio en el pasado, fluidez temporal lenta y penosa; obstrucción de futuro por amenazas, temores y fobias que lo hacen insoportable; es la exageración de las distancias, el espacio le ahoga, sometiendo el espacio.
- *Pasividad, evitación e inercia*: la inactividad y la pasividad del paciente se encuentra entre los principales síntomas objetivos. La pasividad e inactividad que se observan en la depresión se han interpretado históricamente como una forma de inhibición neurofisiológica; lentitud psicomotriz. La actividad carece de sentido; crece la reducción de todos los proyectos personales.
- *Problemas de habilidades sociales*: el depresivo suele presentar un funcionamiento inferior al normal en casi todos los aspectos, incluso el social. Su interacción social es inhibida y bloqueada, penosa, monotemática; dificultad para rebasar su propia intimidad.
- *Otros síntomas conductuales*: apatía generalizada, extinción de conductas instrumentalmente adaptativas, disminución de la tasa de conductas de escape, incremento de la tasa de conductas de evitación y fracaso de las mismas, pérdida de contingencias positivas, disminución de los reforzadores sociales, falta de habilidad para evitar contingencias sociales aversivas, incapacidad para conseguir refuerzos sociales; inaccesibilidad de esos refuerzos.

2.2.5.- Síntomas Fisiológicos.

- *Alteraciones del sueño*: las perturbaciones del sueño son uno de los síntomas más acusados de la depresión. La mayoría de los depresivos presentan algún tipo de alteración del sueño. Entre los problemas se influyen la dificultad para conciliar el sueño, las interrupciones frecuentes del mismo y despertar demasiado temprano por la mañana. Estos problemas son muy frecuentes, en especial el *insomnio*; el deprimido duerme poco tiempo y mal. Suele decirse que se tiene insomnio "tardío", esto es, que despierta muy temprano y es incapaz de volverse a dormir. Asimismo, es frecuente el insomnio "precoz", el individuo tarda en conciliar el sueño, está más unida a la ansiedad. A veces los deprimidos presentan *hipersomnia*, es decir, duermen mucho tiempo; parecería como si quisiera huir de la vida exterior real y se refugiaran en sí mismo durmiendo. Estas personas están somnolientas de continuo, duermen hasta muy tarde por la mañana, se levantan con sueño y, si se quedan inactivos, de nuevo les entra el sueño.

- *Pérdida del apetito*: es muy frecuente. A veces, una depresión comienza con este síntoma. En más del 50% de los casos de depresión hay disminución o pérdida del apetito, de modo que puede ser laborioso convencerles para que coman lo indispensable.
  Lo primero que notan suele ser la pérdida del sabor, no apetecen las comidas, su parte placentera desapacere, pero siguen comiendo normalmente. El rechazo a la comida es preocupante para los familiares. En algunas ocasiones, sobre todo cuando la ansiedad es importante, el individuo puede comer más tratando de buscar cierto alivio en la comida de un modo compulsivo, naturalmente ganarán de peso.
- *Disminución del deseo sexual*: tanto los hombres como las mujeres disminuyen el deseo sexual o incluso desaparece por completo. Imágenes o estímulo0s de cualquier tipo que antes les excitaban ahora pierden significación y les dejan completamente insensibles. A veces el hombre quizá conserve algo el deseo sexual, pero se vuelve imponente, esto es, pierde la capacidad de erección. La mujer suele rechazar todo contacto sexual. La recuperación se hace lentamente. Esta lentitud hace posible que otros mecanismos interfieran en las relaciones sexuales, presentándose el peligro de una impotencia o frigidez para siempre.
- *Otros síntomas orgánicos*: las depresiones pueden ocasionar una muy variada sintomatología orgánica como: cefaleas, dolores múltiples. Los trastornos neurovegetativos y equivalentes depresivos se aparecen, como las náuseas, vómitos, sequedad de la boca, algias gástricas, hiperclohidria, estreñimiento, descanso del metabolismo basal, bradicardia, taquicardia, hipertensión, vértigo, acaticia, prurito, trastorno del gusto, sofocos, frialdad, hormiguilla.

2.3.- CRITERIOS CLÍNICOS DE LA DEPRESIÓN SEGÚN EL DSM-IV.

2.3.1.- TRASTORNOS DEPRESIVOS.

Éste término aparece por primera vez en un sistema de clasificación oficial con el DSM-IV (APA, 1980), y ha tenido una amplia aceptación, se ha caracterizado por uno o más episodios depresivos: se emplea para describir a una persona que presenta un episodio mayor. Estos estudios han indicado un amplio intervalo de valores para la proporción de la población adulta. El riesgo a lo largo de la vida ha variado entre 10 a 25% para las mujeres y entre 5 y 12% para los varones. La prevalencia de este trastorno ha variado en adultos entre 5 y 9% para las mujeres y el 2 y el 3% para los varones, estas prevalencias no están relacionadas con la raza.

