

01921
21



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA
DIVISION DE ESTUDIOS PROFESIONALES

FACTORES FUNCIONALES PREDICTORES DE
PSICOSIS AFECTIVA

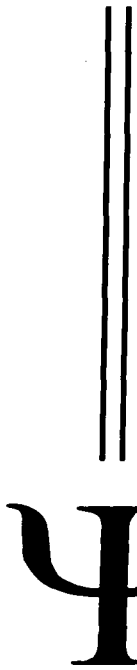
T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO EN
PSICOLOGIA

PRESENTA:

LLAVETH ARREOLA VAZQUEZ

DIRECTOR DE TESIS: DR. ROBERTO PEIMBERT RAMOS.
ASESOR DE TESIS: LIC. JUAN CARLOS MUÑOZ BOJALIL.





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	3
Capítulo 1.- ANTECEDENTES HISTÓRICOS	7
Capítulo 2.- CONCEPTUALIZACIÓN	19
Capítulo 3.- CARACTERÍSTICAS	
3.1 Características generales las psicosis	28
3.2 Signos y síntomas de las psicosis afectivas	41
Capítulo 4.- CLASIFICACIÓN	
4.1 Clasificación general de las psicosis	53
4.2 Dificultades para la clasificación de las psicosis afectivas	64
4.3 Clasificación de las psicosis afectivas	85
Capítulo 5.-FACTORES PREDICTORES, CAUSANTES Y DIAGNÓSTICOS	
5.1 Investigaciones Previas	96
5.2 El sexo (género) como factor predictor de psicosis afectiva	107
5.3 El nivel sociocultural como factor causante de psicosis afectiva	137
5.4 El estado civil como factor causante de psicosis afectiva	172
5.5 Las complicaciones obstétricas en el nacimiento como factor causante de psicosis afectiva	186
5.6 La edad como factor predictor de psicosis afectiva	214
CONCLUSIONES	230
COMENTARIOS	235
SUGERENCIAS	237
BIBLIOGRAFÍA	239

B

**Al Dr. Roberto Feimbert Ramos, director
de este trabajo porque no sólo me
guió académicamente en este proyecto,
sino que me brindó su confianza y amistad.**

**Por enriquecer este trabajo con su experiencia,
por su paciencia y atención.**

**Por su dedicación, ya que gracias a él pudo
crearse, desarrollarse y concluirse.**

Por motivarme y alentarme.

**Al Lic. Juan Carlos Muñoz Bojalil, asesor,
por sus consejos y observaciones.**

Por su tiempo y dedicación a este trabajo.

Por sus aportaciones y apoyo.

Por su confianza y atención.

¡ GRACIAS !

0

**A mis sinodales
Dr. Mario A. Cicero Moreno
Lic. Maritza Martínez Cardenas
Lic. Alma Mireia López-Arce Coria
por sus valiosas aportaciones
y comentarios al presente trabajo
con lo que fue enriquecido.**

**Por brindarme apoyo y consejo
en cada momento que fue necesario.**

Por su amistad, su atención y su confianza.

¡ GRACIAS !



**A mi familia papá, mamá, hermanas y hermano
que siempre han estado a mi lado,
guiándome en todas mis decisiones,
que con su consejo y amor me han
dado la seguridad que se necesita
para lograr lo que uno quiere.**

Los quiero mucho.

**Gracias por haberme educado,
por haberme apoyado en cada momento,
por darme la oportunidad de crecer.**

Es mi triunfo y el de ustedes.

**Porque reconozco y valoro
el esfuerzo y el sacrificio
con el que me educaron,
así como el esmero.**

**Porque a pesar de los momentos
buenos y malos estamos juntos.**

**Porque gracias a ustedes he aprendido
que el éxito se consigue a través
del esfuerzo y la dedicación.**

Por ser parte esencial de lo que soy.

Por ser mi familia

¡ GRACIAS !



**A mis amigas Carmen y Denise
con las que comparti
satisfacciones, desvelos,
buenos y malos momentos.**

Gracias por su amistad y confianza.

Por su apoyo y consejos.

**Porque a pesar del tiempo y
las circunstancias seguimos
juntas y en contacto**

¡ GRACIAS !

E

RESUMEN

En el presente trabajo se llevó a cabo una revisión documental exhaustiva que permitió ofrecer una clara reseña de la conceptualización y las características de las psicosis afectivas, así como de los términos y clasificaciones que los psiquiatras y psicólogos utilizan para definir las manifestaciones, signos y síntomas que presentan los pacientes.

Se dio a conocer también un marco teórico que describe con fundamentos sólidos, la transición del concepto hasta su consolidación actualmente utilizada junto con la problemática que hasta la fecha existe para lograr una clasificación de sus diferentes modalidades debido a la naturaleza inespecífica de dicho padecimiento, así como los estudios e investigaciones que explican la etiología de éstas.

Al respecto se encontró que algunas condiciones que influyen en la incidencia de las psicosis afectivas están asociadas a los factores que describo como funcionales predictores de dicha patología y son: el sexo (género) del sujeto, su estado civil, edad, nivel sociocultural en el que se desarrolló y vive actualmente, y las complicaciones obstétricas presentadas al momento de su nacimiento.

En el factor funcional predictor sexo se encontró que las mujeres son la población representativa de psicosis afectiva, esto debido a la inevitable relación que existe entre su naturaleza y la educación y estilo de vida adquirido por la mujer e inculcado a ella por la propia familia y cultura en la que se encuentra inmersa, lo que va de la mano con el concepto de feminidad, con el rol que tiene que desempeñar y los rasgos característicos de su comportamiento. Aquí es donde

también apreciámb el gran peso que tiene el factor funcional predictor sociocultural.

En cuanto al factor funcional predictor estado civil, también podemos apreciar que las características mismas del rol son causantes de psicosis afectiva; así como las características que describen a las etapas de la adolescencia y la vejez siendo éstas, las etapas con respecto al factor funcional predictor edad, las más significativas y con mayor vulnerabilidad para desarrollar algún tipo de psicosis afectiva.

De acuerdo al factor funcional predictor complicaciones obstétricas se apreció claramente el cómo la falta de vínculo afectivo madre-hijo por enfermedad de la madre o por la hospitalización de la misma debido a las complicaciones en el momento del parto, el niño puede presentar y desarrollar psicosis afectiva.

Por tanto, es característico de las psicosis afectivas tener tantas causas como consecuencias. Este análisis permite establecer que en la incidencia de psicosis afectiva participan diversos factores que se interrelacionan, todos ellos de gran importancia puesto que proporcionan datos vitales para una clasificación y diagnóstico más certero de dicha patología y aún más, para poder lograr su predicción.

INTRODUCCIÓN

Las psicosis afectivas son una enfermedad caracterizada por la perturbación de la vida emocional del individuo y que en la actualidad, cada vez cobra mayor relevancia debido a que el porcentaje del padecimiento por la población está creciendo constantemente.

Los conocimientos científicos que se tienen en la actualidad y los tratamientos farmacológicos y terapéuticos, no han disminuido su incidencia; por lo que resulta importante hacer una revisión exhaustiva de este padecimiento que tiene en mayor grado una repercusión en la vida del individuo a nivel personal, familiar, económico y social.

La psicosis afectiva es una enfermedad bastante compleja es por eso que resulta difícil lograr una clasificación certera de este padecimiento a pesar del desarrollo de la entrevista estructurada y de los criterios diagnósticos operacionales iniciados y utilizados desde hace más de 20 años como el DSM III y sus diversas revisiones.

Las diferencias en la prevalencia de las psicosis afectivas podrían deberse en parte a la diversidad de los instrumentos y de las entrevistas empleadas para su diagnóstico y clasificación en el campo de la psiquiatría y la psicología clínica ya que estos, presentan discrepancias; no en los factores que toman como significativos del padecimiento y posteriormente relevantes para su clasificación y diagnóstico, sino en la etiqueta que le otorgan a la patología, ejemplo es que las

fluctuaciones del estado de ánimo depresivo en los sujetos normales suelen durar algunas horas o cuando mucho, algunos días y en este caso se les llama depresiones breves, pero sí se presentan por lo menos una vez al mes y llenan los criterios de los síntomas diagnósticos del síndrome depresivo mayor, reciben el nombre de depresión breve recurrente. Si estos episodios se prolongan, pueden convertirse en un trastorno depresivo mayor, en distimia y finalmente en una depresión breve recurrente o, como distimia en un trastorno depresivo mayor por lo tanto, es probable que todos los subgrupos de la depresión y demás trastornos psicopatológicos, pertenezcan al mismo trastorno y que su definición se deba solamente al curso específico que siguen los patrones y a su distinta severidad.

La investigación epidemiológica reciente ha proporcionado nuevos e interesantes datos sobre la comorbilidad ilustrándose por medio de esta, la relación longitudinal de los trastornos afectivos con otros diagnósticos del trastorno depresivo mayor, de la depresión breve recurrente y de la hipomanía.

En general, la depresión mayor se relaciona principalmente con los síndromes psiquiátricos prolongados. Los patrones varían mucho dependiendo del síndrome nuclear desde el cual se considera esta relación y por lo tanto, puede emplearse la comorbilidad para validar los conceptos diagnósticos.

O en parte, se debe haber tomado en cuenta la relevancia que tienen ciertas características individuales de las personas afectadas para poder predecir y diagnosticar esta patología y que además son compartidas por la población que se encuentra bajo esta especificación ya que el patrón del curso que sigan; los

síndromes psiquiátricos que se manifiestan en los episodios breves muy recurrentes o en las clásicas fases prolongadas puede ser una variable básica de las características psicósomáticas del individuo porque las variables psicosociales que comportan sexo, edad, estado civil, nivel sociocultural y complicaciones obstétricas en el nacimiento influyen en la frecuencia de las depresiones tanto mayores como en las menores.

Estas características individuales son las que llamaré factores funcionales predictores entendiendo por ellos, signos específicos no biológicos presentes en la población que desarrolla psicosis afectiva.

Al tomar en cuenta el medio de los pacientes, así como ciertas características individuales específicas de los mismos; se destaca la importancia y la relevancia del componente caracterológico proporcionando validez externa a las clasificaciones y subclasificaciones de psicosis afectiva. Por tanto, el principal objetivo de la presente investigación documental es dar a conocer los factores funcionales predictores de psicosis afectiva: sexo desde el punto de vista género, edad, nivel sociocultural, estado civil, elevado número de complicaciones obstétricas en su nacimiento; ya que son el origen del desarrollo y padecimiento de psicosis afectiva siendo consecuentemente, los mejores predictores de ésta patología y en base a ellos, se puede dar un diagnóstico certero.

Estos factores o variables resultaron de gran importancia y relevancia en el desarrollo de psicosis afectiva por lo que se deben tomar en cuenta en los

registros que se llevan a cabo como requisito común y cotidiano, como posibles predictores Así, la probabilidad de desarrollar o padecer psicosis afectiva es mayor en mujeres, casadas, dentro de un rango de edad de 25 a 40 años, que residen en países en vías de desarrollo y que además, presentaron un gran número de complicaciones obstétricas al nacer.

Estos que son los factores funcionales predictores de psicosis afectiva son fácil de identificar en cada persona, la relevancia se ubica en el cómo han influido o influyen en el desarrollo del padecimiento.

El método de investigación documental que se utilizará es el Analítico-Sintético dado que permitirá separar todos los factores funcionales para detectar cómo cada uno de estos influye en el desarrollo de psicosis afectiva, relación que han venido validando los investigadores aquí mencionados entre otros, con los estudios que han realizado.

Esto con la finalidad de dar a conocer al psicólogo que las principales causas que determinan dicho padecimiento, permitiéndole así, pueda diseñar y planear una intervención oportuna, con técnicas pertinentes en el tratamiento.

1.- ANTECEDENTES HISTÓRICOS

El concepto de desorden afectivo es muy antiguo históricamente, ya que desde el siglo VIII a. de C., se conocía el síndrome de la depresión y el término de melancolía fue acuñado en los escritos de Hipócrates durante el siglo IV a. de C. Desde sus orígenes la medicina occidental incorporó cartas sobre la patología de la vida sentimental y la unidad de la manía y la melancolía ya era sospechada por Areteo de Capadocia (siglo I).

Galeno explicó la bioquímica de la melancolía en su teoría de los humores en el siglo II d. de C., habiendo un gran número de referencias que van desde los tiempos clásicos hasta el Renacimiento, y que indican que este desorden era conocido.

Los escritos ingleses del renacimiento definían a la melancolía de un modo preciso y se consideraba, cuando era relativamente leve, como un desajuste muy común que solía darse en gente cuya sensibilidad, inteligencia o percepciones eran particularmente desarrolladas.

Fue hasta finales del siglo pasado que el término habitual para referirnos al síndrome depresivo permaneció siendo el de melancolía describiendo un desajuste que iba desde unos síntomas leves, incluso apetecibles, hasta otros graves e incapacitadores cuya característica era el abatimiento y la tristeza.

Respecto al término manía, pese a que ya se curaba en los tiempos clásicos, no tenía el mismo significado, ni se refería al mismo tipo de síndrome, al que hoy

apunta. Típicamente se usaba esta palabra para designar uno de los cuatro o cinco desórdenes mentales comúnmente reconocidos: melancolía, delirio, demencia e idiocia.

Habitualmente se usaba la manía para indicar un desorden de tipo psicótico y se diferenciaba del delirio en que el paciente no tenía fiebre; por consiguiente, abarca una gama de disfunciones (que incluía la esquizofrenia) mucho más amplias que en la actualidad.

A lo largo del siglo XIX la observación longitudinal de los enfermos permitió descubrir la equivalencia de los periodos de la melancolía y manía, y la peculiaridad de la evolución recurrente y alternante de la enfermedad.

En Francia, Falret (1854) habló de "folie circulaire" (concepto superponible al actual de psicosis bipolar) y su contemporáneo Baillarger habló de "folie double forme". Ambos describían un desorden que tenía un comienzo agudo, una evolución que se caracterizaba por periodos de exacerbación y de remisión, y por periodos de normalidad entre las etapas de exacerbación. Más aún, se creía que era hereditaria y se observó que se daba más entre las mujeres que entre los hombres.

En general, se admite que fueron Kahlbaum y Kraepelin quienes desarrollaron una sistematización global y <moderna> para clasificar los desórdenes de tipo afectivo. Kahlbaum acuñó el término de "distimia", que usaba para referirse a la variedad crónica de la melancolía y de "ciclotimia", refiriéndose a un desorden caracterizado por las oscilaciones de estados únicos. También describió otras variedades de la melancolía, como la melancolía simple y la melancolía fantástica.

Kraepelin (1921) dio a luz a un sistema general para clasificar psicosis que partía de conceptos desarrollados por sus predecesores. En la síntesis de Kraepelin se conservó el término "melancolía", pero se usó sólo para referirse a los desórdenes depresivos que se daban en la senectud. Por primera vez se dio importancia al término "depresión".

Los desórdenes depresivos que se daban en los pacientes más jóvenes eran denominados "enfermedades maniaco-depresivas". La enfermedad maniaco-depresiva se distinguía de otra disfunción de tipo psicótico que ocurre en los pacientes jóvenes, la demencia precoz, en base a su evolución, a la edad, y a las características del momento de aparición, al papel jugado por la herencia, a la etiología atribuida y a los síntomas clínicos. Kraepelin reconocía que numerosos pacientes deprimidos tendían a fluctuar hacia la manía y depresión en un único desorden. Esta unificación no fue repentina, sino que fue fruto del refinamiento y extensión progresiva de su propio concepto de las psicosis maniaco-depresivas (PMD) en las sucesivas ediciones del Manual de Psiquiatría.

Debido a estas ampliaciones, Kraepelin llegó a incluir, finalmente, bajo el rótulo PMD, por un lado, todo el campo de las patologías llamadas circulares o periódicas, y, por otro, la manía simple, una gran parte de los estados mórbidos, a los que se suelen etiquetar como melancolía y así mismo un número no pequeño de casos de ausencia. La idea de Kraepelin de la PMD llegó por último, a incluir todos los casos de excesos de afectividad, incluyendo los que se dan a nivel de personalidad e incluso la melancolía involutiva.

Así pues, la síntesis kraepeliana agrupaba todos los síndromes depresivos juntos, bajo un solo encabezamiento, el de psicosis maniicodepresivas que en términos de Kraepelin podría definirse como una disfunción en la cual el rango central o primario es una alteración en el estado de ánimo, alteración que se traduce en una exacerbación en el caso de las manías y como abatimiento en el caso de las depresiones.

Este autor mantenía que la etiología de las PMD era de naturaleza hereditaria, debido a que estaba firmemente convencido de la base hereditaria de los desórdenes psicóticos, no orgánicos. A fines del siglo XIX, principios del XX, se consideraba a la PMD representativa de una enfermedad única, que tendía a ser relativamente extensa, episódica, recurrente, de buen pronóstico y con una completa recuperación entre los episodios. A medida que el siglo XX fue avanzando, se desarrollaron otros sistemas complementarios o rivales, particularmente para dar cuenta de los síndromes depresivos más leves o de los más crónicos.

Posteriormente Bleuler, desde una postura más psicologicista, introdujo el término "psicosis afectiva" que tuvo una gran influencia en Adolf Meyer (1908); quien desarrolló un método más dinámico y dimensional para la descripción de la depresión y de otras disfunciones psiquiátricas. Pensaba que cada paciente debería ser analizado de un modo individual, en términos de un grupo de dimensiones que incluían la herencia, la condición física, la personalidad, factores del entorno y ciertos síntomas.

Una enfermedad depresiva la describía como una reacción que ocurría como resultado de la interacción entre éstas dimensiones, cuando habían fracasado otros tipos de adaptación. Usaba estas dimensiones para describir varios tipos de depresiones, que oscilaban entre las leves (mesergarias) y las más graves (holergarias y timergarias). Adolf Meyer, sin embargo, había sido el introductor de la clasificación kraepeliana en EE.UU., pero debido a su sobreextensión posterior elaboró el método alternativo mencionado.

Otros autores como Dreyfus, discípulo de Kraepelin, incluyó en la PMD a la melancolía involuntaria, que su maestro inicialmente describió de forma aislada (ésta aún continuó hasta la DSM II). O, Schenider quien propuso el término ciclotimia, pues el de maniacodepresiva enfatizaba la manía, cuando ésta es más rara que la depresión, pero no tuvo mucho éxito debido a que daba mucha importancia a los ciclos de la enfermedad, cuando cada vez se conocen mejor evoluciones crónicas o larvadas y otras en las que no se puede hablar propiamente de ciclos.

Más tarde, en tanto que los psiquiatras británicos se sumían en el aún mal resuelto gran debate, respecto a si las depresiones <endógenas> y <neuróticas> habría que considerarlas como un trastorno unitario que variaba en el nivel de intensidad o más bien, como diferentes tipos de reacción y de entidades patológicas; sus colegas alemanes rechazaban las definiciones globales de la PMD y la demencia precoz que Kraepelin sugiriera y proponían una clasificación de las psicosis endógenas que constaba de distintos grupos.

Uno de los propugnadores más serios de una clasificación más minuciosa de las psicosis endógenas fue Leonhard; este autor propuso en 1957 una división de éstas psicosis en cuatro grupos paralelos y en algunos subgrupos. En lo que se refiere a los trastornos afectivos –psicosis afectivas-, estableció dos grupos en función por una parte, de la ocurrencia de fases maniacas y depresivas en un mismo paciente (formas bipolares, es decir, las auténticas PMD) y por otra, la de la ocurrencia de episodios recurrentes de depresión o de manía psicótica (formas unipolares). Hoy en día esta clasificación es probablemente una de las más aceptadas para los trastornos graves, debido en su mayor parte a la abundancia de datos que la avalan tanto genéticos como bioquímicos, nosológicos y de pronóstico. Sin embargo, la obra de Leonhard permaneció oculta a los ojos de la mayor parte de los investigadores de fuera de Alemania durante muchos años, por lo que los estudios relacionados con la PMD no tomaron en cuenta la diferenciación posible entre las formas unipolares y bipolares de los trastornos afectivos.

Hasta mediados de los 60's aparecieron dos investigaciones generales sobre las psicosis depresivas recurrentes, en las cuales se tomaba en consideración la idea de la polaridad de Leonhard (la de Angust, 1966, en Suiza, y la de Perris, 1966, en Suecia). Los paralelos resultados de estas investigaciones venían a apoyar la hipótesis de Leonhard de la separación de las psicosis depresivas recurrentes bipolares y unipolares. Desde entonces se ha producido en distintos lugares una gran cantidad de evidencias consistentes, que añaden una valiosa información en la distinción de estas dos formas de los trastornos afectivos.

En la actualidad algunas de las investigaciones acerca de los cambios fisiológicos y bioquímicos que ocurren en la manía y en la depresión, indican la comunidad primaria y esencial en el desorden. El desarrollo de los tratamientos físicos , y en particular el uso de litio como tratamiento profiláctico, presta un apoyo considerable a estas teorías. Por tal razón, actualmente para muchos ya no debe hacerse tanto hincapié en el carácter central de las alteraciones en el estado de ánimo (punto fundamental de la teoría kraepeliana). Más aún, la experiencia clínica, según estos autores, con las formas más leves de enfermedad, mostraría que hay otras perturbaciones que pueden ser causa de incapacidad más importantes que las alteraciones en el estado de ánimo. En consecuencia, la característica paralela de estos desórdenes estaría en una profunda perturbación de naturaleza orgánica que puede manifestarse en muchos tipos de síntomas distintos.

La conceptualización de los trastornos afectivos ha resultado problemática y ello es debido a que estos desórdenes suponen algunos problemas objeto de controversias que han estado implícitos desde las descripciones más antiguas. Estos problemas podrían ser reunidos en dos: los límites del concepto de desorden afectivo y, qué métodos de clasificación y subdivisión de los desórdenes afectivos son más útiles con fines clínicos y/o con fines de investigación.

Respecto a los límites entre las depresiones y la normalidad, la controversia ha sido fuerte ya desde los tiempos clásicos y renacentistas. Los observadores han adoptado diferentes tipos de vista sobre si la depresión es una enfermedad o un estado del espíritu, un desorden que domina a la persona o una respuesta normal a un suceso desdichado. En la actualidad parece predominar la idea de que la

depresión es una respuesta normal ante sucesos desdichados, siendo patológica cuando es anormalmente profunda o duradera, aunque los límites no están claros. El énfasis reciente en los criterios de diagnóstico, en las entrevistas estructuradas y en el diagnóstico por computadora representan un esfuerzo para diferenciar las depresiones que representan un desorden más grave y distinguirlas del abatimiento, el malestar o la pena.

La distinción entre la manía y la normalidad es normalmente menos dificultosa, pero cuando uno empieza a hablar de hipomanía o de ciclotimias es cuando se encuentra con similares problemas de demarcación. Al igual que para la depresión, se están llevando a cabo investigaciones tendentes a definir el síndrome de una manera más objetiva y con criterios diagnósticos computarizados que reduzcan la amplitud del concepto.