a. *Síntomas Anímicos*.- la tristeza es el síntoma anímico de la depresión. Aunque los sentimientos de tristeza, abatimiento, pesadumbrado e infelicidad, son los más habituales, a veces el estado de ánimo predominante es de irritabilidad, sensación de vacío o nerviosismo, incluso en casos de depresiones graves el paciente puede llegar a negar sentimientos de tristeza, alegando con aparente inmutabilidad que ahora es incapaz de tener ningún sentimiento; en estos grados normal que los pacientes digan que ya les es prácticamente imposible llorar.
b. *Síntomas motivacionales y conductuales*.- uno de los aspectos subjetivos más dolorosos para las personas deprimidas es el estado general de inhibición en que se hallan. La apatía, la indiferencia y, en definitiva, la disminución en la capacidad de disfrute, es junto con el estado de ánimo deprimido el síntoma principal de un estado depresivo. Lentamente de la cama por las mañanas o asearse pueden convertirse en tareas casi imposibles y, en muchos casos, se abandonan los estudios, el trabajo, etc. Tomar decisiones cotidianas puede convertirse en una tarea casi insalvable. En forma más grave este tipo de inhibición conductual se conoce como retardo psicomotor, un enlentecimiento generalizado de las respuestas motoras, el habla, el gesto y una inhibición motivacional casi adulta. En casos extremos, este retardo puede llegar al estupor depresivo, un estado característico por mutismo y parálisis motoras casi totales, y muy similar al catatónico.
c. *Síntomas Cognitivos*.- el rendimiento cognitivo de una persona deprimida está afectada. La memoria, la atención y la capacidad de concentración puede llegar a resentirse drásticamente incapacitado su desempeño en la tarea cotidiana. Pero aparte de estos déficits normales, su capacidad cognitiva es alterado. La valoración que hace una persona deprimida de sí misma, de su entorno y de su futuro suele ser negativa, la autodepreciación, autoculpación y la pérdida de autoestima pueden ser contenidos claves en las cogniciones.
d. *Síntomas Físicos*.- la aparición de cambios físicos es habitual, un síntoma típico, que afecta a un 70 o 80% de los pacientes depresivos, son el problema de sueño. Otros síntomas físicos comunes son la fatigada, pérdida de apetito y disminución de actividad y el deseo sexual. Aunque acerca de 5% de la población sufre un episodio depresivo grave durante su vida, sólo pocas personas buscan ayuda profesional, los síntomas físicos se consideran como una importante línea divisoria en la depresión normal y la depresión clínica. Uno de los síntomas importantes que se considera en las relaciones interpersonales de un paciente deprimido que: "*una importante característica de las*

personas deprimidas es el deterioro en las relaciones con los demás. De hecho, *un 70% dice haber disminuido su interés por la gente*". (Beck, 1983). Como puede notar: "*estos pacientes normalmente sufren el rechazo de las personas aislándose más*" (Klerman y Weissman, 1986). Esta área puede ser foco de interés en el futuro, pues un funcionamiento interpersonal inadecuado ha mostrado llevar al cuadro de depresión.

2.3.1.1.- Trastorno depresivo mayor.

Los trastornos depresivos es el de "Episodio depresivo mayor".ñ se define por la presencia simultánea de una serie de síntomas durante 2 semanas.

Para el diagnóstico de episodio depresivo mayor requiere cumplir dos criterios (Belloch, 1995):" *uno, que los síntomas no sean causados por una enfermedad o ingesta de sustancias; y segundo que los síntomas no se deban a una reacción de duelo normal por la muerte de un ser querido*".

Estos episodios difieren de gravedad, se pueden valorar con escalas apropiadas o clínicamente de un modo global. En el DSM-IV (1995), plantea los siguientes niveles:

- Ligero, existen pocos síntomas y el deterioro laboral y social es poco.
- Moderado.
- Grave no psicótico, presencia de síntomas, más de los mínimos y existe un deterioro marcado en relaciones interpersonal, social y laboral.
- Con características psicótica, episodios donde existen delirios o alucinaciones.
- Remisión parcial, intermedio ligero o total, cuando se habla de remisión total, no ha existido signos significativos en los 6 meses.

Según el DSM-IV, propone que un episodio depresivo puede tener características de melancolía, cuando no ocurren los síntomas, es decir, que la melancolía no implica mayor gravedad. Las etiquetas o categorías asignadas dentro de los trastornos depresivos se mencionan.

2.3.1.2.- El trastorno *distimico*.

Se usan para definir un tipo de depresión cuya definición nunca había estado bien resuelta. Se trata de estados depresivos muy profundos, crónica y otros que se caracterizan por la presencia de bastantes síntomas depresivos. El término vendría a sustituir a otros, como la "neurosis depresiva" y la personalidad depresiva que antes se incluía en el apartado de los trastornos de personalidad.

La razón de ésta nueva ubicación es la idea de que la distancia es más un trastorno afectivo, que un trastorno de personalidad. Lo que caracteriza al *distimia* son la presencia durante un periodo mayor de dos años, también es necesario la presencia de al menos otros tres síntomas que coexistan con esta tristeza.

Lo importante que la distimia no es un estado de depresión subsindrómica tras experimentar un trastorno depresivo mayor.

En cuanto al inicio, el DSM-III R y el DSM-IV, distinguen dos tipos: distimia de comienzo temprano y distimia de comienzo tardío, según haya empezado el cuadro antes de 21 años. La idea de esta distinción es que, aunque no tenemos aun mucho datos. No existen datos sobre el curso y tratamiento de la distancia.

2.3.1.3.- El trastorno depresivo no específico.

Se incluye para codificar los trastornos con característica que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo (o síntomas depresivos sobre los que una información inadecuada o contradictoria). La categoría dedicada a las depresiones no especificada engloba cuadros muy diversos. Por esta razón, apenas, tiene sentido ofrecer datos epidemiológicos, de curso clínico o de cualquier otro parámetro, puesto que comprende entidades muy heterogéneas.

2.3.2.- TRASTORNOS BIPOLARES.

Síntomas de la Manía. Sus manifestaciones más leves (hipomanía), la manía es lo contrario de la depresión, "aunque hay casos en los que un estado de alegría desbordante inunda al paciente, en la mayoría se mezclan estados de irascibilidad, a veces explosiva y furiosa" (Bellochetal, 1995). En ocasiones, en numerosos pacientes, se observan momentos de abatimiento entremezclados con el propio episodio de manía. Estos pacientes se caracterizan por la expansividad anímica y cognitiva.

Las personas afectadas de ese trastorno están imbuidas de una sensación de bienestar y omnipotencia. Son más productivas de lo normal y más apasionadas. Cuando la persona maníaca se enfrenta a la resistencia y objeciones de los demás se vuelve irritable, hostil, paranoide, agresiva. Así pues, no cabe afirmar simplemente que la depresión y la manía son las dos caras de una moneda. Los síntomas y

signos más frecuentes de la manía se puede agrupar de modo semejante a lo que apuntábamos en el caso de los trastornos depresivos.

a. *Síntoma anímicos*.- estos pacientes están casi siempre irascibles, suspicaces y en un estado de hiperactividad general y de intromisión que tienen serias repercusiones en las relaciones interpersonales. En ocasiones, la excitación anímica llega a ser tan extraordinaria que desemboca en la hostilidad manifiesta, conductas destructivas.
   La manía, junto con algunos trastornos de personalidad, es uno de los pocos cuadros en el que el paciente no sufre por los síntomas presentes.
b. *Síntomas motivacionales y conductual*.- una de las características más importantes de la manía es el estado de energía aparentemente inagotable. Bajo esta apariencia en ocasiones el paciente puede estar sin dormir por semanas. Un paciente maníaco suele hablar sin parar y tiene la idea que sus pensamientos se agolpan a una extraordinaria velocidad y van más de prisa de lo que puede expresar. En cuanto a su apariencia, una persona en fase maniaca tiende a prestar poca atención a su aspecto personal.
c. *Síntomas cognitivos*.- se caracteriza por una extraordinaria aceleración, el habla es rápida, entrecortada, salta de un tema a otro y le es prácticamente difícil de mantener su atención, en ocasiones el habla puede ser incoherente, su autoestima es variable he incluso pueden aparecer fantasías e ideas delirantes.
d. *Síntoma físico*.- la hiperactividad se manifiesta en el área vegetativa: problema del sueño, aumento de apetito y aumento del umbral de la fatiga física.
e. *Relaciones interpersonales*.- son muy difíciles en los episodios de manía, estos pacientes suelen ser muy entrometidos y controladores.
   Ocasionalmente, bajo este estado de hiperactividad e irritabilidad pueden producirse agresiones.

2.3.2.1.- El trastorno bipolar I.

Se caracteriza por uno o más episodios maníacos o mixtos, habitualmente están acompañados por episodios depresivos mayores, es decir, es una mezcla heterogénea de componentes.

2.3.2.2.- El trastorno bipolar II.

Se trata de personas que habiendo padecido episodios depresivos hipomaníacos, nunca han padecido un episodio completo de la manía.

La aparición de los episodios maníacos puede ser lenta y progresiva. Los pacientes bipolares presentan más episodios afectivos a lo largo de la vida que los pacientes unipolares. El trastorno bipolar II se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores.

Aunque los trastornos bipolares son más recurrentes que los unipolares, los episodios tienen una duración media menor (uno a cuatro meses). Es interesante resaltar que la duración del episodio maníaco o depresivo no depende de la gravedad de los síntomas presentes. El riesgo vital como mínimo de uno porciento en la población general, aunque hay bastante disparidad en los estudios realizados hasta la fecha. Este riesgo se incrementa mucho si existe un familiar del primer grado que manifiesta o haya manifestado el trastorno.

2.3.2.3.- El trastorno ciclotímico.

Se caracteriza por al menos dos años de numerosos periodos de síntomas hipomaníacos que no cumplan los criterios para un episodio maníaco y numerosos períodos de síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

CAPÍTULO TERCERO
DEPRESIÓN EN LAS ETAPAS DEL DESARROLLO

3.1.- DEPRESIÓN INFANTIL.

3.1.1.- CONCEPTO.

La noción de la depresión en la infancia no es aún muy precisa, difícil de concretar e incluso discutida, a pesar del interés, que éste tema ha despertado, es a partir del siglo XVII cuando se empieza a hablar del concepto melancolía ligado principalmente en adultos. En 1621 el clérigo Roberto Burton escribe la obra: “Anatomía de la melancolía”, donde, en forma extensa, su propia experiencia haciendo alguna alusión de su infancia (citado en Polaino-Lorente, 1988).

Pasan los siglos antes de prestarle atención a la sicopatología infantil, siendo en el siglo XIX cuando los primeros textos de psiquiatría infantil aparecen con lasos referenciales sobre melancolía del niño.

Polaino Lorente (1988) manifiesta que “descuret, francés y doctor en medicina, descubrió por primera vez un caso diagnosticado de nostalgia en un niño de dos años que había sido separado de su nodriza. Los síntomas que se identificaron en éste caso fueron: desesperanza, tristeza, debilidad afectiva,

cogniciones depresivas, pérdida del apetito y de peso, síntomas vegetativos, ideas delirantes e insomnio. Éste autor se adelanta a lo que años después describe Spitz, como producto de la separación materna, a la teorías psicoanalítica de pérdida del objeto y la modelo de pérdida del reforzamiento de Lewinsohn.

Las referencias sobre la depresión o melancolía infantil comenzaron a progresar y a sus numerosas a partir del siglo XX. Paralelamente, el término "depresión" predominó y sustituyó el término "melancolía".

Klein (1934), es la primera que introdujo el término depresión refiriendo a la infancia. Poliano Lorente cita a Stern, quien hizo una descripción acerca del niño deprimido "niños deprimidos, no puede reír, y un niño que no pudo reír, ni alborotarse y enfadarse con el niño. Los muchachos deprimidos son huraños, huyen de la compañía de los demás.

Después de apurarse la depresión analíticas del bebe descritas por Spitz y Bowlby (1945) donde ya se habla de un cuadro clínico producto de la separación de la madre. En los años setenta surgen los conceptos, de depresión enmarcada y equivalentes depresivos, los cuales refugian que la sintomatología de la depresión en el niño tenía poco o nada que ver con la depresión típica. A partir de los años 70, fue que se dio la aceptación del síndrome deprimido específico de la infancia y se va haciendo casi unánime, marcando el comienzo de la fase actual, un estado de la depresión infantil. Así un poco más de 20 años se ha logrado un gran avance gracias a numerosas investigaciones.

Hace pocos lustros no se la considera como tal, en la actualidad hay plena conciencia de la existencia de cuadros depresivos en la infancia. El niño que se queja de tristeza, llora fácilmente, está raro, silencioso, habla poco con los demás, incluso huye de las situaciones sociales y se le ve andando solo o sentado en un rincón; está de mal humor irritable, con ideas autodestructivas, sentimientos de inferioridad y culpabilidad. Presenta problemas escolares o incluso rechaza la escuela; de rendimiento escolar malo, dificultad de atención y concentración, pérdida de interés a cualquier actividad, se aburre con facilidad, apático e indiferente. Esta conducta antisocial, las fugas de casa, actos sexuales impulsivos. A nivel físico se observaron trastornos del sueño, pesadillas, pérdida del apetito; agitación elentecimiento y otros.