Con todo, los problemas de definición perduran y probablemente perdurarán mientras que no exista un consenso acerca de los límites reales de los desórdenes afectivos en general. Por tanto, en diversos estudios epidemiológicos se ha demostrado consistencia en diferencias de frecuencias de depresión entre hombres y mujeres. Asimismo, las diferencias en las tasas de depresión en distintos grupos de edades también son una constante, por lo que si tomamos en cuenta estos factores y les otorgamos la importancia que merecen; pueden contribuir a la delimitación y especificación de psicosis afectiva. A veces se insiste en los factores psicosociales pero por otra parte, un importante número de investigaciones tratan de estudiar los factores biológicos que puedan distinguirse en estos diferentes grupos. También, se discute repetidamente la diferencia entre

depresión psicótica y neurótica o depresión mayor y menor, y si los criterios de diferenciación influyen en el establecimiento de las tasas de cada una.

Investigaciones repetidamente referidas sobre estos aspectos, son las de Weissman y Klerman (1977, 1985) quienes demuestran que las mujeres padecen más frecuentemente de depresión. Estas observaciones se han tratado de contrastar con diferentes hipótesis explicativas. Así, Michael A. Young et al, con una población de 2163 familiares de primer grado de personas diagnosticadas de depresión; tratan de comprobar si las diferencias de tasas en los dos sexos se deben a una tendencia de las mujeres a informar más frecuentemente de síntomas depresivos. Concluyen que la diferencia de la tasa es real y no puede ser atribuida a esta tendencia.

Dan Blazer et al, identificaron un tipo de depresión mayor asociado con población añosa y síntomas de trastornos físicos. Murphy (1986) había sugerido que se podía dar un cuadro de síntomas generalmente asociados a la depresión, pero que resultan ser consecuencia del stress, siendo fácilmente modificables.

Glenn E. Hunt et al, encuentran correlación entre los niveles de concentración de dexametasona, la edad y el sexo derivando conclusiones sobre la influencia de estos factores en la depresión y su tratamiento.

Paul Babbington y Michele Tansella con datos del Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos de 1983 a 1987 en Verona, hallan una mayor incidencia de depresiones en mujeres que en hombres. La incidencia crece con la edad para las depresiones psicóticas y las mujeres casadas tienen mayor tasa de depresión que las solteras, mientras que en los hombres sucede a la inversa.

Bebbington señala tanto en estudios realizados con el registro de casos como en los realizados en la población general, que la tasa más elevada de depresiones menores se da en edades relativamente tempranas y la tasa más alta de depresiones mayores aparece en edades más tardías.

La diferencia del número de depresiones como psicosis entre los hombres y mujeres es notoria pero esta diferencia es aún mayor entre casados que entre solteros. El número de mujeres casadas con depresiones es tres veces mayor que el número de mujeres solteras con psicosis afectivas. Así se puede pensar como sugieren Bebbington y Gater que hay factores intrínsecos a la condición de casadas que pueden influir en la aparición de las depresiones; razones psicosociales como restricciones que el desempeño del rol de esposa ejerce en las mujeres o también los factores de riesgo que suponen las condiciones perinatales y de crianza de los hijos en la vida afectiva de las mujeres.

Así mismo, la psicosis breve aguda ocurre predominantemente en mujeres y con mayor incidencia en países en vías de desarrollo en comparación con países industrializados. Estos datos se obtuvieron de un estudio de 221 primeras admisiones de pacientes con psicosis afectiva y no afectiva a los cuales se les realizaron extensas valoraciones posteriormente a su inicial evaluación.

También se estudiaron pacientes con un primer principio de psicosis excluyendo aquellos que tenían el origen de la psicosis en algún daño orgánico o inducida por drogas, todos los cuales fueron comparados entre sí y con sujetos controles. Se hicieron categorías por consenso de la presencia de psicosis en base al DSM-III-R y el ICD-10 y se encontró en relación y en base a los criterios de psicosis breve

que ésta se relaciona significativamente con psicosis afectiva ya que son etimológicamente similares además de que representa ligeras formas de este desorden.

Miller y Merritt (1979) reportaron que la combinación de complicaciones obstétricas y aspectos determinados del esquema de la conducta maternal es asociada con personas que en su edad adulta desarrollan psicosis afectiva siendo el riesgo de mortalidad perinatal elevado en ellos.

Estos datos los obtuvieron en base a la examinación de los archivos del Centro Británico de Mortalidad Perinatal que en marzo de 1958 representó el 98% de los nacimientos en Gran Bretaña, categorizando los diagnósticos que estrechamente definían psicosis afectiva y usando la indagación de salud mental; identificaron los casos de nacimiento cubiertos por este estudio británico, que posteriormente tuvieron que ser tratados en un hospital psiquiátrico.

Encontraron diferencias significativas entre el físico-estilo de vida maternal e historia obstétrica de los nacimientos de psicóticos afectivos y de los normales o sujetos control al comparar las variables somáticas, el embarazo, parto y condición del bebé; lo que concuerda con los resultados obtenidos en otros estudios referentes a el elevado riesgo de complicaciones obstétricas en los nacimientos de gente que más tarde desarrolla psicosis afectiva así como el efecto de la historia de nacimientos previos y otros aspectos del estilo de vida de la madre, físico y cuidado prenatal que son conocidos por incrementar el riesgo o peligro de complicaciones obstétricas.

Los nacimientos de psicosis afectiva mostraron una configuración diferente de características.

En una reciente observación de servicios en Gran Bretaña acerca de las enfermedades mentales en las madres y sus hijos, realizada en 1992 por los psiquiatras del Colegio Royal encontraron que las psicosis afectivas son muy populares obstétricamente y aún en mujeres con previas enfermedades mentales, siendo muy representadas por la población femenina de edad similar quienes presentan problemas especiales en el nacimiento y por tanto, es doblemente probable que sus hijos también presenten este desorden ya que en su desarrollo se ha encontrado evidencia de estos efectos adversos emocional y cognitivamente. Se ha observado que el desarrollo de psicosis afectiva tiene un porcentaje muy alto en las mujeres posparto. El promedio de edad de las mujeres en este estudio fue de 28.5 años y el 72% de ellas eran casadas. Por lo tanto, el contexto sociocultural es muy relevante para el desarrollo de psicosis afectivas, ya que no es casualidad que los paradigmas de la conducta humana sean populares y frecuentemente cuenten con metáforas evocando sistemas de ingeniería e industria en los países no industrializados siendo estos, los más propensos o aptos a las relaciones humanas estresantes entre sus familias, sus comunidades y el cosmos en general.

2.- CONCEPTUALIZACIÓN

En principio diríamos que la psicosis tiene que ver con lo que popularmente se llama **locura**.

El término psicosis procede del griego psyché, alma, y es aplicado generalmente a los trastornos mentales de etiología psíquica u orgánica en los cuales se presentan alteraciones profundas de la realidad y de la respuesta a estímulos. Es a finales del siglo XIX, que el descubrimiento de correlatos anatómicos y fisiológicos de los síndromes clínicos influye considerablemente sobre los psiquiatras y los neurólogos de la época, quienes intentan identificar síndromes específicos a partir de los conceptos globales de demencia, delirio y locura, que eran los conceptos predominantes en aquel tiempo. La consecuencia fue una proliferación de supuestos síndromes, síndromes que hoy día llamaríamos "psicosis funcional" y que produjeron entonces, un caos considerable.

En la sexta edición de su libro de texto, Kraepelin (1896) introdujo una distinción simple entre condiciones caracterizadas por el deterioro mental "demencia precoz" (lo que después Bleuler llamó esquizofrenia) y trastornos más episódicos como la manía y la melancolía. De este modo nacieron dos clases de "enfermedades" como entidades independientes y cada una se justificaba por una supuesta unidad de causas y consecuencias. Bleuler (1913) fundamentó esta distinción en la nosología psiquiátrica. Alegó que los síntomas principales de los tipos de deterioro mental eran cognitivos: un relajamiento de las asociaciones entre los pensamientos, los sentimientos y la conducta (ése era el significado original del

término acuñado por Bleuler, "esquizofrenia"). Así fue como abordó los orígenes biológicos de lo que denominó esquizofrenia y también, por medio de los procesos intrapsíquicos; de los trastornos del afecto, de la motivación y del pensamiento, que consideraba secundarios. Pensaba que los síntomas principales eran los observables en cada caso; por otra parte, las ideas delirantes, las alucinaciones y las perturbaciones conductuales las consideraba secundarias o accesorias, porque podían ocurrir en otros trastornos.

Los trastornos orgánicos, afectivos y esquizofrénicos engloban el concepto antiguo y retirado del DSM-IV de "psicosis" como aquellas alteraciones del aparato psíquico que involucran un severo trastorno del juicio de realidad.

La CIE-10 ha adoptado la expresión de humor por ser considerada una palabra mucho más adecuada que afectivo y que permite concebir estos trastornos de un modo menos restrictivo. Los términos "mania" y "depresión" se utilizan en esta clasificación para referirse a los extremos del espectro afectivo. "Hipomanía" se utiliza para indicar un estado intermedio sin ideas delirantes, alucinaciones o interrupción de la actividad normal. Con frecuencia, pero no exclusivamente, se presenta en las etapas iniciales o finales de una manía.

Desde otros puntos de vista como en la clínica psiquiátrica, el concepto de psicosis es extremadamente amplio, comprendiendo toda una serie de enfermedades mentales, tanto si son manifiestamente de origen orgánico (como la parálisis general progresiva) como si son más a consecuencia de la educación o de la interacción con el medio ambiente.

Según el moderno criterio psicosomático, es el resultado final de la confluencia de múltiples influjos nociceptivos sobre el aparato psíquico, el cual responde ante ellos creando un proceso de naturaleza defensiva que se manifiesta en el exterior por un cambio en el modo existencial y en la conducta, es decir, por una alteración del campo vivencial y del campo práctico, crea una duradera, pero variable desadaptación entre el sujeto y el medio ambiental y, en última instancia, destruye (pasajera o definitivamente) la inestable fórmula de relación entre ambos. Se trata de un conflicto entre el yo y la realidad. Fundamentalmente es una perturbación de la relación con la realidad.

Desde el punto de vista de la evolución, el niño, a través de las diversas fases evolutivas va construyendo su base para la relación con el mundo exterior tratándose ante todo, de una base afectiva donde es tan importante la función materna como la paterna.

La función paterna tiene que ver sobre todo, con el elemento de referencia que pone límite a la "diada" que forman el niño y la madre desde el nacimiento. La función principal del padre reside en empujar al niño hacia el vínculo social.

Puede fallar la función materna pero, sobre todo, la base que falla en la psicosis es la función paterna, falla el vínculo con lo social.

Lo importante para que no se dé una neurosis o una psicosis, es pasar satisfactoriamente por todas las fases del desarrollo, dentro de éstas, la más estructurante y principal es la fase edípica., entendiendo el Edipo como un momento de construcción de la personalidad donde se dan las identificaciones

sexuales necesarias y donde se estructuran los dos cimientos fundamentales de la personalidad en el niño: el cimiento materno y el cimiento paterno.

Tradicionalmente definen a la psicosis como una pérdida del sentido o del juicio de la realidad, con una alteración en la actividad mental, caracterizándose por la existencia de alucinaciones y delirios. Históricamente, el término psicótico ha sido definido de varias formas distintas, ninguna de las cuales ha sido universalmente aceptada.

La definición más restrictiva del término psicótico se refiere a las ideas delirantes y a las alucinaciones manifiestas, debiendo presentarse éstas últimas en ausencia de conciencia de su naturaleza patológica.

Una definición menos restrictiva también incluiría las alucinaciones manifiestas que son reconocidas como experiencias alucinatorias por el sujeto.

Finalmente, el término se ha definido conceptualmente como una pérdida de las fronteras del ego o un grave deterioro de la evaluación de la realidad.

Según la OMS, la psicosis es un trastorno mental en el cual el deterioro de la función mental ha alcanzado un grado tal que interfiere marcadamente con la introspección y la capacidad para afrontar algunas demandas ordinarias de la vida o mantener un adecuado contacto con la realidad.

En la esquizofrenia, en el trastorno esquizofreniforme, en el trastorno esquizoafectivo y en el trastorno psicótico breve, el término psicótico se refiere a

las ideas delirantes, a cualquier alucinación manifiesta, al lenguaje desorganizado o al comportamiento desorganizado o catatónico.

En el trastorno psicótico debido a una enfermedad médica y en el trastorno psicótico inducido por sustancias, psicótico se refiere a las ideas delirantes o únicamente a aquellas alucinaciones en las que no hay conciencia de patología.

En el trastorno delirante y en el trastorno psicótico compartido, psicótico es equivalente a delirante.

La definición de psicosis vista como un síndrome cerebral orgánico es, cualquier trastorno mental asociado con o causado por una perturbación en el funcionamiento fisiológico del tejido cerebral a cualquier nivel de organización estructural, hormonal, bioquímico, eléctrico, etc., también conocido como trastornos cerebrales agudos y crónicos (MAETM-I) del tipo reacción orgánica, psicosis orgánica.

El término "orgánico" se reserva para aquellos trastornos mentales que acompañan una lesión demostrable del sistema nervioso central implicando que las condiciones son crónicas y aunque no progresivas, no resultan totalmente reversibles (el daño es permanente).

Los síndromes cerebrales orgánicos contrastan con la psicosis funcionales ya que *funcional*, en medicina es, lo referente a aquellos cambios en la forma en que un sistema de órganos opera, los cuales no se pueden atribuir a alteraciones estructurales conocidas por tanto., la psicosis como trastorno funcional es el disturbio en el cual el funcionamiento u operación de un órgano o sistema de

órganos es anormal pero no como resultado de cambios conocidos en la estructura.

Tal dicotomización tiende a oscurecer el hecho de que no hay un síndrome orgánico simple sino más bien, un conjunto de varios e incorrectamente sugiere que existe una relación de uno a uno entre la extensión de lo orgánico comprometido y el tipo y severidad de los síntomas mentales asociados.

El término psicosis sirve para designar a los trastornos mentales muy graves, los cuales comúnmente están caracterizados por una considerable pérdida de contacto con la realidad.

La creación de una estructura psicótica de la personalidad es a veces el único medio para entrar en relación con su mundo evitando al mismo tiempo los peligros de una explosión catastrófica en el psiquismo, portadora de desintegración y aniquilación de él. La regresión psicótica permite la aproximación a las experiencias así como el conocimiento de su desarrollo, como lo demostraron Melanie Klein y Winnicott; permite un panorama privilegiado del inconsciente universal del hombre.

La organización psicótica es en sí una defensa contra la angustia la cual está ligada a objetos tanto internos como externos. A pesar de las carencias evidentes, considerables de la organización defensiva psicótica, parece que esta estructura sirve para proteger al paciente de una angustia indescriptible vivida como fatal, sin embargo; el sistema defensivo del yo psicótico implica interferencias con sus funciones autónomas.

De otro lado, es bien conocido que existe una predisposición genética que es observada en algunas familias. Sin embargo este hecho no es indicativo de que la persona tenga que padecer este proceso, para ello es necesario un ambiente social que lo propicie junto con un factor desencadenante. En este último se encuentran factores tales como: la muerte de un ser querido, la frustración en la consecución de un objetivo, la separación de los padres, el que la novia/o deje al otro miembro de la pareja, el fracaso escolar, etc.

La psicosis afectiva propiamente, también conocida como maniaco depresiva es aquella en la que se suceden episodios de euforia con episodios de tristeza. es la psicosis que tiene como rasgo sobresaliente la perturbación de la vida emocional del individuo.

Según la DSM-IV-R, la sintomatología esencial de este grupo comprende una alteración del estado de ánimo que se acompaña de un síndrome depresivo o maniaco, parcial o completo; no debido a ningún otro tipo de trastorno mental o físico. El estado de ánimo corresponde a un estado emocional permanente que colorea por completo la vida psíquica, tanto en el sentido de la depresión como en el de la euforia.

En la actualidad el síndrome es un compuesto de muchos factores, la dotación genética y constitucional del paciente, la personalidad y el carácter desarrollados durante la experiencia vital, los conflictos corrientes que el paciente enfrenta independientemente de su origen y el ambiente inmediato junto con los cambios orgánicos en el sistema nervioso central.

Ya que el poder recopilar todas éstas características en la historia clínica del paciente es difícil para predecir y diagnosticar las psicosis afectivas además de que nos llevaría mucho tiempo, podemos enfocarnos sólo en ciertos rasgos específicos no biológicos presentes en la población que desarrolla esta patología. Estos rasgos o signos a los que me estoy refiriendo son los que llamo factores funcionales predictores del padecimiento y son; el sexo del paciente visto desde el punto de vista género, la edad que actualmente tiene la persona, su estado civil actual, el nivel sociocultural en el que actualmente vive y se ha desarrollado y las complicaciones obstétricas que haya presentado al momento de nacer.

En base a estos datos podemos identificar de una manera más confiable sí el padecimiento que el paciente está presentando es psicosis afectiva, debido a que se ha comprobado en numerosas investigaciones que éstos signos o rasgos son compartidos por la población que se encuentra bajo esta etiqueta.

A este respecto, una de las investigaciones más nombradas es la que realizó Furukawa y cols. (1995) utilizando datos por medio retrospectivo y considerando además, características psicosociales y rasgos de personalidad. Tomaron como criterios de evaluación y clasificación, el Criterio de Investigación Diagnóstica (RDC9), el Programa para Desórdenes Afectivos y Esquizofrenia (SADS-L), la Valoración Global de Funcionamiento (GAF), el Inventario de Depresión Hamilton (HDRS) de Adaptación Social, la Escala de Categorías para Depresión Carroll (CRSD) y el Índice Brokington. Midieron y tomaron en cuenta edad, sexo, nivel de estado depresivo, presencia de desorden esquizo-afectivo depresivo, número de episodios, desorden maniaco, desorden hipomaniaco, tipo de trabajo, relaciones familiares, parentales maritales, económicas, duración del seguimiento y,

porcentaje de tratamiento y hospitalización. Sus resultados avalan la importancia inminente que tienen los rasgos característicos de la población afectada descritos anteriormente como factores funcionales predictores, en la predicción, el diagnóstico y la clasificación de psicosis afectiva.

3.- CARACTERÍSTICAS

3.1 Características Generales de las Psicosis .

Las psicosis son una enfermedad caracterizada por una desorganización de la personalidad, alteraciones del juicio crítico y de la relación con la realidad, trastornos del pensamiento, ideas y construcciones delirantes y, frecuentemente, perturbaciones de la percepción (alucinaciones).

Varias escuelas han intentado identificar y describir el origen de esta patología, así como el de las características que la definen como; la escuela de Bonn que defendió la idea según la cual, la sintomatología psicótica se produce por un trastorno primario cognitivo que ha de considerarse como origen de las enfermedades. La aparición de fenómenos delirantes y alucinaciones se relaciona con un debilitamiento de la capacidad de procesar información y origina *overinclusions*, trastornos de decodificación y una capacidad discriminatoria disminuida, lo que puede desencadenar trastornos de percepción, mentales y de comportamiento, así como experiencias de despersonalización y desrealización.

En contraposición a este concepto de vulnerabilidad cognitiva como origen de la sintomatología psicótica, Janzarik atribuye la sintomatología psicótica a un trastorno timopsíquico. El modelo de Janzarik distingue entre la «estructura» psíquica, que se compone de modelos de comportamientos preprogramados y de

representaciones, y la «dinámica», que abarca los ámbitos del impulso, del sentimiento y del humor. Una parte de la dinámica está vinculada a ciertas partes estructurales y confiere a éstas una coloración positiva, negativa o ambivalente. Estas partes estructurales dinámicas son consideradas valores que determinan los intereses y los temores de la persona y, sobre todo, los estilos de los atributos. A veces, ciertos estados de ánimo actualizan los valores correspondientes. Pero éstos, en condiciones normales, son relacionados con otras representaciones y, nuevamente, desactualizados. Sin embargo, este proceso no se logra en los casos de transformaciones dinámicas con un gradiente elevado o rápidamente cambiantes, por lo que su «modus de percepción impresiva» (*impressive Wahrnehmungsmodus*) reemplaza al «representativo». De esta manera pueden producirse, en el marco de fases estables maníacas o depresivas, convicciones delirantes o interpretaciones que no pueden ser corregidas antes de remitir la disforia. Ciertas oscilaciones rápidas de la dinámica, sin estar ligadas estructuralmente, causan actualizaciones de valores rápidamente cambiantes y contradictorios que confieren a la situación una tonalidad misteriosa y producen experiencias imaginativas y sensaciones de extrañeza, y ponen en acción la sintomatología psicótica.

Janzarik considera que las psicosis afectivas tienen una base común que él ve en una predisposición a la aparición de una volubilidad dinámica. La manera en la que se presenta clínicamente esta «psicosis única» estaría determinada tanto por la estructura individual como por el nivel habitual dinámico, biológicamente determinante: las estructuras rígidas, combinadas con un potencial dinámico bajo,

dirigen la inestabilidad hacia un humor depresivo, mientras que la asociación de una estructura fuerte, con un nivel dinámico elevado, produce la aparición de fases bipolares. Las estructuras más débiles hacen aparecer la volubilidad como tal, causando así la aparición de la sintomatología psicótica. Si las estructuras débiles se combinan con un potencial dinámico alto, la enfermedad toma la forma de una psicosis esquizo-afectiva. Las estructuras muy débiles pueden, bajo el influjo de una volubilidad dinámica, no mantener la integración de mayores rendimientos funcionales. Este hecho lleva a la manifestación de síntomas desorganizativos, sobre todo de trastornos formales del pensamiento. Si unas estructuras débiles se encuentran asociadas a un nivel habitual dinámico bajo, se originan finalmente cuadros clínicos improductivos teñidos por una sintomatología negativa.

Esta hipótesis de Jazarik por la cual la sintomatología psicótica esta causada por una volubilidad dinámica, concuerda con la observación de que estos fenómenos están a menudo asociados a una labilidad emocional.

Desde esta perspectiva puede considerarse, que ciertas predisposiciones adicionales, individuales e inespecíficas, tales como un nivel habitual dinámico elevado y una estructura débil, favorecen la formación de la sintomatología psicótica.

Para la Escuela de Viena las psicosis afectivas se basan en unos trastornos básicos que, bajo la influencia de factores no específicos añadidos; hacen brotar aquella vulnerabilidad dinámica que es determinante para la manifestación de la sintomatología psicótica.