Esto alguno de los síntomas que se puede presentar en un cuadro de depresión infantil. Una de las mayores dificultades para su diagnóstico es que el niño es incapaz de expresar su estado afectivo.

Los signos de depresión pueden surgir tras el nacimiento de un nuevo hermano, un cambio de casa o de colegio, enfermedad, muerte de un familiar o un amigo; puede ser debido a los rasgos de personalidad neuróticos que le hacen responder deprimiéndose ante cualquier dificultad, como la frustración. El tratamiento de las depresiones infantiles no es distinto del resto de depresiones.

3.1.2.- CLASIFICACIÓN DE LAS DEPRESIONES INFANTILES.

La necesidad de clasificar las depresiones infantiles se debe a su función de simplificar adecuadamente los síntomas según similitudes y diferencias para poder establecer grupos homogéneos de niños y cuyos grupos sintomatológicos sean susceptibles a determinados tratamientos y se puede predecir su curso. Asignar a un niño es posible entre el grupo y el niño respecto a los síntomas, la etiología y el tratamiento.

Además, las clasificaciones permiten un acuerdo entre investigadores para lograr avances científicos que mejoren la intervención y prevención. Polaino y Lorente (1988) señalan que el primer esbozo nosológico de la depresión infantil se remonta a 1857, cuando Descuret, clasifica las nostalgias infantiles en tres tipos:

a) *Nostalgia por afectividad*, caracterizada por inquietud, apatía, aislamiento social, desesperanza, tristeza, pérdida del apetito, cansancio, palpitaciones, pérdida de peso, insomnio e ideas delirantes de contenido depresivo. Correspondería a los que actualmente se denomina depresión endógena.
b) *Nostalgia por habituación*, la cual aparecería en los que están iniciado la adolescencia y desean independizarse y vivir lejos de su familia, pero al ser negado el permiso de sus padres, cae en profunda tristeza con pérdida del apetito. Según Polaíno Lorente (1988) corresponden a lo que ahora se denomina depresión reactiva o neurótica.
c) *Nostalgia por habituactividad*, lo cual se debe a un repentino cambio o factor estresante donde se presenta un deseo melancólico de volver al lugar o situación anterior. Según Polaina Lorente (1988) correspondería a la depresión de los niños después de una separación de un ser significativo o un cambio de casa o colegio.

En la etapa de desarrollo más actual, la escuela francesa ha tratado de clasificar las depresiones infantiles:

a. *Depresiones somatógenas*: referidas al padecimiento de enfermedades crónicas como tumores cerebrales, traumatismos, enfermedades hereditarias, etc.
b. *Depresiones exógenas o psicógenas*: vinculadas a conflictos neuróticos, problemas de desajuste, dificultades escolares, conductas desadaptativas y toda fuente de estrés que provenga del ambiente.

c. *Depresiones endógenas*: se incluyen trastornos con sintomatología psicótica o maniaca.

Cytrin y Mc Knew (1972) distinguen tres formas clínicas de depresión en la infancia en función de sus manifestaciones clínicas, antecedentes familiares, duración de la enfermedad, historia premorbida y factores precipitantes que son los siguientes:

a. *Depresión Enmascarada*.- la más frecuente en los niños y se caracteriza por desorganización y sicopatología familiar, pero no específicamente depresión en los padres. Es una alteración duradera de la personalidad infantil caracterizada por conductas obsesivas, histéricas, agresivas y desadaptativas, ansiedad y fantasía de violencia y muerte.
b. *Depresión Aguda*.- es una reacción a un factor estresante o acontecimiento vital cuya intensidad es proporcional a tal evento. Entre los antecedentes se encuentra un buen ajuste permorbido, antecedentes familiares neuróticos en lugar de alteraciones psicopatológicas o depresión y una fuerte cohesión familiar. El sujeto es incapaz de utilizar la autoprotección que utilizaba antes del acontecimiento estresante. Manifestando negativismo y una personalidad pasivo-agresivo.
c. *Depresión Crónica*.- se caracteriza por la presencia de sentimientos y conductas depresivas con ideas suicidas desde edades muy tempranas. No existe un evento precipitante inmediato pero si una historia repetida de abandonos y depresión crónica de los padres. La alteración de la personalidad es duradera, siendo ésta pasiva, dependiente y desvalida; no se presenta ansiedad aguda.

Ollendick Y Hersen (1988) dicen que otras clasificaciones han apelado a un criterio etiológico y evolutivo por ejemplo Malmquist (1975) ha propuesto las siguientes categorías y subcategorías:

1.- *Depresión Asociada a Enfermedades orgánicas*:
   a. Como parte del proceso patológico.
   b. Secundaria (reactiva) a un proceso físico.

2.- *Depresión por Privación: reacción a un ambiente no gratificante*.
   b. Depresiones anaclíticas.
   c. Tipos caracterológicos relacionados con la carencia de afecto.

3.- *Depresión por Trastorno de la Individualización.*
   a. Problemas de separación-individualización.
   b. Fobias escolares con componentes depresivos.
   c. Precursores evolutivos del masoquismo moral.

4.- *Depresión de Latencia o Infancia Media*:
   a. Asociada con pérdida de objeto.
   b. Fracaso en alcanzar metas utópicas.
   c. Equivalentes depresivos (sin efecto depresivo).
   d. Estados maniaco-depresivos.
   e. Tipos caracterológicos relacionados con la carencia de afecto.

5.- *Depresión en la Adolescencia*:
   a. Lactantes anaclíticos.
   b. Lactantes con los padres deprimidos.
   c. Niños con padres divorciados.
   d. Inhibición de la actividad.
   e. Niños de la actividad intelectual.
   f. Anorexia nerviosa y depresión

Vemos que estas clasificaciones cuyos criterios son solamente etiológicos, no presentaría mucha utilidad ya que podrían haber tantas depresiones como supuestos etiológicos. Además, dejan al margen la multicidad de factores que caracterizan a la depresión ya que nunca se puede afirmar la existencias de una relación causas única entre un factor y la depresión.