Podemos suponer entonces que las enfermedades psicóticas tienen su origen en el debilitamiento de la capacidad de procesar información; a esta circunstancia hay

que asignarle un valor de vulnerabilidad específica. Esta hipótesis se ha visto reforzada últimamente a raíz de nuevos estudios analítico-factoriales, sobre todo en trastornos formales del pensamiento, que han puesto de relieve sus valores de diagnóstico como las investigaciones neuropsicológicas de Spitzer que muestran, que los trastornos formales del pensamiento se remiten a la activación o desinhibición de la red asociativa y a la disfunción de la memoria activa que, a su vez, se deben bien a déficits estructurales o bien a una actividad dopaminérgica disminuida. En relación a esa última génesis puede explicarse la aparición de la sintomatología psicótica en el sentido del supuesto de Grace, quien considera que la disfunción cognitiva se basa en una disminución de la liberación de dopamina estriatal teniendo como consecuencia una *up-regulation* de los receptores dopaminicos postsinápticos. En éstos se apreciarían las causas por las que, bajo una carga psíquica, se produce un aumento en la activación fásico estriatal dopaminérgica, que aparece en forma de una inestabilidad dinámica cuya intensidad es determinada por predisposiciones inespecíficas adicionales. El supuesto de que un síntoma negativo primario sea también causado por una actividad dopaminica aminorada explica por qué esos fenómenos aparecen mucho tiempo antes de una manifestación de la sintomatología psicótica.

Este esquema muestra que los factores de vulnerabilidad, individuales o combinados, pueden ser determinantes para establecer si una sintomatología psicótica o una sintomatología negativa inciden en el cuadro clínico, y en qué medida puede aparecer sintomatología desorganizativa, trastornos del pensamiento, disociaciones afectivas y comportamientos bizarros.

De igual manera, la predisposición a una manifestación de trastornos psicóticos, así como su inicio, está determinada también por una serie de experiencias personales que bajan el umbral de afectación –general o en determinadas situaciones– y determinan, además, los estilos de atributos y las estrategias de *Coping* de los pacientes.

La vulnerabilidad específica para las psicosis afectivas es considerada por la escuela de Viena dentro de un trastorno timopsíquico; en donde una vulnerabilidad afectiva se compone de una inclinación a un desvarío dinámico estable que puede presuponer la presencia de una hiperactividad autónoma o de desestabilizaciones biológicas que, en el puerperio o en la ingesta de drogas, por ejemplo, pueden adquirir la forma de una inquietud dinámica. La fuerza con la que se forma la inestabilidad está determinada también en este caso, por el nivel habitual dinámico.

Los resultados de la investigación de la escuela de Viena respecto de los modelos de vulnerabilidad presentados evidencian que es necesario considerar diferentes predisposiciones específicas para las psicosis afectivas.

Por otra parte, Schneider (1959) describió un conjunto de síntomas que consideraba como patognomónicos de la psicosis. Estos 11 síntomas de "primera fila" los consideraba como indicadores importantes de la presencia de un proceso psicótico. Dichos síntomas incluían:

1. Pensamientos audibles,
2. Voces que discutían entre ellas,

3. Voces que comentaban la actividad del paciente,
4. Experiencias de pasividad somática,
5. Percepciones delirantes,
6. Inserción del pensamiento,
7. Robo del pensamiento,
8. Retransmisión del pensamiento,
9. Sentimientos impuestos,
10. Impulsos impuestos, y
11. Actos voluntarios "impuestos".

Schneider describió estos síntomas particulares no con un propósito teórico, sino porque pensaba que estos síntomas eran "primarios", en el sentido de que no pueden derivarse de otros síntomas. Los síntomas de primera línea parecen desvanecerse con el tiempo y ser sustituidos por fenómenos secundarios.

Las ideas delirantes "secundarias" de referencia y persecución son muy frecuentes en la manía y en la depresión grave, pero normalmente incluyen temas religiosos, subculturales o extraños y son congruentes con el estado de ánimo; de este modo, un individuo con un estado de ánimo elevado que oye voces diciéndole que utilice poderes especiales para curar sería considerado como "congruente con el estado de ánimo". En el otro polo del continuo de los síntomas positivos, hay un pequeño grupo de síntomas psicóticos caracterizado por ideas delirantes incongruentes con el estado de ánimo (sin otros síntomas positivos). Este grupo

puede incluir síntomas "monosintomáticos", como, p. ej., celos mórbidos, creencia de que un individuo despidе un olor desagradable, etc. Pueden incluir también grupos de síntomas relacionados que giran alrededor de un tema persecutorio denominado, a veces y en conjunto, "psicosis paranoide", que incluye un sistema de ideas delirantes de persecución delimitado, internamente coherente, en ausencia de otros síntomas positivos y negativos.

El interés por los síntomas negativos ha renacido al principio de los años ochenta, principalmente bajo la influencia de la distinción por Crow entre la esquizofrenia tipo I y la tipo II. Los síntomas negativos se refieren principalmente a pérdidas o disminución de la emoción, de la voluntad, del interés (apatía) y de la sensación de placer. Esos síntomas están asociados, de forma característica, con el aislamiento, la inactividad, la pobreza psicomotora, la falta de conversación y contacto social, y la indiferencia sobre la apariencia e incluso sobre la seguridad. Carpenter, Heinrichs y Wayman (1988) han afirmado claramente que dentro de este complejo de síntomas negativos, se debería hacer una distinción entre aquellos que son primarios o síntomas "de déficit" y aquellos que son secundarios o reactivos a esas u otras circunstancias (síntomas negativos "sin déficit"). Los síntomas de déficit se refieren específicamente a aquellos síntomas negativos que están presentes como rasgos duraderos. Según esta definición, los síntomas negativos secundarios no son cualitativamente diferentes, sino que se consideran procedentes de la depresión, de los efectos colaterales de las drogas o de la privación ambiental y pueden haber sido transitorios en los doce meses anteriores como parte de un estado clínico, por otro lado estable.

En los estudios sobre las dimensiones de la psicopatología de la psicosis, los síntomas del trastorno de la forma del pensamiento, conducta extraña y afecto inapropiado se han clasificado como "positivos" o "negativos" dependiendo del estudio; pero recientemente, a la distinción positivos-negativos se les ha añadido un tercer factor ortogonal. La desorganización incluye afecto inapropiado, conducta extraña y trastornos de la forma del pensamiento, como incoherencia y falta de lógica del habla y del pensamiento, irrelevancia del habla ("descarrilamiento", "tangencialidad" y "circunstancialidad") y habla compulsiva. En las formas extremas de los trastornos del pensamiento, el individuo puede inventar palabras, o bien el habla puede desarrollarse sin ningún significado o propósitos claros y está guiada por asociaciones entre las palabras y sus significados.

Por lo tanto, la característica esencial del trastorno psicótico es una alteración que comporta el inicio súbito de por lo menos uno de los siguientes síntomas psicóticos positivos: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado (disperso o incoherente) o comportamiento catatónico o gravemente desorganizado. La alteración no es atribuible a un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, a un trastorno esquizoafectivo o a esquizofrenia y no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (alucinógeno) o a enfermedad médica (hematoma subdural, etc).

La especificación, desencadenante grave se asigna si los síntomas psicóticos se presentan poco después en aparente respuesta a uno o más acontecimientos que solos o en conjunto, serían claramente estresantes para cualquier persona en circunstancias parecidas y en el mismo contexto cultural. Algunas veces es

clínicamente difícil determinar si un estrés específico fue un precipitante o una consecuencia de la enfermedad. En estos casos, la decisión dependerá de factores relacionados con la relación temporal entre el estrés y el inicio de los síntomas, de la información adicional acerca del nivel de actividad previo al estrés facilitada por algún allegado y de la historia de respuestas similares a los acontecimientos estresantes en el pasado. La especificación de inicio en el posparto se asigna si el inicio de los síntomas psicóticos se produce en las primeras 4 semanas del posparto.

Es típico que los sujetos con un trastorno psicótico afectivo experimenten un gran desorden emocional o una confusión abrumadora con rápidas alternancias entre distintos estados afectivos. El nivel de deterioro puede ser grave y puede ser necesaria la supervisión del sujeto para asegurar que se cubren sus necesidades nutricionales e higiénicas, y que está protegido de las consecuencias del empobrecimiento del juicio, del deterioro cognoscitivo o de los comportamientos derivados de las ideas delirantes; ya que hay un riesgo de mortalidad aumentado especialmente de suicidio en particular, entre los sujetos más jóvenes (Pichot, 1988).

En estas personas, siempre hay una alteración emocional caracterizada por rápidos cambios disfóricos en la tonalidad afectiva, o una profunda perplejidad o confusión que el sujeto manifiesta explícitamente o que es inferible por la forma en que se responde a las preguntas y a los estímulos del medio. La conducta puede ser extraña e incluir actitudes muy peculiares, vestuario extravagante, chillidos o mutismo. También puede haber conductas agresivas. El lenguaje puede ser un gímatías desarticulado o constituir una repetición de frases sin sentido.

Son habituales las alucinaciones o ideas delirantes transitorias y el sujeto puede responder de forma estúpida o fabulatoria a las preguntas concretas. Los efectos secundarios transitorios como la pérdida de autoestima y la depresión leve, pueden durar más de un mes, pero a la larga hay una completa remisión al estado premórbido.

La psicopatología preexistente en los sujetos, puede predisponer al desarrollo del trastorno psicoafectivo. Se cree que son particularmente vulnerables aquellos sujetos con trastornos paranoide, histérico, narcisista, esquizotípico o con límite de la personalidad; así como las personas expuestas a un estrés intenso.

La persona que padece ésta patología presenta:

- a) Perturbación de la conciencia y nivel de atención.
- b) Perturbaciones de la orientación.
- c) Deterioro de la memoria.
- d) Deterioro en otras funciones intelectuales incluyendo el conocimiento general, la capacidad de contactar y el cálculo, comprensión, capacidad para aprender, capacidad de planear, capacidad de abstracción, eficiencia general de ejecución.
- e) Cambios de personalidad que a menudo incluyen intensificación de los rasgos de carácter que, al menos retrospectivamente se pueden reconocer como parte de la estructura pre-mórbida y frecuentemente rasgos y conductas que están fuera del paso marcado por la estructura pre-mórbida (antecedentes previos a la enfermedad del paciente).

La psiquiatría da nueve características básicas para identificar la psicosis afectiva:

- 1.- Pueden ser agudas o crónicas.
- 2.- Existen distorsiones o perturbaciones graves de la vida emocional.
- 3.- Existen graves alteraciones del comportamiento.
- 4.- Cambios de personalidad agudo.
- 5.- Autocrítica muy deficiente.
- 6.- Pérdida de contacto con la realidad.
- 7.- Falta de orientación.
- 8.- Presencia de ideas delirantes y frecuentemente, alucinaciones.
- 9.- Perturbación de las funciones intelectuales.

Podemos decir que un individuo entra en estado psicótico cuando a éste, la frustración y la tensión se le vuelven tan aplastantes que pierde contacto con la realidad siendo tan incapacitante el funcionamiento mental trastornado y la conducta deformada que casi siempre se les confina al cuidado de instituciones.

El término psicótico sirve generalmente para designar que el individuo es incapaz o está incapacitado para distinguir entre lo adecuado y lo inadecuado y por lo tanto, de ser responsable de sus acciones.

La conducta psicótica aparece de repente sin previo aviso aunque, las situaciones de frustración hayan sucedido en los primeros años de la vida del sujeto.

En la mayoría de los casos de psicosis afectiva podemos reconocer las siguientes reacciones:

Los psicóticos por lo general no muestran la ansiedad característica de los neuróticos, pues al negar la realidad ya no reconocen la existencia de sus conflictos ni de sus temores. Pierden contacto con su experiencia pasada como, con el mundo que los rodea.

Los psicóticos rara vez se dan cuenta de sus acciones o de que sus experiencias se salen de lo común. Para el psicótico no hay mayores diferencias entre la fantasía y los hechos, además de haber una ruptura espacio-histórico-temporal, no hay carga afectiva. Las fantasías son los hechos para él y se conduce de conformidad con ellos. Se crea un mundo fácil afectivo sin contacto con la realidad o con el mundo circundante.

Hay tres tipos de síntomas que aparecen en todos los psicóticos ya sea, de manera aislada; o en sus posibles combinaciones y son:

- a) Los delirios
- b) Las alucinaciones
- c) La conducta emocional deformada

LOS DELIRIOS

Un delirio es una creencia constante que no concuerda con la realidad y que el enfermo mantiene férreamente a pesar de todos los testimonios que prueban su falsedad.

Existen tres clases de delirios:

1.- Delirios de Grandeza, son los más comunes compuestos por ideas o pensamientos recurrentes.

2.- Delirios de Referencia donde el enfermo siempre se pone como objeto de referencia aún de las situaciones más triviales o fortuitas, y

3.-Delirios de Persecución donde siempre se mantendrá en estado de alerta contra los enemigos, la persona siente que lo espian, que están conspirando en contra de él y que se haya en peligro mortal de ser atacado.

LAS ALUCINACIONES

Son impresiones sensoriales de objetos externos aunque no se encuentre en el ambiente ningún estímulo u objeto capaz de producirlas.

En la mayoría de los casos, las alucinaciones son auditivas donde el enfermo escucha voces o ruidos extraños, sonidos confusos que le hablan, que le dan órdenes o lo critican. Estas alucinaciones encajan a menudo en un sistema de delirios.

LA CONDUCTA EMOCIONAL DEFORMADA

La conducta de la persona siempre se encontrará en los extremos de la expresión emocional como son la euforia y excitación, hasta la total catatonía. Van desde una completa y total alegría hasta la más profunda tristeza.

3.2 Signos y Síntomas de las Psicosis Afectivas.

En la Depresión cuando el desencadenamiento de la enfermedad es repentino, los síntomas pueden desarrollarse aprisa hasta alcanzar su mayor intensidad en el plazo de una a dos semanas, pero la tasa de crecimiento es normalmente más lenta. Cuando la evolución de la enfermedad es más lenta, en ocasiones los pacientes tienen dificultad para fechar el principio de la enfermedad. Esto se debe a que en muchos de ellos la fase aguda fue precedida por un período de síntomas leves cuya duración, a veces, puede haber sido de años. Este período de tiempo anterior al ataque agudo puede considerarse como una fase prodrómica. Cuando la enfermedad es severa, los tres síntomas de abatimiento, sentimientos de culpabilidad y pensamientos de suicidio, que son generalmente considerados como las características centrales de la enfermedad, están presentes con toda claridad.

Sin embargo, no son estos los síntomas más comunes que se encuentran en la práctica clínica. Si dejamos de lado las depresiones enmascaradas (cuya existencia no es admitida por todo el mundo), los tres síntomas más corrientes que se encuentran en casi todos los pacientes son el abatimiento, la pérdida de apetito y la falta de energía, así como la fatigabilidad, juntamente con unos incipientes pensamientos de suicidio.

El abatimiento en sus formas más leves aparece como un descenso del humor que se muestra principalmente como una falta de respuesta emocional a las

actividades cotidianas. Los pacientes pueden quejarse de un sentimiento de apatía y de insensibilidad. Es posible que la depresión no sea continua, pero aumenta ante cada incidente desfavorable. En situaciones más severas el abatimiento se hace continuo, aunque fluctuante. Los pacientes se atormentan con sus desdichas. No pueden reunirse con los demás y tienden a evitar las compañías, los amigos y los lugares habituales de reunión. A pesar de que su estado de ánimo se parece al malestar que la gente experimenta normalmente en su vida, no es en absoluto lo mismo.

La anormalidad de la depresión se manifiesta en los trastornos del juicio. Los pacientes suelen fijarse en el lado triste de las cosas. Consideran como algo banal su trabajo y sus actividades y contemplan toda su vida anterior como algo sin sentido y lleno tan sólo de fracasos. No tienen perspectivas para el futuro y todo les parece inútil. Se sienten impotentes y tienen la impresión de que jamás les irá bien. La pérdida del interés se manifiesta de forma objetiva como un rechazo creciente a tomar parte en las actividades cotidianas. Junto a esto, se da una creciente dificultad para trabajar. Finalmente, abandona todo esfuerzo y adopta una conducta de retirada.

La ansiedad de las psicosis afectivas se manifiesta no sólo como un continuo estado de aprensión, sino como irritabilidad y explosiones de frustración. Estos síntomas se acompañan de los aspectos somáticos de la ansiedad. Los pacientes se quejan de palpitaciones no debidas al ejercicio físico, de sudoración (sobre todo en manos, axilas y pies), de agudos dolores de cabeza, de sequedad en la boca,

de gases y a veces, de ingestión inapropiada (malestar o dolor epigástrico). El trastorno del sueño más común es la demora en el sueño o la incapacidad para dormir. Es algo menos común la tendencia a despertar repetidamente a lo largo de la noche; tal tendencia puede conducir finalmente a que el paciente se despierte mucho antes de la hora normal: es el despertar temprano o el insomnio demorado, que se considera habitualmente como típico de la enfermedad depresiva. Dado que el sueño tiende a empeorar, a menudo se le acaba responsabilizando de los otros síntomas. Los sueños son a veces de contenido triste o trágico.

El suicidio es de gran peligro para el depresivo, ya que aproximadamente el 15% de estos enfermos acaba dándose muerte.

Los sentimientos de culpabilidad acompañan a menudo a los pensamientos de suicidio, pero aproximadamente un cuarto de los pacientes niegan cualquier sentimiento de culpa. Cuando la culpa es muy ligera, los pacientes se sienten vagamente responsables de sus síntomas y afirman que están, como están debido a sus propias faltas. Se acusan a sí mismos por no hacer lo suficiente para vencer sus síntomas y conviene destacar que en los estadios primeros de su recuperación creen que ahora sí pueden hacer un esfuerzo. Debido a esta culpabilidad, los pacientes pueden creer o tener la impresión de que son unos parias, de que están siendo marginados por los demás o de que están a punto de recibir un castigo.

El síndrome de agitación, que también es signo de las psicosis afectivas; se define como una forma particular de inquietud asociada a la ansiedad. Es más común en mujeres que en hombres. En las formas más leves se trasluce a nivel periférico.

Los pacientes mueven nerviosamente dedos y pies. Cruzan y descruzan las piernas. Juegan con cosas. No pueden sentarse y quedarse quietos. A veces parecen ser incapaces de dejar de hablar, aunque tienden a repetir. La agitación severa, tal como la encontramos en los textos clásicos, es hoy muy rara (caminar de arriba abajo sin cesar, retorcerse las manos, heridas en el rostro y en el cuero cabelludo, gemidos continuos y dificultad para responder a las preguntas). Se dice que la agitación es característica de las depresiones de aparición tardía.

El retardo psicomotor es un síntoma típico de la depresión. En la forma más leve, el paciente camina lentamente y se sienta con una peculiar inmovilidad. Es una quietud abatida más bien que rígida. La cara es inexpresiva o muestra un ligero retardo al responder cuando es preguntado, que puede finalmente llegar a ser muy prolongado. La voz es calmada y tiende a ser monótona en su entonación. El retardo psicomotor severo es hoy día, también raro. El paciente se siente inmóvil, retorciéndose las manos en ocasiones y con la cabeza inclinada. A duras penas le persuadimos para que nos responda y cuando lo logramos, murmura una o dos palabras que apenas son audibles. Podemos convencerle para que se levante y entonces se moverá lentamente arrastrando los pies.

Algunos síntomas físicos son característicos de las depresiones. Estos pueden denominar el cuadro clínico en las declaraciones del paciente y dan lugar a una forma de depresión enmascarada. El más destacado es la falta de energía y la fatigabilidad, particularmente en las mujeres. Se trata de un sentimiento totalmente subjetivo y no se le ha encontrado ninguna causa completa. La pérdida de apetito es muy típica de las depresiones. Junto con la pérdida de apetito, el paciente

puede quejarse de mal sabor y de boca seca. No es difícil demostrar que hay una reducción objetiva en la secreción salivar, y también se ha demostrado que hay una reducción de actividad en el tracto gastrointestinal, que incluye la hipotonía. Esto puede aclarar la queja ocasional de pesadez en el abdomen dándose el estreñimiento sin duda, en las depresiones severas.

La pérdida de la libido ocurre pronto en las depresiones. Las preocupaciones hipocondríacas en torno a las funciones corporales y la creencia de que hay algo físico que causa la enfermedad se encuentran tan sólo aproximadamente en un tercio de los pacientes.

Los equivalentes depresivos que son otra forma de psicosis afectiva, surgen tras un trasfondo mitigado. En estas depresiones hay que identificar algunos síntomas como son los trastornos del sueño y del apetito, la pérdida de los intereses habituales, la incapacidad de tomar decisiones, la pérdida del sentido de la existencia cotidiana, dificultad de concentración, cansancio, cambios bruscos de humor, irritabilidad, pérdida de peso, etc. Estos síntomas son mitigados y a veces hay que destacarlos comparando el estado del enfermo con el que tenía antes de la enfermedad.

Otro factor importante a considerar es la gravedad de la depresión ya que, los síntomas enmascarados se presentan en las formas leves y de mediana intensidad de las depresiones graves. Las depresiones más profundas no son nunca enmascaradas y su sintomatología tiende a hacerse más uniforme y estereotipada. En éstas, la estructura de la personalidad, la biografía y la psicodinamia pierden importancia ante la magnitud de la psicosis. En las formas

más leves es difícil fijar las fronteras entre personalidad y psicosis por lo que también habría que considerar otros factores como son la inteligencia, los elementos culturales y los sociales.

Muchos síntomas depresivos pueden ser considerados como consecuencia de la expresión fisiológica de los efectos correlativos vegetativos, pero considerar a todos los síntomas como correlativos vegetativos sería una limitación ya que el síntoma perdería valor.

Del otro lado, la manía es de todas las psicosis mayores, la más rara y normalmente existen pocas dudas sobre el diagnóstico del episodio típico.

Si bien al ser la gama de los síntomas amplia, pueden llevar por ejemplo; la magnitud y la elaboración de las alucinaciones al clínico, a diagnosticar equivocadamente una esquizofrenia, o la súbita hostilidad y la cólera del paciente maniaco; pueden confundir el diagnóstico y más aún, muchos pacientes manifiestan síntomas maniacos y síntomas esquizofrénicos al mismo tiempo.

La manía es una enfermedad poco común ya que tan sólo un individuo de cada doscientos va a desarrollar este desorden en el curso de su vida. De modo general, se asume que el periodo de riesgo va desde quince a sesenta y cinco años. Los episodios de manía aparecen normalmente asociados con episodios alternantes de depresión, y de aquí el término de desorden afectivo bipolar. A pesar de que se suele decir que la manía unipolar existe, pero es rara, investigaciones recientes han sugerido que puede ser más común de lo que antes se suponía.

Es importante distinguir la verdadera manía de la debida a causas secundarias. Con alguna frecuencia la manía es desencadenada por los antidepresivos y hay ejemplos de pacientes que han desarrollado por primera y única vez una manía, al ingerir medicación tricíclica antidepresiva. Hay también informes de que ha aparecido la manía durante el tratamiento con anfetaminas, corticoesteroides, dopa y durante el tratamiento de la tuberculosis con isoniácidas. Ocurren casos de manía, raros pero bien documentados, en las enfermedades cerebrales, encefalitis, esclerosis múltiple, corea reumática y tumores cerebrales.

El diagnóstico de manía no es sinónimo de euforia y excitación y el término manía se refiere a un síndrome. También es ciertamente posible el diagnóstico de la manía en un individuo que no muestra los clásicos síntomas de la euforia: el estado clínico puede caracterizarse por irritabilidad, cólera y hostilidad. En la mayor parte de los casos, los síntomas de los pacientes geriátricos no difieren sustancialmente de los adultos más jóvenes.

Pese a que hay pocos datos sistemáticos en torno a los síntomas tempranos de la enfermedad maniaco-depresiva, es posible que un gran número de los pacientes que llegan a maníacos tengan en el período anterior a la enfermedad una personalidad ciclotímica. Es difícil de determinar si el humor ciclotímico es un síntoma prodrómico de tal enfermedad, o bien si la manía se da con más frecuencia en los individuos que son ciclotímicos. Existe alguna evidencia de que las alteraciones en el estado de ánimo y las energías entre los pacientes bipolares

preceden al desarrollo de la enfermedad afectiva, claramente definida en algunos años.

Respecto a los signos y síntomas de la manía, en sus primeros estadios los pacientes dan la impresión de estar bien y ellos están convencidos de que han superado sus dificultades. A medida que la enfermedad avanza, emerge de manera característica el cuadro siguiente: los pacientes se sienten cada vez más felices, despreocupados y libres de culpas. No se sienten enfermos o anormales en ningún sentido. Con frecuencia están de un humor alegre y festivo, y su alegría puede ser contagiosa. Dichos afectos se exhiben sin ninguna atención hacia los sentimientos de los demás. El maniaco es desinhibido y puede molestar a sus compañeros al ignorar el protocolo social. Su estado de ánimo es expansivo y algunos pacientes tienen nociones extraordinariamente disparadas en torno a sus poderes y a su importancia, todo lo cual puede adoptar un fuerte revestimiento religioso. De un modo característico se implican en empresas aparentemente sin sentido o excesivamente arriesgadas y ambiciosas. Este cuadro puede cambiar con rapidez. El estado de ánimo eufórico puede alterarse y ser repentinamente sustituido por la irritabilidad y la cólera. El paciente maniaco puede ser muy vulnerable y muy sensible a la crítica, enfadándose y encolerizándose fácilmente ante observaciones aparentemente inofensivas. Los excesos verbales no son raros, pero la violencia física es extraña. Acompaña a la euforia de los maniacos un acelerado ritmo de actividad psicomotriz. Siempre están en acción, cambiando con rapidez de una a otra de sus múltiples empresas. El interés sexual se incrementa.

El maniaco puede tornarse una persona excesivamente habladora, su lenguaje se vuelve atropellado y en su mente se acumulan las ideas. Tal desorden en el pensamiento se refleja en sus numerosas distracciones. A excepción de los casos extremos, lo normal es que la ideas sean lo suficientemente ininteligibles. Prestan poca atención a la salud y esa inclinación a infraestimar y a negar las enfermedades físicas, puede acarrearles consecuencias serias.

Aparte de los síntomas clásicos de la manía, se han registrado síntomas de naturaleza psicótica. La mayor parte de los clínicos aceptan como integrantes de la sintomatología las fantasías y las alucinaciones, pero sólo en la medida en que tienen una base afectiva o son acordes con el estado de ánimo (optimista) del paciente, cosa que no pasa en las alucinaciones de los esquizofrénicos.

Sin embargo, en los resultados de 18 estudios iniciados desde 1921, se citaron síntomas esquizofrénicos en el 20 ó 25% de los pacientes con manía ya que las fantasías percibidas en estos pacientes a menudo poseen una cualidad religiosa o sexual y también persecutoria. Con frecuencia las alucinaciones son extremadamente vívidas y no raramente son de tipo visual. En ocasiones estos síntomas se acompañan de pánico, frenética inquietud, desorientación y un notable trastorno del pensamiento que puede hacerse incoherente.

Al comparar la manía con la disfunción ciclotímica, vemos que hay períodos de euforia, pero no se da el síndrome maniaco completo. Así mismo, los episodios

previos de enfermedad afectiva en esta disfunción, son menos frecuentes que en la manía.

Estos pacientes generalmente son capaces de controlarse bien durante la entrevista y a menudo no presentan síntomas. La manía reactiva, es decir, la que se produce en respuesta a una experiencia puede presentar un cuadro clínico idéntico, pero hay un proceso desencadenante evidente.

La extravagancia y el histrionismo del histérico pueden confundirse con la manía, pero el estado de ánimo no es de euforia y los síntomas no son sostenidos.

La principal dificultad en el diagnóstico de manía se da cuando aparecen síntomas esquizofrénicos juntamente con las características de la manía. Normalmente el diagnóstico es evidente si observamos al paciente durante unas horas. Además la irritabilidad del maniaco normalmente no se mantiene si faltan los estímulos que le frustran y su estado de ánimo está mucho más dispuesto a cambiar tanto que, el enfermo de esquizofrenia paranoide raramente muestra euforia en algún momento de su enfermedad.

En el maniaco puede hablarse de una ausencia de sentimientos vitales negativos, como la falta de cansancio. Pero al mismo tiempo, la comunicación con el mundo está profundamente alterada. En otros pacientes maniacos existe un modo de comunicación con el mundo restrictivo, el autista.

Maniaco y depresivo no son polos opuestos; clínicamente tienen algunos síntomas comunes, la angustia principalmente.

Habitualmente se describe una tríada maniaca: estado de ánimo eufórico, fuga de ideas e hiperactividad, que es una reducción que hace el clínico del transcurso maniaco global del comportamiento y actitud del maniaco consigo mismo y con el mundo.

Al contrario de la actitud del deprimido, el maniaco se enfrenta con las cosas como si fueran ligeras, volátiles. El estado de ánimo es eufórico, aunque la euforia no es igual a la normal. En primer lugar, aún en los casos más puros, parece haber siempre una tensión, como si el enfermo temiese caer en la depresión. Por otra parte, la hipertimia de maniaco no es siempre alegre y divertida, sino que suele ser irritable y agresiva.

Kraus describió dos tipos de manía, una afectuosa y otra agresiva. En la primera el individuo ignora sus fronteras con los demás, con los que se identifica; en la segunda, marca sus distancias respecto a los demás, a los que se impone, domina y avasalla.

En esta última forma, el humor alegre se acompaña de angustia. La vivencia de vacío afectivo en los deprimidos se sustituye aquí por una superficialidad del contacto emocional, insensible a influencias externas; lo cual es una forma patológica de comunicación sentimental. Podría hablarse de un autismo afectivo.

A diferencia de las depresiones, en la manía hay una expansión dinámica tanto en lo psicomotor como en lo psíquico. La fuga de ideas, la verborrea, la hiperactividad

indisciplinada son expresión de la desinhibición, en la que no falta la impresión de una angustia subyacente. el maniaco vive sin tolerar barreras en torno suyo.

Su estilo cognitivo es anormal, en el sentido de no respetar normas ni tener en cuenta los intereses y necesidades de los demás. La intolerancia del maniaco para la ambigüedad cognitiva y emocional puede conducirle a un déficit delirante de la experiencia real.

El maniaco tiene su capacidad crítica disminuida, lo que junto a su hiperactividad provoca una productividad extraordinaria.

El delirio maniaco por excelencia es el delirio de grandeza.

Aparece también en él, una imposibilidad de sentirse culpable por los propios actos que no tienen como límite normas morales, y una imprudencia para lo referente a la salud del cuerpo, con disminución de la sensibilidad dolorosa. Presenta anomalías del sueño similares a las del deprimido.

Por tanto, para poder lograr un diagnóstico certero de esta patología, es necesario distinguir diversos tipos hipertímicos según el predominio del trastorno de ánimo: manía alegre, manía irritable; según el tipo de impulsos: manía excitada, manía ideofugitiva y manía confusa; y de acuerdo a la capacidad de juicio: manía expansiva.

4.- CLASIFICACIÓN

4.1 Clasificación General de las Psicosis

Hagop S. Akiskal dice acerca del diagnóstico y la clasificación de los trastornos afectivos que, la utilización conjunta de los marcadores clínicos y de los marcadores biológicos emergentes, puede ayudar en gran medida, a dilucidar las dudas que se plantean en el diagnóstico diferencial, ya que las diferencias entre los subtipos afectivos son tanto categóricas como dimensionales.

Los trastornos afectivos presentan un cuadro clínico múltiple, de ahí la conceptualización de los mismos como desórdenes polimorfos, con manifestaciones somáticas, psicomotoras, emocionales, cognitivas y caracterológicas. En consecuencia, la clasificación de los trastornos afectivos ha sido —y sigue siendo— un resonante tema de debate. Las modernas conceptualizaciones acerca de la interacción entre lo hereditario y lo ambiental, sostienen que la mayoría de los trastornos de base genética, requieren un aporte considerable del entorno para su expresión fenotípica.

Los trastornos psiquiátricos en el DSM-IV-R son clasificados según la prioridad diagnóstica y, por ende, la prioridad en la instauración de un tratamiento. En virtud de ello, los cuadros psiquiátricos que tienen la primera prioridad son aquellos trastornos **orgánicos**, luego los trastornos **afectivos**, posteriormente los

trastornos **esquizofrénicos** y finalmente todos los otros cuadros **psiquiátricos** como los trastornos de ansiedad, de ajuste o de personalidad, entre otros.

Los tres primeros trastornos (orgánicos, afectivos y esquizofrénicos) engloban el concepto antiguo (y retirado del DSM-IV-R) de "**Psicosis**" como aquellas alteraciones del aparato psíquico que involucran un severo trastorno del juicio de realidad. La psicosis se dividía en dos subgrupos:

1.- Psicosis **exógena** (somática, orgánica o no hereditaria) que se clasificaba en aguda o crónica dependiendo de que tan rápidamente actúa el desencadenante orgánico, ejemplo, el abuso de sustancias o la degeneración neuronal (como en la enfermedad de Alzheimer). En el DSM-IV-R se describen como trastornos orgánicos.

2.- Psicosis **endógena** ("hereditaria") que se clasificaba en aquellos cuadros de naturaleza esquizofrénica (Esquizofrenia en el DSM-IV-R) y aquellos de naturaleza afectiva o psicosis maniaco-depresiva (Trastorno afectivo del DSM-IV-R).

En cuanto a las diferencias entre los tipos "depresión psicótica" y "depresión neurótica", también utilizados por clínicos y psiquiatras para diagnóstico; la primera corresponde al cuadro clínico en cuya descripción están presentes la sintomatología delirante y los trastornos alucinatorios, más o menos congruentes con el cambio afectivo mórbido y, la segunda corresponde a los estados depresivos más leves sin los citados síntomas. Esta dicotomía psicótica-neurótica padece una notoria debilidad conceptual, ya que el grupo neurótico es definido

exclusivamente por la ausencia de los rasgos característicos del otro tipo. Su principal mérito (y quizás el único) es la posibilidad de predecir la respuesta al tratamiento, de modo particular a la electroconvulsoterapia, en la depresión psicótica.

Otro dilema en la clasificación de Psicosis es la dicotomía endógeno-neurótica, que ha llevado a la identificación de un tipo depresivo autónomo que puede evidenciar un factor precipitante o carecer de él, con frecuencia presenta antecedentes hereditarios, tiende a recurrir, puede llegar a profundidad psicótica o cambiar a manía, exhibe desinhibición límbico-diencefálica en la secreción de cortisol y responde favorablemente a los tratamientos somáticos.

Si bien una conclusión definitiva es todavía prematura, resulta aparente, afirma Akiskal, que "un espectro de formas transicionales relaciona los trastornos afectivos unipolares y bipolares".

Debido a la falta de conocimientos concluyentes sobre la etiología de los trastornos afectivos, los nosólogos se han orientado por consideraciones clínicas, lo que ha dado lugar al establecimiento de las dicotomías endógena-neurótica, primaria-secundaria y unipolar-bipolar, cuya comparación se ilustra a continuación:

A. Dicotomía "endógena-neurótica"

1) Bases para la clasificación:

Etiológica: ausencia de estrés precipitante.

Psicológica: grado de deterioro del criterio de realidad.

- 2) **Validación externa:** Test de Supresión con Dexametasona.
- 3) **Ventaja:** respuesta predecible al TEC y a la farmacoterapia antidepresiva.
- 4) **Limitaciones:** heterogeneidad de las depresiones neuróticas.

B. Dicotomía "primaria-secundaria"

- 1) **Bases para la clasificación.**
Cronológica: trastorno psiquiátrico no afectivo o enfermedad médica incapacitante, pre-existente, validada.
- 2) **Validación externa:** tiempo de latencia REM.
- 3) **Ventaja:** identifica un grupo de estados depresivos "puros" para la investigación clínica.
- 4) **Limitaciones:** controversia sobre qué condiciones deberían ser consideradas para la validación de la patología pre-existente.

C. Dicotomía "unipolar-bipolar"

- 1) **Bases para la clasificación:**
Clínica: antecedentes de hipomanía o manía.
- 2) **Validación externa:** historia familiar de enfermedad bipolar.
- 3) **Ventaja:** respuesta predecible al carbonato de litio.
- 4) **Limitaciones:** superposición entre estados unipolares y bipolares.

En base a este tipo de estudios y comparaciones se ha comprobado que, las "psicosis afectivas" y las "psicosis esquizofrénicas" son diferentes en los antecedentes genéticos y en su curso clínico, así como en la latencia REM, en la respuesta al DST y en la prueba TRH-RSH.

En Estados Unidos, Cloninger et al. (1985) han tenido éxito en demostrar un límite entre la psicosis y otras formas de trastorno mental, pero hasta ahora los intentos de demostrar límites naturales entre psicosis esquizofrénica y psicosis afectiva no han tenido éxito. El hallazgo general es que hay un pico en el punto medio, es decir, los casos esquizoafectivos son frecuentes, en vez de relativamente raros, como requería el concepto binario de Kraepelin.

Los subtipos de psicosis son definidos sobre la base de sus síntomas más graves o sobresalientes. Son, en gran medida, únicamente descriptivos y tienen poca utilidad terapéutica o para el diagnóstico. Más aún, los signos y síntomas dentro de una misma patología son variables. Sin embargo, en base a estos, se deducen los siguientes tipos de psicosis:

Las **psicosis sintomáticas** o exógenas, que son aquellos trastornos por lo general de naturaleza aguda y reversible, relacionados con procesos de enfermedad fuera del sistema nervioso central como los de índole tóxica e infecciosa, trastornos sintéticos, viscerales, metabólicos y endocrinos, el embarazo y el puerperio.

Las psicosis sintomáticas eran llamadas *trastornos cerebrales agudos* en el MDETM-I y pueden subdividirse en dos tipos:

a) **ESTADO CONFUSIONAL AGUDO** con disturbio (desorientación), nebulosidad de la conciencia (a menudo de grado cambiante desde la preocupación hasta el estupor y el coma) y trastornos en la memoria inmediata y reciente en un ambiente de ansiedad o perplejidad y agitación.

b) **DELIRIO**. Se añaden a los síntomas del estado anterior, elaboraciones secundarias tales como alucinaciones especialmente visuales y delirios.

Los *trastornos cerebrales crónicos* del MDETM-I corresponden a las demencias orgánicas de otras clasificaciones, éstas también han sido llamadas **psicosis endógenas**, son crónicas, irreversibles y se caracterizan por un deterioro progresivo.

En otra forma de clasificación de psicosis, que se basa en la existencia o ausencia de un agente externo que la pueda desencadenar y las características que manifiesta el paciente; se manejan los siguientes tipos:

- **Psicosis Afectiva**, también conocida como maníaco depresiva. En ella se suceden episodios de euforia con episodios de tristeza.
- **Psicosis Alcohólica**. Debida al alcoholismo crónico, es el caso de la p. de Korsakov caracterizada por confusión, desorientación, amnesia y alucinaciones.
- **Psicosis Alucinatoria aguda o delirante aguda**. Caracterizada por la aparición repentina de un delirio transitorio, de tipo múltiple y variable en sus temas.
- **Psicosis Alucinatoria Crónica**. Caracterizada por delirios crónicos.

- **Psicosis Confusional.** Caracterizada por alteración de la conciencia, desorientación temporoespacial y delirios.
- **Psicosis Infantil.** Término que incluye las psicosis de aparición precoz en la infancia, como el autismo infantil, la psicosis simbiótica y la esquizofrenia infantil.
- **Psicosis Idiopática** u orgánica, debida a una lesión cerebral.
- **Psicosis Reactiva** desencadenada por circunstancias vitales o ambientales traumáticas.
- **Psicosis Tóxica,** debida a sustancia tóxicas.

Actualmente la clasificación de psicosis, mayormente utilizada por los psicólogos es:

TRASTORNO PSICÓTICO BREVE O PSICOSIS REACTIVA BREVE. Es una alteración que comporta el inicio súbito de por lo menos ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado o comportamiento catatónico.

Los síntomas psicóticos aparecen poco después de uno o más acontecimientos estresantes que, tanto juntos como separados, podrían provocar claramente un estrés en cualquier persona del mismo medio cultural bajo circunstancias similares. Siempre hay una alteración emocional, caracterizada por rápidos cambios disfóricos en la tonalidad afectiva, o una profunda perplejidad o confusión que el sujeto manifiesta explícitamente o, que es inferible por la forma en que éste responde a las preguntas y a los estímulos del medio.

La conducta puede ser extraña e incluir actitudes muy peculiares, vestuario extravagante, chillidos o mutismo. También pueden haber conductas agresivas o suicidas. El lenguaje puede ser en galimatías desarticulado o constituir una repetición de frases sin sentido. La afectividad es con frecuencia inapropiada. Son habituales las alucinaciones o ideas delirantes transitorias y el sujeto puede responder de forma estúpida o fabulatoria.

El trastorno se presenta habitualmente en la adolescencia o al inicio de la edad adulta. Se cree que son particularmente vulnerables aquellos sujetos con trastorno paranoide, histriónico, narcisista, esquizotípico o límite de personalidad pero por definición, el estrés intenso puede predisponer al desarrollo del trastorno.

Un episodio de esta alteración dura por lo menos un día pero, menos de un mes con una recuperación total del nivel premórbido.

TRASTORNO PISCÓTICO COMPARTIDO O INDUCIDO. En este trastorno se desarrolla un idea delirante en un sujeto implicado, en una relación estrecha, con otra persona que padece un trastorno psicótico con ideas delirantes. La idea delirante es parecida en su contenido a la de la persona que ya tenía la idea delirante.

El contenido del delirio se limita generalmente al ámbito de una posibilidad real y con frecuencia está basado en experiencias comunes a ambas personas. En ocasiones, las ideas extrañas pueden ser inducidas. Normalmente el sujeto primario con un trastorno piscótico domina la relación y gradualmente impone su sistema delirante al otro sujeto, inicialmente sano y más pasivo.

Si la relación con el sujeto primario que tiene el trastorno psicótico se interrumpe, las creencias delirantes del otro sujeto disminuyen o desaparecen. Es habitual que este tipo de trastorno se dé entre dos personas pero, se han observado casos que incluían hasta doce miembros de una familia.

El curso es generalmente crónico y con frecuencia, las personas que llegan a compartir las creencias delirantes son familiares o el cónyuge, y han vivido durante largo tiempo con el caso primario, algunas veces en relativo aislamiento social.

TRASTORNO PSICÓTICO DEBIDO A ENFERMEDAD MÉDICA. Se presentan las alucinaciones y las ideas delirantes que se consideran debidas a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica, las alucinaciones pueden ser de cualquier modalidad sensorial pero es probable que ciertos factores etiológicos desencadenen fenómenos alucinatorios específicos. Pueden ser simples o amorfas, o muy complejas y organizadas.

Para determinar si el trastorno psicótico es debido a una enfermedad médica, el clínico tiene que establecer primeramente y claramente, la presencia de la enfermedad. Además hay que establecer que la alteración psicótica está etiológicamente relacionada con la enfermedad médica a través de un mecanismo fisiológico. No se establece el diagnóstico si la alteración aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium. Tampoco se establece el diagnóstico si las ideas delirantes aparecen exclusivamente en el transcurso de una demencia tipo Alzheimer o una demencia vascular del subtipo con ideas delirantes.

Aunque no hay normas infalibles para determinar cuándo es etiológica la relación entre el trastorno psicótico y la enfermedad médica, existen algunas orientaciones como, la presencia de una asociación temporal entre el inicio, la exacerbación o la remisión de la enfermedad médica y la del trastorno psicótico. Una segunda consideración es la presencia de síntomas atípicos en un trastorno psicótico primario como sería, una edad atípica de inicio.

TRASTORNO PISCÓTICO INDUCIDO POR SUSTANCIAS. Existe la presencia de alucinaciones o ideas delirantes que se consideran, efectos fisiológicos directos de alguna sustancia como puede ser una droga, un medicamento o la exposición a un tóxico.

Hay presencia de alucinaciones o ideas delirantes pero no se incluyen las alucinaciones, si el sujeto es consciente de que son provocadas por la sustancia, ya que estas deben diagnosticarse como intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias, con la especificación de si hay o no alteraciones perceptivas.

Este diagnóstico debe de realizarse en lugar del de intoxicación por sustancias o abstinencia sólo si los síntomas son excesivos en relación con los habitualmente asociados con el síndrome de intoxicación o de abstinencia, y cuando los síntomas son de suficiente gravedad como para merecer atención clínica independiente. Por tanto, los síntomas deben aparecer durante o en el mes siguiente a una intoxicación por sustancias o, abstinencia de las mismas.

TRASTORNO PISCÓTICO NO ESPECIFICADO. Esta categoría incluye una sintomatología psicótica (ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado,

comportamiento catatónico o gravemente desorganizado) solo que no se dispone de una información adecuada para establecer un diagnóstico específico. Algunos ejemplos son:

a) Psicosis Posparto, que no cumple los criterios para un trastorno de estado de ánimo con síntomas psicóticos o, un trastorno psicótico breve.

b) Síntomas Psicóticos, que han durado menos de un mes pero que, aún no han remitido.

c) Alucinaciones Auditivas Persistentes, en ausencia de otras características.

d) Ideas Delirantes no extrañas Persistentes, con periodos de episodios afectivos supersupestos que han aparecido durante una parte, en consecuencia de la alteración delirante.

Estas son situaciones en las que el clínico ha llegado a la conclusión de que hay un trastorno psicótico, pero es incapaz de determinar si es primario, debido a una enfermedad médica o, inducido por sustancias.