Ollendick y Hersen (1988) refieren que Nissen en 1978 divide las depresiones en psicógenas-sociógenas, según estados evolutivos; considerando causas multifactoriales. Este tipo de depresiones están relacionados con la socialización e influencias familiares y ambientales como el rechazo y no aceptación, separaciones familiares, actitudes patógenas de los padres, actividades cambiantes de los adultos hacia los niños, comunicación de un estado de ánimo depresivo de la madre, expectativas escolares excesivas, etc. Así, Nissen distingue: la depresión anaclítica (primera infancia), las depresiones de separación e inducidas (segunda infancia, pre-escolaridad), la depresión escolar (por demandas excesivas) y las depresiones neuróticas (pre-pubertad e inicio de la adolescencia).

En el CIE 10 (OMS, 1995) se puede distinguir que hay una clasificación, podría decirse que es porque son ellos los que proponen el enfoque del continuismo con la depresión adulta, se observa también

que inician clasificando lo que concierne a la depresión como trastorno del humor (afectivos). Es decir en este manual se clasifican las depresiones de la siguiente manera:

- Trastorno bipolar.
- Episodios depresivos.
- Trastornos depresivos recurrentes.

En esta parte se clasifican a la depresión, existen otros tipos de trastorno del humor pero cuyo síntoma principal no es la depresión.El DSM IV (APA, 1995) describe los siguientes trastornos del estado de ánimo:

- trastorno bipolares, donde se encuentran las psicosis maniaco-depresiva.
- Trastornos depresivos, los cuales a su vez se dividen en:
    i. Depresión mayor, cuya gravedad se asocia a síntomas psicóticos como ideas de tipo melancólico.
    ii. Trastorno distinguido o depresión neurótica.
- Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo.

Poliano Lorente (1988) concluye que varios estudios basados en el DSM, evidencian el hecho significativo de que la depresión mayor y el trastorno *distímico* aparecen como unidades sindrómicas en la infancia y la adolescencia y su expresión fenomenológica es la misma.

El mismo autor refiere, que sin embargo, el problema se origina al plantear la existencia de las depresiones psicóticas en los niños. Los aportes del estudio de Chambers etal., (1982) fueron valiosos al estudiar en 58 niños pre-púberes (8 a 12 años); con ideas delirantes y alucinaciones; asociadas a la enfermedad depresiva, según criterios RDC. Se concluyó que la depresión psicótica o endógena en la infancia tiene un perfil bastante semejante a la del adulto, predominando las ideas delirantes más que las alucinaciones y siendo más frecuente el contenido congruente al estado de ánimo, que el contenido no congruente.

Como vemos, aún no existe una clasificación bien fundamentada de las depresiones infantiles, por lo tanto, las categorías existentes actuales para la clasificación de la depresión del adulto (CIE 10 y DSM IV) parecerían ser válidas también para los niños.

3.1.3.- SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN INFANTIL.

Según Ajuriaguerra y Marcelli (1982) realizan una clasificación de la sintomatología infantil, la cual engloba los distintos enfoques al considerar cuatro grupos de síntomas:

1.- *Síntomas directamente vinculados a la depresión*:

- Postración e inhibición psicomotriz.
- Llanto y tristeza.
- Indiferencia y permanente fatiga.
- Desvalorización y sentimiento de ser poco querido.

2.- *Sentimientos asociados a sufrimientos depresivos*:

- Retraimiento y aislamiento.
- Pasividad y comportamiento sumiso en la interacción social.
- Fracaso escolar, desinterés y descenso brusco del rendimiento escolar.
- Actitud de dejadez permanente, siendo incapaz de valorar positivamente la apariencia personal.
- Sentimiento de culpa o necesidad de castigo.
- Conductas directamente autoagresivas.

3.- *Sentimientos que aparecen como defensa contra la posición depresiva*:

- Comportamiento de oposición, protesta, cólera o rabia.
- Manifestaciones de agresividad violencia contra niños.
- Trastorno del comportamiento: robos, fugas y conductas delictivas.

4.- *Equivalentes depresivos específicos*:

- Eneuresis.
- Eccema.
- Asma.
- Obesidad o anorexia aislada.

El enfoque de la sicopatología, refiere que la depresión surge a raíz de la sugerencia de destacados autores de considerar criterios de desarrollo en la sicopatología infantil, así como el estado caótico al que se había llegado como concepto de depresión enmascarada, que virtualmente permitía considerar cualquier conducta desviada como un síntoma de depresión.

Desde la perspectiva del desarrollo, la depresión puede surgir en cualquier momento del desarrollo infantil, pero la sintomatología se dispersa en función del estadío evolutivo del niño. Se parte de que si los

síntomas clínicos de la depresión son estadísticamente normales en la infancia y remiten con la edad, no deberían considerarse ni tratarse como un síndrome clínico.

Ollendick y Hersen (1988) citan a Murria (1970) quién señala que hay ocho síntomas principales que indican la presencia del síndrome depresivo en el niño: depresión, trastorno del sueño, temor a la muerte, retraimiento social, ausentismo escolar, queja somática, agresión y ansiedad general. También afirma Murria, que en los niños de 6 a 10 años la ansiedad forma parte importante de trastorno, mientras que en los púberes de 11 a 15 años es más habitual la conducta agresiva.

Mc. Convilley (1973) también señalaron la importancia del nivel de desarrollo. Afirman que los niños más pequeños expresan tristeza e indefensión en relación a las percepciones de soledad y vacío ya que dependen más de los estados emocionales que del pensamiento organizado. Para los niños pequeños son importantes los factores de crianza y de separación; en el periodo escolar o de latencia, predominan los "pensamientos-sentimientos" ya que el niño desarrolla ideas negativas fijas de baja autoestima que afianza la depresión, después de haber experimentado pérdida y separaciones de personas queridas; en la pubertad cuando el niño ya debiera manejar el pensamiento abstracto se presenta la culpabilidad. En síntesis plantea tres subtítulos de depresión según la edad cronológica.

A. Subtipo afectivo: de 6 a 8 años.
B. Subtipo autoestima negativa: de 8 a 12 años.
C. Subtipo culpabilidad: a partir de los 11 años.