4.2 Dificultades para la clasificación de las Psicosis Afectivas.

A pesar de la creciente consistencia en que, los desórdenes afectivos crónicos abundan y que ellos comprenden extremadamente, grupos heterogéneos de pacientes; todavía no se tiene empíricamente derivada y satisfactoriamente validada su subclasificación. En los intentos por resolver esta situación, un número de estudios sistemáticos han sido conducidos en base al curso crónico del desorden, el resultado del reciente diagnóstico del estado desde el punto de vista de incidencia y, los predictores clínicos. Otro pequeño número de estudios se basaron en los resultados de los pacientes que fueron realmente crónicos, cuando fueron evaluados por primera vez examinándose las estrategias de tratamiento para tales pacientes. Las investigaciones son consistentes sin embargo, estos desórdenes crónicos afectivos comprenden como ya había hecho notar, grupos heterogéneos de pacientes por lo que enfatizan la necesidad de subclasificaciones en base a las características presentadas por ellos.

Ejemplo de este argumento es que, se puede considerar de manera más confiable y válida a la psicosis cíclica como una variedad atípica de la psicosis afectiva ya que, Perris (1974) sugirió una definición operacional de psicosis cíclica en donde los pacientes que se encuentran con este diagnóstico presentan las características o síntomas de balanceo corporal y al menos dos de los siguientes factores: síntomas de paranoia, turbación o alteración en la movilidad, confusión, éxtasis,

pérdida del contacto con la realidad., mismos que también se presentan en pacientes con psicosis afectiva.

Leonhard tomó de Kleist el concepto de psicosis cíclica y lo dividió en tres tipos cada uno con dos variedades polares. Estos fueron: una psicosis motílica con un polo hiperquinético y otro aquinético, psicosis confusa con un polo excitatorio y uno inhibitorio y, psicosis con júbilo ansioso siendo sus polos ansiedad y júbilo. Kleist consideró estos como más naturales de psicosis afectiva que de esquizofrenia pero Leonhard los considero como separados para ambas. Cutting (1990) sugiere y afirma que la psicosis cíclica termina en psicosis afectiva típica, siendo bastantes sorprendentes y rápidas las frecuentes fluctuaciones que se presentan en la psicosis cíclica ya que en el curso de 24 horas los pacientes pasan por una o más fases de depresión y presentan una o más fases de extrema ansiedad interponiéndose periodos de completa normalidad. En el transcurso de un mes estas van cambiando pero finalmente, culminan en y dentro de una psicosis afectiva y no en una esquizofrénica; lo que es confirmado por Kleist, ya que las diferencias entre psicosis cíclica y esquizofrenia típica son bastante sorprendentes debido a que la psicosis cíclica se presenta más en mujeres, casadas, con un principio agudo y admisiones discretas siendo, más corto el periodo de enfermedad, pero con subsecuentes readmisiones. En base a estos factores son más similares los psicóticos cíclicos a los psicóticos afectivos siendo la distinción entre estos, una mera exageración, ya que son parte de un mismo cuadro sintomático típico afectivo; y por tanto se puede considerar a la psicosis afectiva como la turbación o alteración primaria surgiendo de ésta todos los otros

fenómenos. La confusión o alteración motora o desilusiones no sintónicas podrían regir el cuadro que es de otro modo una psicosis afectiva.

El mismo problema se presenta con la psicosis esquizofreniforme la cual también termina siendo un desorden afectivo con factores psicóticos, es una variación o subtipo de la psicosis afectiva, un factor compositor de ésta; sugiriéndose una reclasificación y reexaminación de estas clasificaciones lo que es llevado a cabo por Guldberg y cols. (1991) quienes reclasifican varios casos de psicosis esquizofreniforme de acuerdo a los criterios diagnósticos ICD-9 y DSM-III-R que en estudios anteriores, realizados por Langfeldt (1936) eran diagnosticados como esquizofrenia dudosa. Cada caso fue diagnosticado independientemente por varios psiquiatras los cuales por medio de consenso daban el diagnóstico y características finales de éste, y calculando coeficientes Kappa entre los pares de datos y entre los datos y el consenso, concluyeron que el DSM-III-R es el sistema diagnóstico más completo y certero ya que se obtuvieron definiciones para la creación tanto de grupos homogéneos como heterogéneos de los desórdenes psicóticos produciendo diferentes etiquetas de diagnóstico.

Revisiones de estudios previos de los desórdenes psicoafectivos han sido hechas también, por Vaillant, Jauch y Carpenter y desde entonces el perfeccionamiento de los estudios ha sido llevada a cabo por la introducción de un criterio diagnóstico moderno. Ellos manejan una definición estrecha de los desórdenes afectivos, creada imparcialmente a partir de un grupo heterogéneo de no esquizofrénicos y no psicosis afectiva la cual fue llamada por Langfeldt, psicosis esquizofreniforme, quien también la dividió en cinco diferentes subtipos: 1) formas condicionadas

preponderantemente endogenéticas, 2)neurosis parecida psicogenéticamente, 3)psicosis sintomática, 4)grupo maniaco-depresivo de psicosis y 5)esquizofrenias reales típicas., por lo que no se puede considerar a la psicosis esquizofreniforme como un tipo de esquizofrenia ya que presenta, varios desórdenes afectivos de acuerdo a los dos sistemas modernos de calificación (ICD-9 y DSM-III-R), no pareciéndose además, el cuadro clínico que presentan porque los casos de psicosis esquizofreniforme se compone mayormente de casos de desórdenes afectivos, psicosis reactiva, neurosis y desórdenes de ajuste; que entran con gran confiabilidad y mayor exactitud dentro de la categoría de psicosis afectiva, principalmente de acuerdo a los criterios diagnósticos del ICD-9.

Las diferencias existentes entre las categorías: "depresión psicótica" y "depresión neurótica" se dan en base al cuadro clínico en donde, en la descripción de la primera están presentes la sintomatología delirante y los trastornos alucinatorios, más o menos congruentes con el cambio afectivo mórbido y en la segunda, en la depresión neurótica, se ubican los estados depresivos más leves sin presentar los síntomas anteriores.

Respecto a la depresión breve recurrente, ésta consiste en breves periodos de depresión que duran generalmente de uno a tres días y que se presentan por lo menos una vez al mes a lo largo del año. Sin embargo, las fluctuaciones del estado de ánimo depresivo en los sujetos normales suelen durar algunas horas o cuando mucho, algunos días; en este caso también se les llama depresiones breves , pero si se presentan por lo menos una vez al mes y llenan los criterios de los síntomas diagnósticos del síndrome depresivo mayor, reciben el nombre de

depresión breve recurrente. Si estos episodios se prolongan, pueden convertirse en un trastorno depresivo mayor o en distimia, por lo tanto; es probable que todos los subgrupos de la depresión y demás trastornos psicopatológicos, pertenezcan al mismo trastorno y que su definición así como sus clasificaciones, se deban solamente al curso específico que siguen los patrones, y a su distinta severidad.

Otro problema también continuo en el diagnóstico y clasificación de Psicosis Afectivas, ha sido la ocurrencia inequívoca de una psicosis con síntomas tanto "maníaco-depresivos" como "esquizofrénicos". Por esto, Kasanin (1933) introdujo el concepto de "psicosis esquizoafectiva" e inició la discusión sobre si esas enfermedades son variantes de uno u otro prototipo, o si constituyen una "psicosis adicional". Al respecto se supone generalmente, que la verdadera psicosis esquizoafectiva que no puede colocarse en ninguna categoría, es relativamente rara y que la mayoría de los trastornos psicóticos pueden clasificarse como afectivos o como esquizofrénicos.

Pero, datos genéticos recientes, sugieren una asociación entre los prototipos de Kraepelin, en vez de una clara discontinuidad. Por ejemplo, Angst y Scharfetter estudiaron más de 250 pacientes con diagnósticos que cubrían el espectro de la enfermedad psicótica, desde depresión unipolar hasta el trastorno afectivo bipolar, desde la enfermedad esquizoafectiva hasta la esquizofrenia típica, y examinaron la razón de trastornos tanto esquizofrénicos como afectivos en los parientes de primer grado. Encontraron que no existe una discontinuidad genética como la que permitiera afirmar que hay dos componentes genéticos separados, ni tampoco pruebas, en particular, de la "verdad genética" de los trastornos.

Los datos relativos al curso del padecimiento y consecuencias, y de la respuesta ante el tratamiento; no proporcionan una base clara de corte para el diagnóstico diferencial.

Un enfoque alternativo de estos intentos para distinguir entre categorías clínicamente definidas, consiste en utilizar técnicas multivariadas como el análisis factorial o el análisis de conglomerados para identificar dimensiones que ocurren de forma natural a partir de amplios conjuntos de datos obtenidos de pacientes con una psicosis funcional. Crow (1980) en base a este tipo de estudios, propuso dos procesos patológicos en la esquizofrenia que pueden ocurrir por separado, o juntos en un caso individual. El síndrome tipo 1 de Crow se caracteriza por síntomas positivos (alucinaciones, ideas delirantes, trastornos del pensamiento) y tiende a ser agudo, mientras que el síndrome tipo 2, caracterizado por síntomas negativos (p. ej., pérdida de energía, afecto embotado), se consideraba más crónico. Crow no consideró los dos tipos como mutuamente exclusivos, sino como dimensiones independientes que reflejan diferentes procesos patológicos subyacentes. Abordando también estas cuestiones, Liddle (1987) examinó la pauta de correlaciones entre los síntomas en un grupo de pacientes de cronicidad similar y encontró que los síntomas se separaban en tres síndromes distinguibles: pobreza psicomotora (pobreza del habla, embotamiento del afecto, disminución del movimiento espontáneo) desorganización (trastornos de la forma del pensamiento, afecto inapropiado) y distorsión de la realidad (ideas delirantes y alucinaciones). Varios estudios más, como el de Barnes (1990) replicaron esta

pauta de separación en tres síndromes, y se han encontrado pautas similares en otros estudios empleando el análisis factorial de los síntomas. No se sugiere que estas tres dimensiones sean subtipos separados de psicosis, ya que las dimensiones a menudo coexisten, pero algunos autores han insinuado la existencia de tres procesos neuropatológicos distinguibles, aunque relacionados.

En los últimos diez años ha habido avances en la evaluación de los síntomas y en la definición operacional de la psicosis, también se han observado intentos de descomponer la heterogeneidad de la psicosis en general. Son cada vez más aparentes los claros lazos entre las dos entidades de Kraepelin, y las principales dimensiones de los síntomas positivos y negativos, y de la desorganización del pensamiento; surgen repetidamente dentro y entre las categorías tradicionales. Investigaciones prospectivas, ensayos con drogas y estudios sobre intervenciones psicosociales muestran que los síntomas positivos y negativos ocurren frecuentemente juntos, pero cualquiera de los dos tipos de síntomas, también puede ocurrir de modo independiente dentro del mismo curso clínico.

Al tiempo que Hoff formulaba su modelo patogenético multifactorial para explicar la sintomatología psicoafectiva en Viena, como también en muchas otras escuelas; se diagnosticaba la psicosis endógena bajo el supuesto de una dicotomía estricta de la enfermedad: una psicosis afectiva se diagnosticaba según los criterios sintomatológicos para los trastornos maníacos y depresivos señalados ya por Kraepelin, y mencionados en apartados anteriores. Para el diagnóstico de una enfermedad esquizofrénica se consideraban decisivos tanto los síntomas

propuestos por K. Schneider como los planteados por E. Bleuler; los casos que presentaban una combinación de características afectivas y esquizofrénicas se consideraban esquizofrenias siguiendo la clasificación elaborada por Jaspers. En este amplio concepto de la esquizofrenia se incluían también los trastornos paranoicos y parafrénicos. Este punto de vista se imponía sobre todo en la psiquiatría de habla alemana a partir de los estudios catamnésicos realizados por Mayer y por Kolle que demostraban que una parte de los cuadros clínicos paranoicos y parafrénicos desembocaban en un estado deficitario. De allí deducían esos autores que todos los casos de paranoia y parafrenia se deben a la esquizofrenia, y que aquellos casos en los que no se producía un defecto serían solamente evoluciones benignas de la enfermedad pero, el hecho constatado de que algunos casos concretos evolucionaban más tarde hacia una psicosis afectiva bipolar despertaba dudas respecto a estas hipótesis. Esto motivó a realizar y publicar en 1965 una catamnesis con pacientes paranoicos en la clínica de Viena. El resultado de esta investigación demostró que en una parte de tales pacientes podía constatarse más tarde un evidente trastorno formal del pensamiento así como un estado deficitario. Un segundo grupo de enfermos mostraba en la catamnesis la aparición típica de episodios maniacos y depresivos. Y en otros se descubrió que la psicosis se originaba por psico-síndromes orgánicos no apreciados claramente en su primer ingreso. En la mayoría de los casos se verificaba que la formación delirante tenía un origen psicógeno; en ellos, los cambios de temperamento tenían a menudo un papel patógeno adicional. Esta observación podía ser confirmada en otras catamnesis realizadas en enfermos paranoicos y parafrénicos. De aquí surge la sospecha de que el *Psychotizismus*-

Symptomatik» (*sintomatología psicótica*), que abarca fenómenos delirantes y alucinaciones, sea solamente un síndrome de primer orden que puede emerger en el marco de diversas enfermedades básicas. La comprobación de esta hipótesis precisaba en primer lugar criterios específicos de clasificación para cada enfermedad básica, con el fin de poder dividir a los pacientes que muestran una sintomatología psicótica en subgrupos correspondientes. La confirmación de que éstos se deban realmente a disfunciones primarias diferenciables debería establecerse a partir de las validaciones correspondientes.

Siguiendo esta estrategia, la escuela de Viena ha desarrollado criterios para la investigación de las psicosis esquizofrénicas y afectivas, para los que eligió la denominación de «síndromes axiales». Este concepto ha sido introducido por Hoche en un principio, para señalar aquellos síntomas que mostraban trastornos cerebrales orgánicos. Bajo esa misma perspectiva incluían en el síndrome axial esquizofrénico y en el afectivo, aquellos síntomas que suelen considerarse característicos de los cuadros clínicos respectivos. Basándose en indicios que demuestran que la sintomatología constatada en enfermedades hereditarias puede producirse también por una disfunción adquirida, se ha adoptado para esos síndromes axiales la denominación «endogenomorfo». Y, aunque la base de esa sintomatología podría ser un trastorno funcional específico y primario del cerebro, éste podría ser genético o causado por un daño adquirido.

Para los criterios de investigación de las psicosis afectivas, la escuela de Viena utiliza el término de «síndrome axial endogenomorfo-ciclotímico». Este término ha sido elegido porque en aquel entonces, surgió en la psiquiatría de habla alemana

el concepto de «ciclotimia» para caracterizar las psicosis afectivas. Por esto, el síndrome axial ciclotímico *no* se refiere a la definición de ciclotimia utilizada en la CIE-10 y en el DSM-IV-R, sino a la totalidad del ámbito de las formas maniaco-depresivas. En la formulación de este síndrome axial era determinante cuanto había considerado Jung en 1952, en el sentido de que trastornos de la función timopsíquica hacen suponer que, unas condiciones genéticas determinantes sean responsables de su origen si coinciden con determinados cambios de los biorritmos.

Con anterioridad a los criterios de Viena, una serie de autores habían sugerido ya, que las psicosis afectivas endógenas no deberían de limitarse a formas maníacas y depresivas; como Kraepelin quien ya había descrito los «estados mixtos» maniaco-depresivos estables, expresión a la que Mentzos añadió más tarde, el concepto de «cuadros mixtos de alternancia rápida». Specht sospechaba que un humor irritable, al que él llamaba «disforia», representaba una forma singular de psicosis afectiva, y Sheehan y otros postulaban que esto podría aplicarse también a ciertos estados de angustia. Teniendo en cuenta las consideraciones de estos autores, la Escuela de Viena ha subdividido el síndrome axial endogenomorfo-ciclotímico en seis subtipos cuyo denominador común es la presencia de los trastornos característicos de los biorritmos por lo que, y en comparación con otras escuelas, el diagnóstico de la escuela de Viena para las enfermedades maniaco-depresivas es muy restrictivo. La concepción de ésta escuela de otros cuatro subtipos, ensancha considerablemente el marco de las psicosis afectivas. Destaca sobre todo, la inclusión en las psicosis afectivas de los estados mixtos inestables,

con sus trastornos biorrítmicos correspondientes, pero sin trastornos formales del pensamiento, incluso si cursan con «síntomas de primer rango» (*Erstrangsymptom*). Según la escuela de Viena, el diagnóstico de una psicosis esquizo-afectiva se aplica solamente si un síndrome axial endogenomorfo-ciclotímico se combina con trastornos formales del pensamiento o con neologismos, lo que podría indicar la presencia de ambas predisposiciones.

Sin embargo, la ausencia de un síndrome axial endogenomorfo no excluye con seguridad la presencia de una psicosis endógena esquizofrénica o afectiva; ya que, a lo largo de las enfermedades esquizofrénicas, los trastornos mentales formales se manifiestan a menudo sólo por episodios y, los trastornos de biorritmo no pueden percibirse con claridad durante todas las fases de las psicosis endógenas afectivas.

Los criterios de investigación de Viena han sido tomados por varias investigaciones para lograr una subclasificación de aquellas psicosis que carecen de una base orgánica manifiesta, pero que muestran una sintomatología psicótica. En los casos de pacientes que no podían ser englobados en psicosis con síndrome axial endogenomorfo, se ha podido constatar un síndrome axial organomorfo que se caracteriza por su complejidad, su perseverancia y sus trastornos de memoria y de comprensión, y que muestra la presencia de una disminución cerebral somática exógena no percible instrumentalmente.

La investigación epidemiológica llevada a cabo recientemente con el fin también, de esclarecer la clasificación de psicosis afectiva; ha proporcionado nuevos e

interesantes datos sobre la comorbilidad que existe entre las categorías, ilustrándose así la relación longitudinal de los trastornos afectivos con diagnósticos del trastorno depresivo mayor, de la depresión breve recurrente y de la hipomanía siendo poca su relación con los trastornos de pánico.

A su vez, en general, la depresión mayor se relaciona principalmente con los síndromes psiquiátricos prolongados. Sin embargo, los patrones varían mucho dependiendo del síndrome nuclear desde el cual se considera esta relación y por lo tanto, puede emplearse la comorbilidad para validar los conceptos diagnósticos. Estos hallazgos son muy interesantes desde el punto de vista clínico ya que los pacientes con más de un diagnóstico son los más afectados.

Si bien una conclusión definitiva es todavía prematura, resulta aparente, afirma Akiskal, que "un espectro de formas transicionales relaciona los trastornos afectivos unipolares y bipolares" siendo la clasificación de los trastornos afectivos, una tarea compleja que podemos apreciar también claramente con el concepto de depresiones enmascaradas que ya es antiguo en psiquiatría y las cuales, eran consideradas como casos marginales, pero hoy en día, desempeñan un papel nuclear en la concepción de las depresiones.

Se llama depresión enmascarada o larvada a aquellas manifestaciones de los trastornos depresivos en las que los síntomas somáticos se presentan en un primer plano, dicho de otro modo, en las que los síntomas psíquicos ocupan un segundo puesto. En ocasiones falta totalmente, o casi, la sintomatología afectiva. En estos casos hablamos de equivalentes afectivos, depresivos, timopáticos o

vegetativos., que son consecuencias de las depresiones y de otras circunstancias, elaboradas por cada uno de forma diferente y tienen repercusiones distintas para su vida.

Del otro lado, la psicopatología científica centró su atención en lo que parecía ser un objeto, la vida psíquica y sus desviaciones, de tal manera que el concepto actual de los diversos tipos clínicos o entidades nosológicas (exceptuando algunas psicosis de base somática) es puramente psicopatológico. En el terreno de las depresiones nos encontramos con que las descripciones de las enfermedades atienden de un modo casi exclusivo o fundamental al carácter psicológico. No quiere decir esto que no se tengan en cuenta síntomas somáticos; si se consideran, pero se les considera accesorios.

Es importante distinguir entre síndrome y enfermedad, hay que separar la depresión como enfermedad de la depresión como síndrome. Las depresiones enmascaradas son equivalentes de las depresiones (síndrome), pero a la vez son síntomas de la depresión (enfermedad).

De acuerdo con Lange, tendríamos que distinguir entre la patogenia y la psicopatología de los cuadros depresivos. En la historia de la PDM no se describen corrientemente síntomas primarios de las depresiones, ni tampoco un trastorno fundamental ya que, las alteraciones del ánimo son muy difíciles de caracterizar.

Para Tellebach , no es lícito utilizar la palabra síntomas, sino más bien hay que hablar de fenómenos ya que en ellos lo que percibimos es una totalidad alterada.

Las depresiones tienen la virtud de develar los temores más íntimos. La depresión enfrenta al enfermo consigo mismo, no es de extrañar entonces, que la histeria sea un equivalente depresivo que surge como esfuerzo para compensar el temor a verse desenmascarado.

Hay diversos síntomas que enmascaran un trastorno depresivo. Las formas preferentes son :

- a) **Algias y Parestesias Timopáticas**, en las que es normal que una depresión se manifieste a través de dolores. El dolor toma el carácter de sentimiento y, tiene carácter difuso y global.

- b) **Trastornos Psicosensoriales**: son trastornos en la percepción del espacio, en ellos destacan los vértigos timopáticos y la disopsia álgica. En los primeros, la sensación vertiginosa (marearse) es expresión de una alteración angustiosa del espacio vivido. En la disopsia lo que surge es, una sensación dolorosa a los tonos brillantes.

- c) **Equivalentes Depresivos de colorido neurológico**: Hay otras formas de síntomas depresivos que simulan trastornos neurológicos como la acatisia que se manifiesta en forma de imposibilidad de estarse quietos.

- d) **Síntomas Psicossomáticos en sentido estricto:** Los síntomas subjetivos en los que no se consigue objetivar ninguna alteración orgánica. Un segundo grupo está constituido por trastornos funcionales (taquicardia, etc.) que suelen remitir un poco más tarde que el cuadro psicopatológico. En tercer lugar, enfermedades psicossomáticas en las que aparecen lesiones de órganos afectados que pueden ser depresiones enmascaradas. Es el grupo del asma bronquial, dermatosis, etc.

Al respecto de la melancolía, a pesar de las innumerables máscaras, se encuentra que todas ellas tienen unos rasgos comunes, que permiten el diagnóstico, ya que los síntomas aisladamente no tienen valor, como tampoco lo tienen los síndromes, si no cumplen ciertas condiciones en cuanto a su génesis.

En los trastornos afectivos en niños y adolescentes, la melancolía caricaturiza el proceso de la adolescencia, resaltando en quien la padece conflictos, tensiones internas o dificultades en sus relaciones con los demás. Las depresiones exageran, de un modo a veces grotesco, los desajustes que son normales a esta edad.