Polaino Lorente (1988) refiere que Nissen, en 1971 plantea la correspondencia entre determinados síntomas depresivos y las etapas evolutivas:

a. *Edad pre-escolar*: síntomas psíquicos rechazo del juego, agitación y timidez. Síntomas psicosomáticos:_ crisis de llanto, grito, encorpresis, insomnio, hiperactividad y dificultades para alimentarse.
b. *Edad escolar. Síntomas psíquicos*: irritabilidad, inseguridad, resistencia al juego, dificultades en el aprendizaje y timidez. Síntomas psicosomáticos: eneuresis, encopresis, onicofagia, crisis de llanto y grito.
c. *Pre-adolescencia o adolescencia*: síntomas psíquicos: rumiación e impulsos, abatimiento, sentimientos de inferioridad y opresión. Síntomas psicosomáticos: cefaleas.

La depresión de la etapa escolar que más investigación ha suscitado, la mayoría de estudios sobre la depresión infantil son realizados con niños a partir de los 6 y 8 años de edad. Pero quizás algunos autores cuestionan la existencia de la depresión en infantes o pre-escolares, pero la depresión en la niñez intermedia ya esta instaurada como entidad clínica independiente en la sicopatología infantil.

Uno de los síntomas asociados más importantes y significativos de la depresión en esta etapa de desarrollo es la disminución del rendimiento escolar, considerando por muchos de los defensores de la depresión enmascarada como uno de las principales manifestaciones que encubren la depresión.

3.2.- DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA.

Se hace evidente la necesidad de una rigurosa definición del marco referencial cuando se aborda el problema de la depresión en la adolescencia. En efecto, las evaluaciones epidemiológicas de adolescentes deprimidos varían desde el 39.8 % si se incluye el conjunto de adolescentes con un síntoma depresivo y / o una semiología depresiva, hasta del DSM-II-R incluyendo las dos entidades de episodios depresivos mayor y distinta, y alcanzan el 9.7% si solos se considera la entidad de episodios depresivos mayor.

La normal observación del estado anímico de los adolescentes puede dar la impresión de que los desórdenes depresivos son una epidemia desde la pubertad en adelante. El problema radica en diferenciar entre los jóvenes realmente depresivos y aquellos que en el contexto de su cambiante estado de ánimo a modo de exagerada reacción ante frustraciones más o menos triviales.

La adolescencia, como etapa de desarrollo de todo individuo, es descrita a menudo en términos que se aplicarían también a la descripción de una depresión o de una lucha contra la depresión. En el adolescente existe sin duda la tristeza, la agitación, la cólera, el sentimiento de inutilidad, el pesimismo, los sentimientos de culpabilidad o de humillación, de decepción, el aislamiento, etc.

La presencia de estos aspectos en el curso de los procesos normales del desarrollo de la adolescencia hace pensar en que no hay adolescente sin depresión. Evidentemente, se observan en el proceso normal de evolución del adolescente la existencia de diversos procesos de carácter depresivo.

1.- *Separación, ruptura de lazos, pérdida*.- ocurren separaciones del medio familiar, tanto físicos como psíquicos, existen cambios y pérdidas de la propia imagen corporal, existen pérdidas y nuevas adquisiciones de procesos de identidad, hay pérdidas en la autoestima.

2.- *Agresividad y sentimientos de culpa*.- posiblemente la rabia producida por tales pérdidas se exponen como agresividad, dirigida bien hacia sí mismo (siendo entonces la causa de enfermedades de expresión somática) o bien sobre lo externo (crisis de violencia).

3.- *El efecto depresivo de base*.- son frecuentes en el adolescente el aislamiento, el encerrarse, los accesos de pesimismo, el enlentecimiento asociado a actividades reducidas al mínimo, el aburrimiento, la morosidad, el tedio, la taciturnidad, etc que vienen a construir un todo afectivo mercadamente "depresivo". Pero es precisamente su carácter pasajero, cambiante y influenciable por el medio externo, lo que le da identidad de proceso evolutivo más que de un proceso depresivo establecido propiamente dicho.

3.2.1.- PECULIARIDAD DE LAS DEPRESIONES ADOLESCENTES.

Para establecer el diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor en el adolescente sirven perfectamente las Criterios del DSM-IV:

F32.x (296.2x) Episodio depresivo mayor, episodio único: Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un periodo de dos semanas, representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

No incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (Por ejemplo: se siente triste o vacío) o la observación realizadas por otros (llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
- Disminución acusada del interés o de capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
- Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso, o pérdida o aumento del apetito casi todos los días.
- Insomnio o hipersomnia casi cada día.
- Agitación o elentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
- Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
- Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados casi cada día.
- Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (droga, o medicamentos) o una enfermedad médica (hipotiroidismo). Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo, los síntomas persisten durante más de dos meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Pero no obstante, debemos tener presente qué síntomas son los más frecuentes de este trastorno en la adolescencia, por orden de prevalencia:

- *Estado de ánimo triste*: que rara vez se reconoce abiertamente, pero viene expresado por la falta de interés, de entusiasmo o de placer.
- *Conducta de retraimiento y aislamiento*: probablemente del ánimo alterado, no comunicación, parece no interesarle nada; no obstante puede romper su cerrazón con explosivas manifestaciones de impulsividad, rabia y de hiperactividad.
- *Dificultades para dormir*: dificultad para conciliar el sueño, despertares nocturnas, somnolencia matutina, etc.
- *Crisis de llanto*: inmotivadas, desencadenadas por un estado de ánimo.
- *Dificultades escolares*: consecuencia del desinterés, falta de ilusión, de concentración y atención, la pérdida de competitividad.
- *Ideas de muerte*: desde pensamientos de inutilidad de la vida hasta las ideas de muerte.
- *Tentativas de suicidio* :
- *Trastorno de conductas alimentarías*: abandono de hábitos alimenticios habituales, pérdida del apetito y del interés por la comida.
- *Elentecimiento psicomotor.*
- *Dificultades de atención:* calificadas a menudo como "pereza".
- *Sensación de fatiga*: fatiga, cansancio, pérdida de energía, etc.
- *Agitación, irritabilidad, crisis de nerviosismo*: inquietud, malhumor, conflictividad, explosiones de cólera, expresiones de ansiedad y angustia generada.