La vivencia de la tristeza y de la angustia, no es posible antes del cuarto o quinto año de vida.

La distimia vital es una adquisición muy variable, pero no tiene lugar hasta avanzada la pubertad.

El primer rasgo que hay que destacar de las psicosis afectivas y en base al cual podemos diferenciarlas, es el curso en forma de episodios separados por intervalos asintomáticos y libres de cualquier transformación definitiva de la personalidad, lo que contrasta con lo que sucede en la esquizofrenia. Habitualmente, las depresiones y manías tampoco dejan huella en el campo de las actitudes y creencias. Las distintas formas de depresiones y manías, pueden cesar un día como pasa una tormenta de verano.

En base a la evolución podemos caracterizar las dos formas principales de los trastornos afectivos endógenos, las depresiones monopolares o unipolares y las bipolares. La mayor frecuencia de episodios depresivos en comparación con la frecuencia de episodios maniacos, se debe a que la incidencia de los trastornos unipolares es, o se acepta, superior a la de los bipolares. Sin embargo, en algunos estudios como el de Angst, partiendo de una definición muy estricta de trastorno afectivo endógeno, la incidencia es similar.

Sobre la duración de las fases, Kraepelin lanzaba cifras de seis a doce meses de duración; estudios posteriores mencionan cifras menores, de cuatro a seis meses, siempre más breves en las formas de evolución bipolar. Los estudios más recientes que comparan las evoluciones unipolares y bipolares coinciden en señalar que hay mayor gravedad evolutiva en estas últimas.

La evolución hacia formas esquizoafectivas sucede según autores en el 12% de los unipolares y en el 7.5% de los bipolares.

Aún así, existen hechos desconcertantes en donde se repiten los mismos trastornos en enfermedades distintas y los cuadros clínicos, en el curso del mismo

padecimiento, pueden estar sometidos a múltiples variaciones. Estos cuadros suponen la constatación de que, cuando más fina es la mirada psicológica, tanto más crecen las dificultades de encontrar rasgos diferenciales entre las psicosis esquizofrénicas y ciclotímicas, dificultad que se acrecienta en la medida en que seguimos cursos prolongados de los trastornos psicóticos.

Un profundo movimiento de la Psiquiatría tratando la remedialización de esta situación, se llevó a cabo con un supuesto retorno a Kraepelin (que es en realidad, descubrimiento Kurt Schneider por los americanos del norte) y dos expresiones paradigmáticas, a saber: el DSM -IV-R y las unidades de psiquiatría en los hospitales generales pero, a pesar del criterio resueltamente agnóstico, que en relación con los problemas teóricos (etiológicos o patogénicos), adopta la citada clasificación americana, en la práctica se usa como si lo que en ella ordenado no fueran síndromes de valor descriptivo, sino que se toma por verdadero catálogo de enfermedades.

Dicha utilización del DSM-IV-R en el marco de las unidades de psiquiatría en hospitales generales y de algunas clínicas universitarias (con cuya cultura médica positivista-mecanicista encaja perfectamente) muestra decididamente la verdadera funcionalidad del referido criterio clasificatorio, como elemento para el control ideológico de la anormalidad social.

Como muy bien precisa Pérez Rincón, el modelo, dentro de la conciencia del psiquiatra, dirige y filtra la realidad hacia una u otra de las entidades clasificadas.

Son numerosos los apelativos con los que, a lo largo de la literatura psiquiátrica y psicopatológica, se ha tratado de definir el grupo de psicosis afectivas, expresando muchos de ellos la posición del autor o autores respecto a la naturaleza del trastorno mental o, su propio criterio clasificatorio., lo cual podemos apreciar claramente en el criterio de mezcla o coexistencia de síntomas de los círculos esquizofrénico y maniaco depresivo, que está presente en el calificativo de Psicosis Mixtas, y es el más comúnmente utilizado. Es el mismo criterio, en el fondo, que ha generado, el término esquizoafectivo (Kasanin) presente en las clasificaciones de la O.M.S. y la A.P.A. En algunas ocasiones el calificativo psicosis mixta va más allá de lo puramente clínico descriptivo, implicando mixtura hereditaria y/o constitucional, que nos remite al concepto de psicosis combinada, que parece proceder de Krafft-Ebbing.

Los calificativos de psicosis atípicas, marginales o periféricas (que permanecen en modernas clasificaciones como las anteriormente mencionadas), utilizados por autores como Pauleikhoff, Kleist, Leonhard, Kretschmer, etc., implican el supuesto de la existencia de casos y cursos típicos, centrales o nucleares, en relación a los cuales se ubicarían los referidos calificativos, a pesar de la no susceptibilidad de delimitación exacta de lo típico, como señala el propio Pauleikhoff.

Menos fortuna han tenido otros apelativos como los de psicosis periódicas, cicloides, degenerativas o autóctonas, que expresan modalidades evolutivas, grupos más restringidos de las mismas, o el modo como se ha resuelto el problema teórico que suscitan; D. Barcia enumera hasta 34 denominaciones para estos trastornos.

La identificación de casos atípicos y el número de casos mixtos e intermedios depende totalmente del respectivo criterio clínico, de la concepción clínica desde la que se hace la delimitación (Meyer, Kurt Schneider) y tanto más difícil es la delimitación, cuanto más penetrante y prolongada es la observación de los casos.

Desde un esquema clasificatorio tradicional, o bien utilizando los más recientes de la O.M.S. (CIE 10) o de la A.P.A. (DSM-IV-R), cuando más prolongado en el tiempo es el estudio de los casos y sobre todo, cuando éste se prolonga por espacio de años, más típico se vuelve lo atípico y viceversa.

La recurrencia o periodicidad es uno de los criterios principales de inclusión en el grupo de psicosis afectivas, hasta el punto de que para algunos, es el elemento que las define. Así, como la conservación de la afectividad y de la personalidad, criterios de la atipicidad esquizofrénica y de la proximidad al círculo afectivo y, por tanto, de tipicidad de las formas atípicas.

Los cuadros de presentación accesiforme y recurrente, en cuyos accesos muestran síntomas disociativos, de los calificados como esquizofrénicos de primer orden o de modo similar, se muestran sin evolución defectual, nutren buena parte de este colectivo de perturbaciones, generando interpretaciones del tipo de la concurrencia de factores genéticos, o constitución pícnica que protegería del morbo esquizofrénico; o de psicosis afectivas contaminadas por los síntomas de primer orden, de Kurt Schneider.

Las manifestaciones de los cuadros de estado más comúnmente incluidos, serían, tanto de tipo predominantemente motor (catatonía periódica, p. ej), afectivo

(psicosis de angustia-felicidad de Leonhard) o confusional. Las denominadas bouffés delirantes de Magnan-Ey serían, en opinión de Bumke, crisis maniaco depresivas atípicas, o la amnesia en el sentido de Meynerd que incluye confusión, alucinosis e intensa excitación motora, retornando a una lucidez y a una vida psíquica normal.

La verdadera posición intermedia entre los dos grandes círculos, esquizofrénico y maniaco depresivo, ha sido ocupado históricamente y es ocupado en la actualidad por las múltiples manifestaciones de la locura paranoide.

La paranoia periódica y la parafrenia expansiva, son el núcleo central de las psicosis mixtas de muchas clasificaciones. Las psicosis paranoides lo son en el DSM-IV-R entre las esquizofrénicas y las afectivas y en el CIE 10, están ubicadas al lado y tras estas mismas dos por lo que, la dialéctica especificidad-inespecificidad de los cuadros y formas de curso de los trastornos mentales (dialéctica Kraepelin-Hoche), subyace en los diversos intentos de resolver el problema planteado por las formas mixtas y/o atípicas.

En cualquier caso la tendencia a adscribir los cuadros mixtos al círculo esquizofrénico, aparte de implicar los criterios de Kurt Schneider (preeminencia diagnóstica del cuadro de estado sobre el curso) tiene que ver con el criterio de Jaspers de la primacía diagnóstica de los síntomas: "...los síntomas de la enfermedad se hallan superpuestos, encamados, unos sobre otros, arriba los síntomas neuróticos (lo psicosténico, lo histérico) luego los síntomas maniaco depresivos, luego los síntomas del proceso (esquizofrénico), finalmente los

síntomas orgánicos...". La capa más profunda a que se llega en la investigación del caso individual, da la última palabra para el diagnóstico. Esta es la noción central en la escuela de Heidelberg, tomada del propio Kurt Schneider y que reaparece en Weibrecht (al considerar la conexión entre lo paranoide, lo depresivo y lo orgánico de los cuadros involutivos, p. ej.).

La tendencia a adscribir los casos atípicos al círculo maniaco depresivo, probablemente tenga su mejor mentor en Storring quien llega a preguntarse por qué, hoy todavía, muchas formas de ciclotimia son consideradas esquizofrenia. Adscribe decididamente al círculo afectivo muchas psicosis marginales cicloides de Kleist y Leonhard (psicosis angustia-felicidad, psicosis confusional o inherente estuporosa y, psicosis de la motilidad) y no le cabe duda que las psicosis de angustia-felicidad pertenecen a la enfermedad maniaco-depresiva.

En el ensayo de un nuevo criterio ordenador de las psicosis endógenas como el elaborado por el propio Kleist a partir de sus trabajos y los de su escuela, en el que establece dos grandes círculos con un criterio básicamente evolutivo, otorgando importancia al curso como criterio ordenador por más cercano al proceso y no al cuadro de estado; existiría por una parte, el círculo de las psicosis fásicas y accesorias y por otra, el de las psicosis deteriorativas. El primer grupo se subdividiría a su vez en dos, las psicosis polimorfas bifásicas (fases dobles, opuestas, maniaco-depresiva, hipercinética-acinética, etc.) y las simples monofásicas. El grupo de las psicosis deteriorativas coincidiría casi en su totalidad con la esquizofrenia de Bleuler.

En esta ordenación desaparece el concepto de marginalidad/atipicidad, e implica una hipótesis patogénica dual: trastornos funcionales (en el sentido de fisiológicos-metabólicos) reversibles en las accesorias y procesos orgánicos degenerativos en las deteriorativas.

En todas las propuestas referidas, subyace la expectativa de una única ordenación que partiendo de la clínica (cuadros de estado y/o curso) lleve a las lesiones o disturbios fisiológicos subyacentes, y a la etiología; cuyo paradigma sería la construcción nosológica propia del método anatomoclínico. Son los argumentos de esta misma posición sindrómica, los que colocan el problema de la ubicación de las psicosis mixtas, en un plano meramente clínico descriptivo.

4.3 Clasificación de las Psicosis Afectivas.

Antes de abordar las clasificaciones actualmente en vigor de los trastornos afectivos, debemos referirnos a las controversias que han suscitado. Entre estas destaca la de si las clasificaciones deben ser categóricas o dimensionales, unitarias, dicotómicas o múltiples, etc.

La dicotomía unitario-múltiple se refiere a si las enfermedades depresivas son un continuo (con las formas severas o psicóticas en un extremo y las formas crónicas leves en otro), o si, por el contrario, se deben diferenciar subtipos. Aún así, la mayor parte de los subtipos son dicotómicos: endógenos versus reactivos,

bipolares versus unipolares, depresión pura versus desorden del espectro depresivo, etc. La mayor parte de tales sistemas dicotómicos ha florecido a partir de la experiencia clínica y los intentos por elaborar clasificaciones sobre una base teórica o con fines de investigación, han dado lugar asimismo, a unos cuantos sistemas. En general, éstos sistemas son más complejos, que los sistemas clínicos, diferenciando tres, cuatro o más subtipos.

Hoy en día es más aceptada la teoría de los subtipos, respecto a las psicosis afectivas. Esta elección en el hecho de que si todas las alteraciones afectivas formaran un continuo, no importaría cuál de los extremos cogiéramos; el modo de transmisión genético o las causas neuroquímicas serían idénticas en el caso de las formas leves y severas.

En cuanto a la dicotomía categorial y dimensional, ésta se refiere a si las enfermedades psiquiátricas deben ser entendidas como entidades discretas o como clases nosológicas independientes, a veces mutuamente excluyentes (enfoque tipológico o categorial, basado en el supuesto subyacente de que es posible la identificación de enfermedades específicas), o bien debería acentuarse un cierto número de factores o dimensiones descriptivas diferentes para caracterizar a los pacientes (enfoque dimensional).

Sin embargo, al analizar las clasificaciones anteriormente usadas y las clasificaciones actualmente en vigor de los desórdenes afectivos vemos que, ningún sistema clasificatorio de los desórdenes afectivos ha llegado a sentar cátedra; por lo que hay actualmente en circulación una amplia variedad de

sistemas en competencia. Estos sistemas los podemos dividir en dos grupos: a) Los que se usan en la práctica clínica y, b) Los que se usan en investigación.

Los sistemas clínicos demandan ante todo una cobertura completa, hay que encontrar un lugar para cada paciente examinado por lo que las clases de sus sistemas suelen ser relativamente amplias o inclusivas. En cambio, los investigadores identifican grupos homogéneos y bien definidos, y pueden permitirse el lujo de tener un número grande de pacientes sin clasificar.

Los sistemas clínicos actualmente en uso son dos: La clasificación Internacional de Enfermedades (OMS) que es la ICD 10 y la DSM-IV-R de la APA. Cada uno de ellos nos ofrece respuestas muy distintas a las diferentes cuestiones, relativas a las clasificaciones de los desórdenes afectivos. En el presente trabajo se tomarán como base los criterios de clasificación que proporciona el ICD 10 de la OMS, ya que el DSM-IV-R no fue avalado en o para población mexicana.

En el ICD 10 hay nueve categorías (si excluimos el desorden esquizoafectivo) que definen las formas severas o psicóticas de desorden afectivo. Estas han sido agrupadas bajo dos rótulos principales: las psicosis afectivas y otras psicosis no orgánicas. Las psicosis afectivas incluyen toda la gama amplia de psicosis maniaco-depresivas, que se definen como una alteración grave del estado de ánimo que se acompaña de uno o más de los síntomas siguientes: fantasías, perplejidad, actitud alterada hacia uno mismo, desórdenes perceptivos y de conducta. Implícita pero no afirmada, está la diferenciación entre desórdenes afectivos bipolares y unipolares.

Dentro de las psicosis afectivas encontramos el tipo maniaco y a la manía unipolar, el tipo depresivo y a las depresiones unipolares. Se encuentran también cuatro tipos de psicosis maniaco depresivas circulares, equivalentes al desorden circular y las cuales son: el estado actual maniaco, deprimido, mixto e inespecífico.

Con el concepto tradicional en Europa, la psicosis reactiva aparece bajo el rótulo de otras psicosis no orgánicas y se define a ésta como condiciones psicóticas que se pueden atribuir total o parcialmente a acontecimientos vitales recientes. Es subdividida en depresión psicótica reactiva y en excitación reactiva.

Las formas leves del desorden afectivo se describen bajo los encabezamientos de desórdenes neuróticos, desórdenes de personalidad, reacción aguda al estrés y reacción de ajuste.

La depresión neurótica es definida como una depresión desproporcionada que ha surgido a raíz de una experiencia desagradable la cual normalmente puede ser identificada. Se le describe como un desorden menos severo que las formas psicóticas de la depresión ya que carece de los distintivos psicóticos, tales como fantasías desiderativas o alucinaciones.

El subtipo Personalidad Afectiva es un diagnóstico sencillo que se caracteriza por el predominio a lo largo de la vida de un estado de ánimo pronunciado que puede ser de persistente depresión, de persistente excitación, o uno y otro

alternativamente. En otras palabras abarca la personalidad hipomaniaca, ciclotímica y la depresiva.

La reacción aguda al estrés es un desorden muy breve que se caracteriza por los síntomas depresivos consecutivos a algún estrés intenso, sea físico o mental. En comparación, la reacción de ajuste se define como más persistente que las reacciones agudas al estrés. Bajo este encabezamiento encontramos otro subtipo depresivo, la reacción depresiva prolongada, que difiere sobre todo en su duración.

Finalmente, queda el desorden depresivo no clasificado, para uso de los psiquiatras que no hayan encontrado un lugar adecuado a sus pacientes depresivos en ninguno de los desórdenes previamente descritos. La tabla queda de la siguiente manera:

CLASIFICACIÓN DE PSICOSIS AFECTIVAS:

***PSICOSIS MANIACO-DEPRESIVAS, TIPO MANIACO.**

***PSICOSIS MANIACO-DEPRESIVAS, TIPO DEPRIMIDO.**

***PSICOSIS MANIACO-DEPRESIVAS, TIPO CIRCULAR,
NORMALMENTE MANIACO.**

***PSICOSIS MANIACO-DEPRESIVAS, TIPO CIRCULAR,
NORMALMENTE DEPRIMIDO.**

***PSICOSIS MANIACO-DEPRESIVAS, TIPO CIRCULAR,
NORMALMENTE MIXTO.**

***PSICOSIS MANIACO-DEPRESIVAS, TIPO CIRCULAR,
NORMALMENTE INESPECÍFICO.**

***PSICOSIS MANIACO-DEPRESIVAS,
OTROS TIPOS E INESPECÍFICAS.**

Sobre los sistemas de clasificación usados en investigación dentro de su distinción bipolar-unipolar; la unidad de la manía y la depresión está en la base del concepto de trastorno afectivo (psicosis maniaco-depresivas), aunque si bien todas las manías se imbrican en una evolución maniaco depresiva (según López-Ibor), hay individuos en los que la enfermedad se manifiesta sólo por las depresiones.

En 1966 Angst y Perris, y posteriormente otros autores, demostraron que las psicosis bipolares y unipolares se diferencian genética y evolutivamente. También se ha señalado que el tipo de personalidad previo es distinto: tipo melancólico de Tellebach en la unipolares, personalidad ciclotímica de Kretschmer en las bipolares. Sin embargo, no es posible distinguir sintomatológicamente durante las

fases, las depresiones unipolares de la bipolares; ya que como se ha observado, y a veces muy frecuentemente, la primera fase en un enfermo bipolar es depresiva, y las fases depresivas son más frecuentes. Paradójicamente se exige la presencia de un número mínimo de fases depresivas para considerar a un enfermo como unipolar, aunque basta con una fase maniaca para que sea considerado, bipolar. Análogamente, la intensidad tiene que ser suficiente, tendiéndose a distinguir la manía grave, que requiere hospitalización y tratamiento psiquiátrico, de la hipomanía, que no requiere tratamiento. Por otra parte, se piensa que un enfermo con varias fases depresivas, pero no maniacas, con antecedentes familiares de manía, puede ser bipolar.

A pesar de la popularidad de la distinción que nos ocupa, y de su evidente utilidad clínica y en investigación, la distinción entre desórdenes afectivos bipolares y unipolares comporta otros problemas, además de los apenas mencionados.

La primera objeción es que la distinción primitiva entre desórdenes afectivos bipolares y unipolares establecía una separación entre los pacientes que habían tenido antecedentes de manía y los que tan sólo habían tenido un historial de depresión, considerando a los primeros como bipolares y a estos últimos como unipolares. Sin embargo, aunque en contados casos, se han observado manías unipolares, se suele objetar que finalmente la mayoría de estos pacientes llegarán a desarrollar un síndrome depresivo por lo que es más conveniente agruparlos entre los bipolares y no considerarlos, como un desorden unipolar. Una segunda objeción es la cuestión de si el grupo bipolar debe ser a su vez subdividido en bipolares I y II. Los pacientes bipolares II diferirían de los bipolares I en que

padecen o bien hipomanía, o bien una manía leve, y en que en la fase excitada, mientras perdura, no requieren hospitalización. Los pacientes bipolares I por su parte, han sufrido hospitalización por causa de la manía. En la actualidad es todavía una cuestión abierta la determinación de si los bipolares II deberían ser agrupados junto con los bipolares I, dentro de los unipolares, o si deberían ser considerados como un subgrupo aparte.

Aún más, Depue y Monroe (1978) apuntan argumentos en pro del establecimiento de una tercera clase de desórdenes bipolares: los bipolares III. Definen a los bipolares III únicamente en base a los antecedentes familiares, un paciente bipolar III es un individuo que tan sólo ha padecido episodios de depresión, pero que posee antecedentes familiares de manía.

Al respecto de la distinción endógeno-reactivo, ésta también disfruta de amplia aceptación y en sí, es la más usada por los clínicos. El concepto primitivo de depresión endógena aludía a una depresión que venía de dentro, en oposición a la depresión exógena, que era causada por razones externas. Las depresiones endógenas tras haber sido estudiadas en una amplia serie de estudios de análisis factorial, han probado que poseen un conjunto de síntomas que le son característicos y que incluyen los trastornos en el sueño terminal el retardo psicomotor, una cualidad diferente en el estado de ánimo, pérdida de peso, dificultad para concentrarse, ánimo muy abatido e incapacidad para reaccionar a los cambios placenteros que se dan en la situación o en el entorno, aún así; cómo

adivinar que tal o cual depresión ha sido o no precipitada por algún factor externo lo que es ciertamente, una tarea difícil.

La gran mayoría de los pacientes es capaz de identificar alguna situación desdichada en su biografía que pudiera ser considerada como causal siendo, las depresiones endógenas puras, muy raras.

A la vista de estos hechos hay quienes tienden a definir la depresión endógena desde el punto de vista fenomenológico y así ignoran en la definición el papel de los precipitantes. Habida cuenta de que este síndrome depresivo ya no se puede calificar como proveniente de dentro, hay investigadores que apuntan la necesidad de la eliminación del término endógeno, así la DSM-IV-R ha elegido el término melancolía para hablar de estas depresiones.

Para complicar aún más las cosas, hay quienes se refieren a las depresiones endógenas como equivalentes de las depresiones psicóticas, de manera que la subclasificación de la depresión se convierte en subdivisión psicótica.

La psicopatología de la manía ha sido por lo general más descuidada, quizá por considerarla subordinada tanto en la configuración del cuadro clínico, como en la psicopatología. Estos estados hipertímicos reciben por lo general, menos atención que los depresivos y casi siempre se refieren a ellos como el polo opuesto, o en el fondo; como una máscara de lo depresivo que surge en virtud de determinados mecanismos psicológicos.

Históricamente es difícil seguir el rastro de lo que hoy llamamos hipertimias. Explícitamente, Manía es un vocablo latino que se ha aplicado a formas violentas

y agitadas de la locura. Pinel quiso designar una forma más médica de locura, pero Esquirol, que al principio aceptó la designación, terminó por inclinarse por el concepto alienación. A finales de siglo, la manía pasa a designar los estados hipertímicos y así es incorporada por Kraepelin a su locura maniaco-depresiva. Desde finales del siglo, la manía se libera de las consideraciones pronósticas en torno al deterioro mental y se integra en el grupo de las enfermedades mentales curables, entre las cuales, los trastornos mentales ocupan un área central.