- *Ansiedad, angustia: el* trastorno depresivo mayor el conjunto de estos síntomas es persistente y fijo; aquí no ocurren los cambios bruscos ni existe influenciabilidad externa.

Otra peculiaridad del trastorno depresivo en la adolescencia consiste en los llamados "equivalentes depresivos"; muchos autores sostienen que precisamente son estos síntomas los característicos y diferenciales de las depresiones de esta etapa:

- Trastorno del comportamiento (desobediencia, inasistencia escolar, cólera, fugas), aburrimiento, nerviosismo, autodestrucción 8tendencias masoquistas).
- Fatiga, aburrimiento, nerviosismo, hipocondría, concentración defectuosa, búsqueda de atención, paso al acto, toxicomanía, conducta sexual anárquica, formación de identidad negativa.
- trastorno de comportamientos, delincuencia, fobia escolar, tendencias neuróticas, quejas psicomotoras.
- Anorexia nerviosa, obesidad, hipocondría, hiperactividad, paso al acto.
- Agresividad, problemas escolares, inestabilidad.

3.2.2.- DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DIVERSAS ALTERACIONES DEPRESIVAS EN LA DOLESCENCIA.

A.- Depresión de la edad evolutiva.

Existencia de "afecto depresivo de base" pero temporal, cambiante y determinado por situaciones externas.

B.- Trastornos depresivos de la personalidad.

Peculiaridad depresiva de la personalidad, pero de tinte más cognitivo que afectivo, y presente durante toda la vida, tendencias de rigidez, la perfeccionismo, a la auto y heteroexigencia, la control y a la obesidad. Posibles patrones familiares.

C.- Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo.

Criterios del DSM-IV de trastornos de adaptación, con Reacción depresiva breve, prolongada o mixta.

D.- Distimia.

Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día, manifestado por el sujeto u observado por los demás. Presencia, mientras está deprimido de dos o más de los siguientes síntomas.

- Pérdida o aumento de apetito.
- Insomnio o hipersomnia.
- Falta de energía o fatiga.
- Baja autoestima.
- Dificultades para concentrase.
- Sentimientos de desesperanza.

E.- En la adolescencia.

Cronicidad (síntomas presentes al menos durante dos años). Tendencia cicloide, fluctuante. Mayor abundancia de actitudes reactivas, menor retraimiento, humor triste, que alterna con irritabilidad y ansiedad. Patrón estacional. Posibles antecedentes familiares de distimia o trastorno depresivo.

3.3.- DEPRESIÓN EN LA TERCERA EDAD.

3.3.1.- CONCEPTO.

Hacia los 60 años aproximadamente, es el momento por el cual puede producirse el primer enlace depresivo o el retorno de una depresión ocurrida al comienzo de la vida adulta o siguientemente ocurrida el momento de la frecuencia o de la profundidad.

Los síntomas o signos de la depresión en la tercera edad consisten no sólo en las manifestaciones, evidencias observables de estrés, sino también trastornos de interacción individuo con su medio ambiente.

Pero el diagnóstico se requiere la presencia de estado de ánimo deprimido, por lo menos durante dos semanas consecutivas, además de por lo menos 4 o 8 signo "vegetativos", como falta de interés, sentimientos de culpa, disminución de la energía, etc.

Respecto a su incidencia es ésta época de la vida, Wolman en, Wolman, 1987, afirma que la vejez las personas están sujetas continuamente a la depresión.

3.3.2.- CARACTERÍSTICAS.

Entre los principales aspectos característicos de la depresión en la edad avanzada se ha dado un relativo comienzo en señalar la presencia de:

1. Episodios más largo y más resistente al tratamiento farmacológico.
2. La frecuencia, existencia de delirios y alucinaciones psicóticas en la depresión mayor.
3. Mayor riesgo de suicidios, especialmente en varones y partilarmente importante cuando vienen solos.

4. Frecuente agitación psicomotriz, normalmente acompañada de intensa ansiedad o bien inhibición psicomotriz intensa y atípica.
5. especialmente relevancia de trastorno del sueño.
6. Frecuentes somatizaciones ansiosas.

3.3.3.- CAUSAS.

El ser humano es considerado como una unidad biopsico-social debemos considerar una serie de factores que pueden determinar.

Aunque funcionan interrelacionadas, vamos a dividir las causas de la depresión en externas e internas.

A.- Causas Externas.

Las causas externas son solamente desencadenantes que incidiendo sobre la previamente creada desarmonía anterior despliegan el estado depresivo.

Como ejemplos frecuentes están las desilusiones afectivas, los conflictos interpersonales, la marginación o aislamiento por parte de otras personas, la jubilación no aceptada, los problemas económicos, la muerte de alguien querido, etc.

Si se presenta la depresión sugiere Calderón (1989). “El abordaje terapéutico debe estar condicionado por las diferentes características específicas del cuadro por tratar, refiere que las causas psicológicas de la depresión son diversas, y afectan al ser humano en cualquier etapa de al vida.

B.- Causas Internas.

Las causas internas, las cuales llevan, durante un periodo de tiempo más o menos largo, a un desajuste o desarmonía psicológica que, a su vez, se constituye en campo abonado para que, antes o después, surja la depresión. Ejemplo estas hipertensiones, los miedos prolongados, las preocupaciones, las frustraciones, el pesimismo, la tristeza y la tensión nerviosa; la incomunicación, la soledad, la dependencia, etc.

3.3.4.- SINTOMATOLOGÍA.

Sentirse deprimido o no es un síntoma suficiente para diagnosticar una depresión. Es importante hacer la distinción de los síntomas depresivos. Estos están presentes e n la mayor parte de los cuadros psicopatológicos. Dentro de la depresión clínica ha de concebirse como un síndrome, es decir, un patrón más o menos ordenado de síntomas; no resulta fácil diferenciar la depresión clínica de los estados depresivos emergentes de situaciones discriminativas transitorias y cotidianas. En cualquier caso, la depresión es uno de los cuadros clínicos mas complejos y heterogéneos sintomatológicamente, y la manifestación de un fenómeno depresivo, puede variar mucho de persona a persona. En algunos casos la depresión, se acompaña de un estado de agitación e insomnio, mientras que en otros casos aparecen profundos estados de inhibición psicomotora, en el estado de ánimo de un sujeto deprimido suele aparecer al menos 4 o 5 síntomas asociadas.