Parte de la confusión en el concepto de manía, está en Kraepelin que concibe muy ampliamente la manía y la subdivide en hipomanía, agitación maniaca aguda, manía en relación con los trastornos paranoides, manía delirante y estados maniacos mixtos. Pero fue Scheneider el que limitó más las fronteras de la manía, incluyendo en la esquizofrenia, los tipos maniformes de la misma.

Leonhard estableció algo parecido, aunque a expensas de sus entidades nosológicas intermedias; manejó los tipos maniformes de las esquizofrenias no sistemáticas y, de las psicosis cicloides.

Un punto de vista muy interesante, que evoca las nociones de psicosis únicas, es el de Woheler y Sass, llamado por ellos dinámico; en él tratan de considerar el abanico de las formas maniacas desde la hipomanía hasta las esquizofrenias maniformes, referido por Kraepelin, y manejado en la clasificación de Leonhard, olvidando sus fronteras nosológicas y atendiendo sólo las descripciones psicopatológicas de los estados.

Por lo tanto, el espectro del síndrome maniaco se extiende de la hipertimia leve o hipomanía hasta las que se pueden denominar manías sintomáticas o secundarias, según los estudios de Carlson y Goodwin. Sin embargo, existe un punto débil en ésta concepción, el de considerar el estado afectivo como secundario, lo que contrasta con los estudios psicopatológicos sobre la dinámica del delirio y el papel que los estados de ánimo desempeñan en su génesis; refiriéndose primario y secundario, al plano de lo evidente y manifiesto en la clínica, y a sus ausencias diagnósticas; no al análisis psicopatológico.

5.- FACTORES PREDICTORES, CAUSANTES Y DIAGNÓSTICOS.

5.1 Investigaciones previas.

Una de las investigaciones más trascendentes y repetidamente referida sobre la importancia y relevancia que tienen ciertos factores funcionales que son rasgos o características específicas no biológicas presentes en toda la población que desarrolla psicosis afectiva como sexo, edad, estado civil, nivel sociocultural y complicaciones obstétricas presentes en el nacimiento del sujeto; en el origen y desarrollo de ésta patología es la de Weissman y Klerman (1977, 1985) quienes demostraron que las mujeres padecen más frecuentemente depresión. Esta observación se ha tratado de contrastar con diferentes hipótesis explicativas como la de Michael A. Yung et al, que con una población de 2163 familiares de primer grado de personas diagnosticadas de depresión, tratan de comprobar si las diferencias de tasas en los dos sexos se deben a una tendencia de las mujeres a informar más frecuentemente de síntomas depresivos ante lo que concluyen que, la diferencia de la tasa es real y no puede ser atribuida a esta tendencia.

Glenn E. Hunt et al, encuentran correlación entre los niveles de concentración de dexametasona y la edad que es otro factor funcional predictor, derivando conclusiones sobre la influencia de este factor en la depresión y su tratamiento así como Wells y cols. (1989) quienes hicieron estudios con la Escala de la Entrevista Diagnóstica y usando los criterios diagnósticos para la depresión mayor del DSM-III, llegaron a la conclusión de que el porcentaje de prevalencia de estos

padecimientos a lo largo de la vida era de 16.8% en el grupo o rango de edad de 25 a 44 años.

También ya desde hace tiempo se tienen datos sobre la asociación entre la población de clase baja (factor funcional predictor) y las tasas más elevadas de psicosis afectiva. Normalmente se ha observado una diferencia de 3 a 1 en las tasas entre las clases bajas y las clases altas. A este respecto Giggs y Cooper (1987), utilizando datos del estudio de la OMS, encontraron la concentración más elevada de psicosis afectiva, en las áreas sociales más móviles de Nottingham, en Reino Unido; y Lewis, David, Andreasson y Allebeck (1992) encontraron un claro exceso en áreas centrales de la ciudad que no podía ser explicado por el desplazamiento de la gente, ya que sus padres residían también en el centro de la ciudad.

En otro estudio realizado por el Dr. Beiser (1991) en el Departamento de Orientación Psiquiátrica y Predicción del Instituto Clarke de la Universidad de Toronto se buscó determinar las variables desencadenantes del primer episodio psicótico con el fin de poder pronosticar el curso del padecimiento. Los resultados encontrados fueron que, las condiciones específicas de la psicosis varían en tiempo dependiendo de las diferencias psicosociales y biológicas de los individuos que presentan dicho trastorno.

Se han propuesto interacciones con el género, lo cual apreciamos en los estudios mencionados al inicio de este apartado; como una base para desenredar la heterogeneidad de las psicosis afectivas y, por consiguiente, identificar con más

precisión su etiología. Existe un sinnúmero de investigaciones a este respecto entre las que encontramos también, el estudio de lacono et al. (1992) que identificaron todo un primer episodio de psicosis en Vancouver, Canadá, a lo largo de un período de dos años y medio encontrando que la incidencia era de 2 a 3 veces superior en las mujeres, algo que era bastante independiente del sistema diagnóstico de psicosis afectiva utilizado. En un análisis de un estudio de la OMS sobre la incidencia de este trastorno en diez países, Hambrecht et al., (1992) utilizó los datos que no se referían a la incidencia que había sido "tratada". En dicho estudio, al igual que en muchos otros, encontró interacciones entre el género y la edad de aparición del trastorno siendo del doble en las mujeres en comparación con los hombres.

Por lo tanto, las irregularidades anatómicas y bioquímicas preocupan a los investigadores y clínicos, así como sus adherencias con el paradigma psicosocial que enfatiza las características de la personalidad, las relaciones familiares y con la comunidad; percatándose de la relevancia que tiene el nivel sociocultural en el que se encuentra inmerso el individuo ya que, el porcentaje y frecuencia de que sujetos desarrollen psicosis afectiva es mayor en los países no industrializados debido a las relaciones estresantes entre sus familias, sus comunidades y el cosmos en general. Se ha sugerido también que una mala alimentación contribuye a la cronicidad del padecimiento.

En repetidas investigaciones epidemiológicas sobre trastornos afectivos, también se describen éstas diferencias significativas de frecuencias entre los hombres y

mujeres, entre grupos de casados, solteros o separados y entre grupos de diversas edades; ejemplo de ellas es el estudio llevado a cabo por Ozamis y Duffy (1992) donde describen estas diferencias en una muestra de 640 pacientes diagnosticados de depresiones y atendidos en los Servicios de Psiquiatría de Bizkaia y Guipuzkoa. Estos investigadores utilizaron los datos de Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos y realizaron un análisis de regresión múltiple. Bizkaia y Guipuzkoa comprendían una población de 1, 873, 768 habitantes y más de la mitad de la población vivía en zona urbana, industrializada y en zonas con gran densidad demográfica.

Una investigación también muy relevante, es la desarrollada en Londres, en base a la recolección de datos de los diferentes servicios psiquiátricos públicos y concertados, por los técnicos responsables del mismo. Los diagnósticos fueron determinados por psiquiatras de acuerdo con la 9ª. Clasificación Internacional de Enfermedades publicada por la Organización Mundial de la Salud. Para este estudio se seleccionaron los casos diagnosticados de depresiones neuróticas y los diagnosticados de psicosis afectivas que los seis primeros meses de 1986 fueron atendidos por algún servicio psiquiátrico del sistema sanitario público. A las depresiones neuróticas es cada vez más usual denominarlas depresiones menores y depresiones mayores a las psicóticas. Para analizar la morbilidad proporcional tanto de las depresiones neuróticas como de las psicosis afectivas en las tablas que resultan de cruzar las variables diagnóstico, sexo, edad, estado civil y status socioeconómico, se utilizó un modelo de regresión logística múltiple programado en GLM de la Royal Statistical Society de Londres, encontrando que;

la proporción de depresiones es mayor entre las mujeres que entre los hombres. La proporción más alta se da entre casados y como Bebbington señaló, tanto en los estudios realizados con el registro de casos como los realizados en la población general; la tasa más elevada de depresiones menores se da en las edades relativamente tempranas y la tasa más alta de depresiones mayores aparece en edades más tardías.

El número de mujeres casadas con depresiones es tres veces mayor que el número de mujeres solteras con psicosis afectivas, por lo que se puede pensar como sugieren Bebbington y Gater, que hay factores intrínsecos a la condición de casadas que pueden influir en la aparición de las depresiones: razones psicosociales como restricciones, que el desempeño del rol de esposa ejerce en las mujeres o también, los factores de riesgo que suponen las condiciones perinatales y de crianza de los hijos en la vida afectiva de las mujeres. A este respecto Miller y Merritt (1979) reportaron que la combinación de complicaciones obstétricas (un factor funcional predictor más) y aspectos determinados del esquema de la conducta maternal es asociada con un exceso de prematuridad, por lo que el término completo de gestación es corto presentando además, pequeña circunferencia de cabeza. El estilo de vida maternal proporcionó un retardo en el desarrollo o el crecimiento del bebé incluyendo anomalías por bajo preembarazo, bajo peso y altura, falta o carencia de cuidado prenatal y fumar; lo que fue particularmente notorio en madres de psicóticos afectivos.

Este manifestado elevado riesgo de complicaciones obstétricas en psicóticos es resultado del físico y estilo de vida de las madres, además de que el riesgo de mortalidad perinatal es elevado en gente que desarrolla este padecimiento en su

edad adulta debido al elevado número de complicaciones obstétricas que se presentan en su nacimiento. Estos datos fueron también avalados por Sacker, et al (1995) en base a la examinación de los archivos del centro Británico de Mortalidad Perinatal que en marzo de 1958 representó el 98% de los nacimientos en Gran Bretaña categorizando los diagnósticos que estrechamente definían esquizofrenia (49 casos), 44 de psicosis afectiva y 93 de neurosis. El resto de los casos fueron tomados como grupo control (16,812). Las variables fueron agrupadas dentro de cinco categorías: el físico-estilo de vida de la madre donde se registraba el peso y la edad actual, problemas psicológicos de ésta, respuestas negativas y el fumar durante el embarazo incluyendo características demográficas y la historia obstétrica donde se midió el número de hijos anteriores al presente y el peso de cada uno. Dentro de los desórdenes en el presente embarazo se midieron: episodios de gripe, pirexia y sangrado. En el parto se registro si era o no espontáneo, el número de personas asistiendo, la ruptura de membranas, y duración. En la última variable que es la condición del bebé se evaluó su peso, tiempo total de gestación y uso de drogas.

Se buscó comprobar la relevancia e importancia de los factores o variables mencionadas anteriormente en el desarrollo de este tipo de desorden o patología para que de esta manera se tomen en cuenta en los registros que se llevan a cabo como requisito común y cotidiano de cada embarazo y nacimiento, para que se incluyan en éste; en los hospitales y sean tomados como posibles predictores de padecer psicosis afectiva.

La influencia de las variables tiene mayor efecto en el segundo trimestre del embarazo.

Usando la indagación de salud mental, se identificaron los casos de nacimiento cubiertos por este estudio británico que posteriormente tuvieron que ser tratados en un hospital psiquiátrico y a partir de la examinación del estado actual de las personas se derivaron categorías de diagnóstico: estrecha esquizofrenia, amplia esquizofrenia, psicosis afectiva y neurosis siendo cada una de estas categorías un grupo experimental y el resto de nacimientos en esta misma semana en este mismo hospital que no presentaron problema mental alguno fueron tomados como controles. Al tener los datos se hicieron comparaciones de cada grupo con el control y entre los experimentales, encontrando diferencias significativas entre el físico-estilo de vida maternal e historia obstétrica de los nacimientos de psicóticos afectivos, y los normales o sujetos control al comparar las variables somáticas, el embarazo, parto y condición del bebé así como, entre los psicóticos afectivos y los neuróticos. Dichas diferencias concuerdan con los resultados obtenidos en otros estudios referentes al elevado riesgo de complicaciones obstétricas que se presenta en los nacimientos de gente que más tarde desarrolla psicosis afectiva así como el efecto de la historia de nacimientos previos u otros aspectos del estilo de vida de la madre, físico y cuidado prenatal que son conocidos por incrementar el riesgo o peligro de complicaciones obstétricas.

Los nacimientos de psicosis afectiva mostraron una configuración diferente de características: las madres tenían más de 35 años de edad. Reportaron más episodios de gripe y pirexia durante el embarazo. Su parto fue marcado por un incremento en el número de intervenciones con cesárea y uso de fórceps. Las membranas permanecieron hemiadas con más frecuencia en este grupo. La duración de gestación fue seis días más corta en promedio, menor a 37 semanas,

los bebés pesaron 200 gramos menos que los controles y el 23% peso menos de 2500 gramos. A los bebés se les tuvo que administrar vitamina K.3 y las madres manifestaron un exceso de complicaciones obstétricas en el embarazo y el nacimiento .

Como se puede ver las características que conforman este tipo de población son más de carácter somático que de carácter social pero no hay que descartar la influencia de este por completo.

La psicosis breve aguda, que es otra variación o subtipo de la psicosis afectiva, también ocurre predominantemente en mujeres y con mayor frecuencia en países en vías de desarrollo, en comparación con países industrializados. Estas no lo hacen conforme al criterio diagnóstico del DSM-III-R y son temporalmente estables, característica que no presentan las psicosis breves no agudas y que fue comprobada por Suzzer y cols. (1995) en su investigación realizada con los datos de 221 primeras admisiones de pacientes diagnosticados con psicosis afectiva y no afectiva, a los cuales se les realizaron extensivas valoraciones posteriormente a su inicial evaluación. 6 y 24 meses después. Se hicieron categorías por consenso de la presencia de psicosis en base al DSM-III-R y el ICD-10, evaluando también el principio del desorden y su curso 18 meses después de la completa remisión. También se estudiaron pacientes con un primer principio de psicosis excluyendo aquellos que tenían el origen de la psicosis en algún daño orgánico o inducida por drogas, todos fueron comparados entre sí y con sujetos controles.

Con los resultados que obtuvieron en relación y en base a los criterios de psicosis breve, confirmaron que ésta se relaciona significativamente con psicosis afectiva, ya que son etimológicamente similares; además de que representa ligeras formas de este desorden y que al igual, la incidencia de psicosis breve fue dos veces mayor en mujeres que en hombres y 10 veces mayor en un país en vías de desarrollo, en comparación con un país industrializado.

Estos resultados son compatibles con muchos de los presentados en la literatura de psicosis breve por lo que, la claridad en la distribución geográfica y en el género de la psicosis breve aguda que remite en psicosis afectiva, brinda una nueva pista etiológica y exige una clasificación mejorada; teniendo aporte importante en la búsqueda de las causas de los desórdenes psicóticos, siendo también importante e indispensable, tomar en cuenta los factores familiares, genéticos, biológicos y longitudinales; los datos que estos nos proporcionan.

A este respecto, Furukawa y cols. (1995) llevaron a cabo un estudio utilizando tanto datos obtenidos por medio retrospectivo, como por cruz seccional y considerando además; características psicosociales y rasgos de personalidad tomando como criterios de evaluación y clasificación, el Criterio de Investigación Diagnóstica (RDC9), el Programa para Desórdenes Afectivos y Esquizofrenia (SADS-L), la Valoración Global de Funcionamiento (GAF), el Inventario de Depresión Hamilton (HDRS) de Adaptación Social, la Escala de Categorías para Depresión Carroll (CRS) y el Índice Brokington. Midieron y tomaron en cuenta la edad, sexo, nivel de estado depresivo, presencia de desorden esquizo-afectivo

depresivo, número de episodios, desorden maniaco, desorden hipomaniaco, tipo de trabajo, relaciones familiares, parentales maritales, económicas, duración del seguimiento y, porcentaje de tratamiento y hospitalización. En sus resultados encontraron que el factor más saliente del tipo psicótico fue la historia de vida mostrando tendencia suicida, síntomas psicomotores e incapacitación; más frecuentemente que en los otros grupos patológicos. El principio de este desorden es tardío, retrasado y su duración relativamente larga, y al igual que en las investigaciones ya mencionadas, encontraron que los sujetos que lo padecen son principalmente mujeres. Entre las variables psicosociales encontraron que predomina el bajo neuroticismo por lo que, al tomar en cuenta el medio de los pacientes, se destaca la importancia y la relevancia del componente caracterológico, proporcionando validez externa a la clasificaciones y subclasificaciones.

Por último, en el Colegio Royal para Psiquiatras de Gran Bretaña en 1992, se realizó un estudio en base a la admisión de mujeres que en un lapso no mayor a dos semanas con anterioridad acababan de dar a luz, motivo por el cual se desencadenó cierta patología. De esta población se obtuvieron tres clasificaciones en base a su sintomatología: esquizofrenia, psicosis afectiva o con desorden no psicótico. Al comparar los grupos se observó que el grupo de psicosis afectiva fue más propenso a desarrollar la enfermedad de manera aguda. Al verificar en los demás miembros de la familia si había antecedentes del padecimiento, se obtuvo un resultado negativo, sin embargo, en el transcurso del seguimiento de las pacientes se pudo apreciar desalentadoramente que la mayoría de los niños

tenían gran prevalencia e incidencia de los desórdenes psiquiátricos aunque estos hubieran estado bajo la constante supervisión del personal de salud. En general, también se observa que este padecimiento es muy popular obstétricamente y aún en mujeres con previas enfermedades mentales, las cuales se mantienen en un rango similar de edad y con problemas especiales en el embarazo, el nacimiento, y después de este; siendo doblemente probable que sus hijos también presenten este desorden ya que, en su desarrollo se encontró evidencia de estos efectos adversos emocional y cognitivamente.

El promedio de edad de las mujeres fue de 28.5 años, siendo madres por primera vez y el 72% de ellas eran casadas (último factor funcional predictor) o vivían en estabilidad con su pareja. Generalmente los niños sufrían de depresiones y el no contacto con su madre agudizaba más la enfermedad llegando a ser completamente perturbados con un alto nivel de estrés.

5.2 El sexo (género) como factor predictor de psicosis afectiva.

La manera como se nos educa desde niñas tiene mucho que ver con que, en la edad adulta, seamos propensas a la depresión. En nuestra educación en general, se nos enseña a ser pasivas, sumisas y dependientes, a olvidarnos de nosotras mismas y a vivir para los demás. Tenemos poca libertad y se nos exige mayor responsabilidad hacia nuestros padres, sobre todo si son mayores o están enfermos; y no se nos permite expresar abiertamente nuestro enojo.

Aunado a esto, es común que a los hombres se les considere más valerosos, fuertes e inteligentes, el nacimiento de un niño es más celebrado que el de una niña. Además, de muchas maneras se nos hace creer que ellos son más importantes, por ejemplo, nos exigen atender al papá y a los hermanos, no tomándose en cuenta nuestras opiniones, se le da poca importancia a nuestra educación escolar y se permite que nuestros hermanos, por ser varones, tengan autoridad sobre nosotras. Tenemos que colaborar más con las tareas de la casa y en el cuidado de los hermanos menores; comenzando así, desde chicas, a tener responsabilidades de adultas lo que limita nuestra libertad dejando de vivir la infancia como tal, sin el cuidado y amor materno que es necesario para nuestro desarrollo.

Por lo general, las mamás preparan a sus hijas para un vida igual a la suya y descargan su frustraciones más a menudo sobre ellas. Temen que sean libres y que ya no las puedan controlar, por lo que no quieren que se vayan para que las sigan ayudando y las cuiden en el futuro. Las mamás se ven obligadas a ser más

exigentes, duras e intolerantes, ya que los papás, por lo general, no se responsabilizan tanto como ellas, de la educación de los hijos.

Se nos enseña que nuestro único valor está en el dolor, el sufrimiento, el heroísmo y en ser víctima, lo que nos lleva a comportarnos de esta manera, sin darnos cuenta que podemos buscar nuevas formas de vida. Sentimos que si dejamos de sufrir ya no vamos a ser valoradas, por eso a veces no evitamos el sufrimiento, casi casi lo buscamos.

Una de las etapas en la que más comúnmente aparece la depresión es en la adolescencia, que es el difícil paso de la infancia a la adultez. Es una etapa en la que necesitamos saber quiénes somos, en la que se dan cambios corporales y se inician las relaciones de noviazgo. Cuando se tienen relaciones sexuales a esta edad, suelen darse con culpa y sin responsabilidad, debido a los prejuicios y a la falta de información.

A partir de la adolescencia se fortalece la creencia de que sólo valemos si un hombre nos quiere, si nos encuentra bonita y nos hace caso, y esto nos lleva a cometer muchas equivocaciones. Muchas mujeres piensan que un hombre les hizo el favor al elegirlos por lo que le corresponden con sumisión y obediencia siendo comprensible que las decepciones amorosas nos afecten, no sólo porque perdemos a la persona que amamos, sino porque además dudamos de nuestro valor y porque nos sentimos amenazadas al pensar que nos podemos quedar, como dicen, para "vestir santos".

Si nos encontramos una pareja a la edad idónea, según los lineamientos sociales, a la que deberíamos casarnos, se nos comienza a presionar de muchas maneras, nos hacen sentir feas, defectuosas e inadecuadas; dejando de lado, que las mujeres que no se casan también tienen diversas cualidades y son igualmente valiosas aunque no se dediquen a una familia teniendo la posibilidad de estudiar, trabajar y hacer otras cosas.

Respecto a nuestra sexualidad, ésta sigue siendo una experiencia problemática y conflictiva debido a la falta de información y a la dificultad de hablar libremente de ella, pese a que el tema del sexo se encuentra en todas partes. Vivimos en una sociedad en la que a los hombres se les da más libertad de decidir cómo, cuándo y con quién mantener relaciones sexuales; mientras que las mujeres tienen que limitar sus relaciones a las demandas y necesidades de un solo hombre.

A nosotras se nos enseña que la sexualidad es sólo para tener hijos, sin considerar que es una experiencia que abarca muchos otros aspectos como son disfrutar nuestros cuerpos y nuestras relaciones sexuales, poder expresar abiertamente lo que sentimos y deseamos y decidir continuar con la relación. Muchas mujeres no disfrutaban las relaciones sexuales, las sienten como una obligación y a veces son sometidas a tenerlas por la fuerza. Esto les genera sentimientos de frustración y enojo al sentirse un instrumento de satisfacción para el hombre.

Las mujeres que tienen una buena relación con su pareja, en la que hay comprensión, apoyo y afecto, están menos propensas a presentar algún tipo de psicosis afectiva. Por el contrario, quienes tienen dificultades con su pareja tienden

a deprimirse, siendo un hecho que todas las parejas enfrentan dificultades en diversos momentos, lo que es normal. Muchas salen adelante, pero otras, al no buscar o no encontrar soluciones se van distanciando o tienen pleitos constantes, lo que es un riesgo para una probable depresión.