En definitivo el conjunto de sintomático de las depresiones se menciona en cuatro grupos:

1. *Síntomas Emocionales*.- los síntomas emocionales de depresión son aquellos cambios en los sentimientos de la persona que acompañan a la depresión. La tristeza es un síntoma de depresión, esta tristeza se manifiesta por sentimientos de abatimiento, pesadumbre, infelicidad, e incluso irritabilidad.

   La pérdida de interés por el medio social es característico en los trastornos depresivos seniles. La irritabilidad, la preocupación y las ganas de llorar son síntomas relatados con frecuencia por los pacientes deprimidos de edad avanzada.

   El sentimiento de vacío se observa con frecuencia en ancianos, estos sentimientos se asocian frecuentemente con impulsos suicidas. De hecho, la sensación de vacío puede ser uno de los sentimientos más intolerables que experimentan los ancianos.

   En los ancianos desmoralizados y desanimados, se observa una sensación de impotencia y desesperanza respecto al futuro; las enfermedades y la penuria económica puede restar autonomía al individuo y justificar su desánimo respecto al futuro. El anciano deprimido probablemente se retraiga de las actividades sociales, lo que le conduce al tedio y a la soledad.
2. *Síntomas Cognoscitivos*.- el proceso de pensamiento en el anciano con depresión puede verse afectado por distorsiones o conceptualizaciones irreales, que se desvíen de los conceptos lógicos sobre si mismo y el medio social. Una visión de pesimismo injustificado respecto al futuro. El anciano deprimido suele pronunciar frases como: “no me queda nada que esperar”, o “es inútil que haga cualquier cosa, ya dentro de unos meses estaré muerto”.

   La repetición de los problemas presentes y pasados es características de los ancianos con depresión. Estos suelen repetir su evaluación y sus sentimientos sobre un hecho particular en sucesivas sesiones diagnósticas y terapéuticas.

3. *Síntomas Físicos*.- la presencia de cambios físicos es habitual y suele ser uno de los motivos principales, como la pérdida de sueño, fatiga, la pérdida de apetito, disminución del deseo sexual, así mismo estos sujetos se quejan con frecuencia de molestias corporales difusas (dolores de cabeza, espalda nauseas, vómitos, etc.).
   Una de las principales características es el deterioro en las relaciones interpersonales, estos pacientes sufren de rechazo de las personas.
4. *Síntomas Motivacionales*.- las personas pierden el deseo de asearse, en algunos casos abandonan el trabajo y otras actividades cotidianas. En su forma extrema este tipo de síntomas puede constituir lentitud generalizada de las respuestas motoras, el habla, el gesto y una inhibición motivacional absoluta. En ocasiones graves puede presentar mutismo total o un estado catotónico.

Cuando se evalúa a una persona de edad avanzada con depresión grave, los signos observables de enfermedad depresiva proporcionan muchos indicios que no es posible obtener mediante la revisión de los síntomas. La expresión de tristeza, la lentitud de movimientos o la agitación, el llanto frecuente, la reiteración y otras expresiones de desesperanza son características de la depresión. La pérdida de peso se da con mayor frecuencia entre los ancianos deprimidos que en los pacientes de edad inferior a los 60 años.

La preocupación, los sentimientos de inutilidad, tristeza, pesimismo, fatiga, el insomnio y las alteraciones motivacionales son síntomas relativamente frecuentes en los ancianos.

CONCLUSIONES

- La depresión es una alteración en el estado de ánimo, alteración que se traduce por un abatimiento.
- La depresión puede comenzar con un hecho que nos afecta mucho, pero que el individuo no relaciona con su abatimiento.
- El individuo presenta ansiedad, está intranquilo y tenso continuamente. Todo le aburre y le cansa, nada le satisface.
- El deprimido tiende a culparse de todo, puede presentar agitación psicomotriz (movimiento permanente) o retardo psicomotriz (lentitud de movimiento).
- El enfermo deprimido vive en desesperanza y por eso tendería más a la autoagresión e incluso al suicidio.
- Cualquier plan o proyecto que le propongan piensa de antemano que no va a valer para nada. Le cuesta mucho tomar decisiones.
- Es muy frecuente el insomnio. El deprimido duerme poco tiempo y mal; presenta cefaleas y dolores múltiples.
- Así la disminución o pérdida del apetito, disminución del deseo sexual, en el hombre se vuelve importante, la mujer suele rechazar todo contacto sexual.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Beck, A. (1998): "*Terapia cognitiva de la depresión*". Ed. Biblioteca de Québec de Brouwer. España.
- Bomby, J, (1983): " *La pérdida afectiva, tristeza y depresión*". Ed. Paidos. Buenos Aires.
- Cant Will, P. (1987): "*Trastornos afectivos en la infancia y en la adolescencia*". Ed. Martínez Roca. Barcelona.
- Calderón, G. (1984): "*Depresión*". Ed. Trillas. México.
- Chávez, B. (1997): "*Depresión senil*". Monografía de Licenciatura en Psicología Universidad Nacional Federico Villarreal. Lima. Noviembre.
- Freemas, A (1995): "*Terapia cognoscitiva aplicada a la conducta suicida*". Ed. Biblioteca de Québec de Brouwer. España.
- Gonzáles, J. (1997): "*Depresión suicida*". Monografía de Licenciatura en Psicología Universidad Nacional Federico Villarreal. Lima. Noviembre.
- Hernández, L. (1997): "*Depresión y suicidio*". Monografía de Licenciatura en Psicología Universidad Nacional Federico Villarreal. Lima. Noviembre.
- Joseph, T. (1999): "*Anorexia y otras alteraciones de la conducta*". Ed. Alertes. Barcelona. España.
- Polaino, L. (1998): "*La depresión*". Ed. Martínez Roca. Barcelona. 164 pp.
- Polaino, L. (1988): "*Las depresiones infantiles*". Ed. Morata. Madrid.

Trabajo enviado por:
Héctor Aguilar Valdez
aguilarvaldezhector@hotmail.com

haguilar@cedro.org.pe