Con frecuencia, los conflictos y las dificultades se deben a la manera de como hemos sido educadas, respecto a la relación entre hombres y mujeres. Somos educadas para satisfacer a nuestra pareja, para ser mamá, para no reconocer nuestras necesidades ni pedir que éstas también sean satisfechas. No se nos educa para ser compañeras de los hombres con iguales derechos que ellos, sino para obedecerlos y someternos; pero tampoco a ellos se les enseña a ser nuestros compañeros, a respetarnos y a considerarnos como iguales. A ellos se les enseña a usar su fuerza física, el dinero y el poder que les da la sociedad para manejar las situaciones a su favor.

Para ser buenas mamás, necesitamos que de niñas nos hayan querido, que nuestra pareja se responsabilice a la par que nosotras y tener recursos suficientes para las necesidades de la familia. Sin todas estas cosas, nos es mucho más difícil ser mamá. No es de extrañar que muchas mujeres terminen deprimiéndose con tanta responsabilidad y tan poco apoyo. Además, las exigencias sociales hacen aún más difícil ser madre. A las mujeres se nos dice que sólo teniendo hijos nos podemos realizar por lo que no nos preguntamos si de verdad queremos tenerlos, cuántos y cuándo, y se nos limita para elegir otras cosas que también nos podrían proporcionar satisfacción.

Se nos ha enseñado un ideal de madre que consiste en ser abnegadas y perfectas, y esto es imposible de cumplir por lo que muchas de nosotras nos deprimimos si nuestros hijos tienen problemas, si estamos cansadas o si nos sentimos frustradas como madres. Además, la sociedad no les exige a los hombres que cumplan con su paternidad. Muchos se desentienden de sus hijos, por eso muchas madres tenemos que ser el sostén emocional y económico de la familia y es que, la sociedad sólo nos ve en el papel de madre, por eso; todas nuestras demás necesidades parecieran no existir y a nosotras se nos olvida que necesitamos de cariño, descanso, diversión, reconocimiento, ser admiradas, sentirnos guapas y atractivas. Aprender cosas nuevas y contribuir al desarrollo de la sociedad. Si además consideramos que se espera que la mujer sea feliz sólo por ser madre y esposa, si no se siente así, piensa que está fallando y no ve que se le exige algo imposible de cumplir.

Por lo tanto, la depresión es mucho más común entre las mujeres que entre los hombres. Sin importar raza o etnicidad, las mujeres tenemos casi el doble de probabilidad de sufrir depresión que los hombres, del 18 al 23% y del 8 al 11% de las mujeres han experimentado en algún momento un episodio depresivo mayor.

Ante este hecho, alguna vez se pensó que las diferencias genéticas u hormonales entre los sexos, influían en la depresión y consecuentemente en la tasa de frecuencia pero, aunque los factores biógenos pueden explicar las diferencias del sexo, se ha realizado relativamente poca investigación sobre éstos y los hallazgos de que se dispone son inconsistentes con respecto a los cambios hormonales y la depresión. Esto ha llevado a los investigadores a proponer factores sociales o

psicológicos siendo uno de los más importantes, el papel sexual tradicional de la mujer (que hemos venido desarrollando en este apartado) ya que, las mujeres han sido alentadas a presentarse como atractivas, sensibles a otras personas y pasivas en las relaciones (Strickland, 1992). Estos papeles, así como la subordinación a los hombres y una carencia de oportunidades ocupacionales, pueden producir más depresión en las mujeres (Bernard, 1976) y por esta misma razón, las mujeres pueden tener una probabilidad mayor que los hombres de experimentar falta de control en las situaciones de la vida. Entonces; pueden atribuir su "desamparo" a una carencia imaginaria de valía personal.

Lo anterior cobra aún más credibilidad al notar que las mujeres que no están empleadas fuera del hogar, y que se encuentran criando niños; son las más vulnerables a la depresión (Gottlib, 1992) corroborando así, que las conductas del papel sexual femenino tradicionales (amabilidad, emocionalidad y autosubordinación) no logran tanto éxito para producir el reforzamiento necesario que los demás, nos pueden proporcionar como las respuestas asertivas y más fuertes asociadas de manera típica con los hombres.

En una revisión de las diferentes explicaciones que han suscitado, las diferencias de género en la depresión, Nolen-Hoeksema (1987) concluyó que ninguna explica de modo fehaciente las diferencias observadas en los índices de depresión. Ella planteó la hipótesis de que la forma en que responda la persona a los estados de ánimo deprimidos contribuye a la gravedad, cronicidad y recurrencia de los episodios depresivos. En su opinión, las mujeres tienden a rumiar y amplificar sus estados de ánimo depresivos y los hombres amortiguan o encuentran medios de

minimizar la disforia. Nolen-Hoeksema (1991) encontró que cuando individuos rastrearon sus estados de ánimo deprimidos y sus respuestas a éstos durante un mes, las mujeres tuvieron mayor probabilidad que los hombres de rumiar en respuesta a los estados de ánimo deprimidos. Aquellos que tendieron a rumiar tuvieron periodos más prolongados de éstos.

Egeland y Hostetter (1983) también especularon que las respuestas a los estados de ánimo depresivos pueden afectar los índices observados de depresión. En su estudio de los Amish, una comunidad religiosa de Pensylvania, encontraron que los hombres y las mujeres tenían los mismos índices de depresión, esto debido a que los hombres Amish no muestran alcoholismo o conductas antisociales, por lo que su depresión no puede ser enmascarada. Además, las mujeres Amish, como los hombres, deben trabajar, de modo que es desalentada la práctica de un papel enfermo (deprimido).

Otros estudios epidemiológicos realizados en la mayoría de los países occidentales muestran que por cada hombre deprimido existe el doble de mujeres con la misma afección. A estas cifras debemos sumar la sospecha que impera, tanto en los medios científicos como en el sentir general, de que las mujeres que padecen estados de depresión leve o pasajera, <bajones>, y que no consultan a los especialistas, son todavía más numerosas.

En los últimos treinta años se ha producido un cambio espectacular tanto en el diagnóstico precoz como en el tratamiento de las depresiones, la comprensión de los íntimos mecanismos subjetivos que ponen en marcha los pensamientos depresivos, así como el descubrimiento del papel desempeñado por los

neurotransmisores cerebrales, condujo al tratamiento exitoso de la depresión mediante drogas antidepressivas; y han constituido un colosal avance en la posibilidad de ayuda a estos enfermos. La sustitución del electrochoque por un frasco de píldoras ha constituido un alivio para todos.

Referente al porqué del "dos por uno" de las estadísticas, en las últimas décadas se han dado circunstancias favorables para su debido esclarecimiento. Por diversas razones –mayor y mejor conocimiento de la enfermedad, mayor información de la población en general, el estrés de la vida, etc -, la depresión parece haberse convertido en la enfermedad de nuestro tiempo, lo que ha impulsado enormemente la investigación de la misma.

La depresión premenstrual, la depresión posparto, el síndrome del nido vacío, la depresión de la mujer de mediana edad; todas ellas son formas clínicas que llevan por nombre circunstancias de particular importancia femenina y que aparecen exclusivamente en las mujeres. En sí, lo que deprime a las mujeres son las consecuencias derivadas de la forma en que deben vivir su feminidad ya que, las mujeres en tanto colectivo, poseemos características que tienen mucho más que ver con la forma en que hemos sido educadas a lo largo de la historia que con la naturaleza misma de nuestro cuerpo.

En todos los países en que se han realizado estudios estadísticos, las cifras revelan uniformemente que las mujeres padecen el doble de depresión que los hombres. Mientras que aproximadamente una de cada cinco mujeres sufre de una depresión mayor en su vida, en el caso de los hombres la proporción se reduce a

uno de cada diez. Esta clara preponderancia del sexo femenino no resulta del hecho de que a las mujeres les dé menos vergüenza quejarse o estén más dispuestas a pedir ayuda profesional.

Hay consenso en que los datos reflejan la vulnerabilidad a la que están expuestas, lo cual ha sido comprobado por medio de estudios epidemiológicos. Estos datos corresponden a los cuadros severos de depresión, y ésta proporción es aún mayor para los cuadros más leves como también lo es, la presencia de síntomas depresivos en mujeres que no consultan a los especialistas.

Los profesionales de la salud mental dedicados al tratamiento de mujeres están observando con enorme frecuencia, la consulta de adolescentes mujeres con problemas de fracaso escolar, trastornos alimenticios (comer compulsivo o su contrario, la anorexia mental), dificultades en las relaciones familiares, trastornos de conducta y drogadicción; síntomas que por lo general son manifestaciones de una depresión encubierta. Este es un fenómeno de observación mundial.

Psiquiatras y especialistas de la salud mental no se han quedado indiferentes ante lo apabullante del " dos por uno" de las estadísticas, y desde hace poco más de una década vienen interrogando y tratando de explicar las causas de la frecuencia de la depresión en la mujer con respecto al hombre. El paralelismo con la biología es lo primero que se esgrime como argumento: así como nuestro cuerpo funciona por medio de ciclos menstruales, se considera que nuestra mente podría hallarse gobernada por los mismos factores, y los trastornos ciclotímicos —nombre que se utiliza para algunas formas de depresión- aproximan al parecer, las ideas. Supuestamente, la mayor frecuencia de los trastornos cíclicos del humor en las

mujeres se explicaría también, por razones de su naturaleza biológica. Sin embargo, las depresiones llamadas bipolares en las cuales el factor biológico juega el rol central, no presentan diferencias estadísticas entre hombres y mujeres; en cambio, es en las llamadas neurosis depresivas en las que la causa biológica no ocupa un lugar destacado siendo fundamental en éstas, los mecanismos psicológicos; donde encontramos que las cifras se duplican para las mujeres.

Acorde con esta línea de razonamiento que supone que el ciclo biológico de la mujer es responsable de la depresión, se considera la menopausia y el climaterio que son un conjunto de modificaciones hormonales; como causas de la depresión que aparece en ese período. La depresión de la menopausia era, hasta hace algunos años, un diagnóstico muy al uso, pero tanto los estudios estadísticos como los diagnósticos adecuados han permitido desterrar esta categoría de las clasificaciones por dos razones:

- a) No existe mayor número de mujeres depresivas en la menopausia; al contrario, los datos muestran una cierta disminución durante estos años.
- b) Cuando la depresión se desencadena en la menopausia, los motivos precipitantes y la menor o mayor ansiedad de sus síntomas no se apartan de los patrones que caracterizan las otras formas de depresión.

La depresión en el período de la menopausia no tiene tal peculiaridad clínica que permita distinguirla de la depresión de las otras etapas de la vida. De modo que,

con el avance del conocimiento, estas ideas que han prevalecido en los ambientes científicos y en muchos sectores de nuestras sociedades, van perdiendo vigencia.

Las depresiones no bipolares, para las cuales no se ha podido demostrar una causa biológica es decir, las que están vinculadas a los problemas psicológicos de la existencia; son las que afectan al doble de mujeres que hombres por tanto, la mayor incidencia de depresión en las mujeres no debe buscarse en la biología, en su fisiología, o en su cuerpo; sino en las condiciones de vida y en las características de la subjetividad porque, ni la menopausia predispone a la depresión ni las depresiones que ocurren durante este período constituyen una entidad distinta, ya sea en términos de síntomas o de gravedad. Estos hallazgos han permitido eliminar la categoría de melancolía involutiva que se consideraba una forma muy femenina de terminar la vida.

Desde antes de nacer, nuestros cuerpos reciben el impacto de la estimulación social, religiosa e ideológica a través de las expectativas y deseos de los padres; sobre los patrones que modelarán nuestra psicología en dos direcciones distintas: la masculinidad y la feminidad. Nos hacemos diferentes y desiguales de acuerdo a las diferencias y desigualdades imperantes en los grupos sociales a los cuales pertenece la familia en que nacemos, nos hacemos diferentes y desiguales en la forma de pensar y por tanto, diferentes y desiguales también en la forma de sentir y sufrir.

Otra de las diferencias entre hombres y mujeres remarcada por los estudios y hallazgos recientes, es la especial importancia que tienen para las mujeres la

intimidad y la conexión emocional con los demás. Si bien en todo ser humano la pérdida afectiva provoca efectos devastadores, éstos no adquieren proporciones tan severas entre los hombres, aparentemente porque en ellos la privación emocional y la abstinencia sexual son experiencias menos frecuentes; ejemplo es que siempre existe al lado de un hombre viejo, enfermo o con serias dificultades, alguna mujer pero, la situación recíproca no es de observación frecuente.

Frente a las arraigadas concepciones sobre el carácter biológico, corporal, de las diferencias que se observan entre los sexos, la tendencia actual de las investigaciones subraya el papel capital que cumplen las concepciones imperantes sobre qué significa ser mujer y ser hombre en la creación de esas diferencias. Las chicas y los chicos no nacen tan diferentes, pero llegado un momento de la vida piensan y sienten de forma diferente; más adelante, se quejan de forma diferente: unas se deprimen y otros se alcoholizan.

Los terapeutas y profesionales de la salud oyen un lamento repetido e incesante: las mujeres se quejan de falta de comunicación, de distancia afectiva, de sufrimiento por haber perdido esa atmósfera de noviazgo, intimidad y cercanía que alguna vez gozaron en sus vidas, pero que ya no tienen. La queja femenina puede ser imprecisa pero siempre alude a la *pérdida de algo*. Esta característica está más acentuada en las mujeres depresivas, pero es un hecho común a todas, lo que ha sido interpretado como la expresión de su dependencia afectiva.

Freud consideró que el equivalente de la ansiedad de castración (temores o amenazas a la pérdida del miembro viril) del hombre era en la mujer, el temor a la pérdida de amor, siendo en torno a este punto central que las mujeres y la

depresión parecen llevarse tan bien y conocerse desde siempre. El temor ante la amenaza de la pérdida amorosa y la impotencia y desolación frente a la pérdida acaecida, son sentimientos habituales en la subjetividad de cualquier mujer.

Si las mujeres son las sostenedoras de la relación afectiva y familiar, y su vida se halla dedicada a esta empresa de forma exclusiva o casi exclusiva, cuando sufren alguna dificultad en la relación que se malogra o que se pierde, está situación afecta a su confirmación, a su valoración como ser humano "especialista" en el amor.

En estas condiciones la mujer sufre un desequilibrio que compromete su identidad, lo central del concepto de sí misma. No es sólo la ruptura de una amistad o de un vínculo amoroso; es también la prueba de que ella no sirve para lo que debiera servir, no es un buen ejemplar de su especie. Las "buenas" mujeres serían aquellas que se hallan rodeadas de amor. Si está sola, <por algo será> y ese algo nunca puede ser una condición de realce, de aumento de su autoestima. Esta creencia está tan generalizada y compartida que muchas mujeres, al estar solas, se sienten como si fueran malas, o al menos, no muy buenas. En su mente albergan la sorda sensación, que en realidad es una sólida creencia; de que han perdido dos veces en la vida: perdieron sus relaciones y perdieron su autoestima.

Motivo también frecuente de consulta psicológica y psiquiátrica, estrechamente vinculado al tema de las psicosis afectivas; es el que tiene que ver con la facilidad que se observa en las mujeres para perdurar en vínculos amorosos en los cuales predomina el sometimiento, el sufrimiento y la falta de reciprocidad, lo que se

denomina actualmente vínculos adictivos. La zozobra, la espera de la llamada telefónica, la incondicionalidad en la respuesta amorosa de la mujer a pesar de las postergaciones y/o humillaciones que tenga que soportar, son la regla. Todo es preferible antes que la soledad o el abandono. Nuevamente, en estos casos, el fantasma que se cierne es el monstruo oculto de la pérdida afectiva. Estas mujeres que soportan cualquier cosa, hasta el castigo físico, siempre dejan perplejos a los testigos ajenos al drama que no pueden explicarse cuáles son las razones que las mantienen en esa relación.

Muchas de ellas engrosan la lista de lo que se ha dado en llamar masoquismo femenino, que no es otra cosa que el profundo trastorno del equilibrio psíquico de una mujer que siente el fracaso total de su persona, de manera que el sufrimiento por mayor que sea, sostiene al menos su valoración de buena mujer. La creencia, que funciona con vigoroso poder, es que de esta manera no pierden doblemente: al menos les queda su propia autoestima, asentada en la conservación de la relación.

Además, cuando una persona tiene una pobre opinión de sí misma, falta de confianza en sus recursos de acción y de opinión, lo que comúnmente se entiende como inseguridad o debilidad y que en términos técnicos se denomina *déficit de autoestima*; están creadas las bases para la depresión. Actualmente todas las teorías psicológicas hacen hincapié en este factor como central entre las causas de esta dolencia. Los datos muestran unánimemente, que las mujeres desarrollamos desde temprana edad todo tipo de trastornos de la autoestima en mayor proporción que los hombres. La autoestima, el íntimo sentimiento de

bienestar consigo mismo, depende de sentir que se satisfacen los patrones o valores que cada persona ha construido a lo largo de su vida. Los estudios feministas insisten reiteradamente en este aspecto.

Cuando llegan a la escuela primaria, las chicas y los chicos ya tienen orientaciones de su personalidad que los hacen diferentes, pero es a partir de la salida del círculo íntimo familiar cuando los roles femeninos y masculinos se marcan más agudamente; respondiendo generalmente a los deseos y expectativas conscientes o inconscientes de los padres, en base a los cuales van imaginando un destino futuro y orientando su comportamiento hacia esas metas.

Para las niñas, la relación de pareja continúa siendo la carrera o profesión femenina más deseada y valorizada. En los chicos, su sentimiento de autoestima se fraguará sobre sus logros en el trabajo y en las actividades que desempeñen. Si en su vida amorosa ellos sufren desengaños y pérdidas, éstas podrán ser muy dolorosas pero no ponen en riesgo ni atacan su autoestima como persona, tan centralmente; pues tienen otras fuentes donde alimentarla en cambio, como la autoestima de las mujeres se construye y se alimenta de sentirse capaces y orgullosas de la creación y mantenimiento de relaciones afectivas, la pérdida de las mismas las deja mucho más desposeídas y vulnerables a la depresión.

Los motivos invocados por las mismas mujeres para explicar su malestar no parecen tener que ver, por lo general, con circunstancias extraordinarias, fortuitas, contingentes en sus vidas; tampoco fundamentalmente con hechos traumáticos (sin excluir los casos en que estos factores están presentes), tienen que ver más bien; con razones más cotidianas, más comunes, más propias de su existencia corriente.

Los rasgos que describen el modelo de feminidad más generalizado y estandarizado en nuestra sociedad son los siguientes: sensibilidad, complacencia, dulzura (ausencia de agresividad y competencia), pasividad, obediencia, necesidad de contacto afectivo, dependencia, fragilidad; mientras que la masculinidad se caracterizaría por: actividad, firmeza, capacidad para afrontar el riesgo, autonomía, decisión, autoconfianza, fuerza. Al analizar la correlación entre los rasgos que definen la personalidad depresiva (dependencia, pasividad, falta de firmeza o asertividad, gran necesidad de apoyo afectivo, baja autoestima e indefensión, incompetencia) y los que caracterizan la feminidad vemos que, la superposición es muy significativa. Además y aportando mayor precisión, los hallazgos son más contundentes sobre un tipo especial de mujer, la mujer tradicional, que actualmente en la bibliografía académica se denomina estereotipo de la feminidad y son mujeres, que en mayor medida presentan en su carácter rasgos de impotencia, incompetencia y depresión.

Cuando, más estereotipada sea su feminidad en estos términos, mayor predisposición a la depresión encierra, mientras que rasgos de masculinidad y la propia masculinidad previenen contra la misma. Esta relación alcanza mayores proporciones en mujeres de población rural y campesina.

El perfil de mayor riesgo para desarrollar psicosis afectivas, lo presentan las mujeres que reúnen los siguientes atributos:

- a) Estereotipo de la feminidad con ausencia de todo atributo positivo de masculinidad (ambiciones, confianza en sí mismo).

- b) Presencia de los atributos más negativos de la feminidad (dependencia y sumisión).**

- c) Ausencia de los atributos positivos de la feminidad (simpatía y disponibilidad para complacer).**

El conjunto de malestares que muchas mujeres sufren en torno al ciclo menstrual, son un conjunto de variaciones y cambios fisiológicos, psicológicos y de conducta, en particular en las fases previas al período como mal humor, tensión, ansiedad, irritabilidad, hostilidad; que se repiten con regularidad en estas ocasiones y a los cuales también se les ha calificado de "humor negativo". En muchos casos, la depresión no se manifiesta por el tono triste, sino por otros síntomas de la disforia; precisamente como mal humor, irritabilidad, labilidad afectiva, hostilidad..., es decir, los mismos rasgos que se agrupan bajo el rótulo de síndrome premenstrual lo que habla de sensibilidad premenstrual y de sentimientos de indefensión pero lo que los psicoanalistas han aportado en este sentido y en base a la experiencia clínica a lo largo del tratamiento de muchas mujeres; es la desaparición de estas molestias una vez resueltos sus conflictos principales ya que, cuando a través de una psicoterapia o de un proceso de reflexión sobre su condición femenina, la mujer resuelve o llega a una conciliación con sus propias contradicciones, sin que se haya modificado un ápice su fisiología o sus variaciones hormonales; desaparece la queja de tensión y la depresión premenstrual. Por lo tanto, el conflicto con la feminidad, con el ser mujer; para muchas mujeres se inaugura y queda sellado de forma indeleble por medio de la experiencia de la menstruación.

De manera absolutamente inconsciente, cada ciclo enfrenta a la mujer con la condición de su identidad que la tiene insatisfecha pero, en su gran mayoría no es precisamente su sexualidad o su capacidad reproductiva lo que la mujer rechaza o lo que la deprime; no se trata de un hecho del cuerpo que afecta su sensibilidad o su psicología aunque pueda vivirlo de determinada manera, lo que las mujeres rechazan es el rol social que les toca jugar y este hondo conflicto social es el que afecta su sexualidad, su fisiología y su funcionamiento corporal.

El síndrome premenstrual es otra prueba más del profundo proceso de desnaturalización al que se halla sometida la mujer, quien no logra adaptarse del todo a los modelos de feminidad vigentes por lo que protesta y se revela a través de medios indirectos, inconscientes y corporales.

La experiencia muestra que las mujeres que se sienten bien son las que logran conservar en algún grado, relaciones íntimas y las que logran recuperar el diálogo, la presencia humana y una escucha que las alivie del temor a la muerte a la soledad.

La educación tradicional de las mujeres estimula rasgos de no participación, de restricción de actividades, de permanente vigilancia reducida al núcleo familiar hasta el matrimonio, de dependencia, de ausencia de relaciones sexuales; como atributos deseables y valorados de la feminidad. Esta formación conduce a la pasividad, en tanto no prepara a las mujeres adecuadamente para la vida en las sociedades modernas, y las condena a una impotencia obligada. La falta de exigencias, de actividades que impliquen una puesta a prueba de las capacidades

y las fuerzas propias, una excesiva facilitación de la vida; también pueden conducir a la impotencia de adaptación ante los cambios sociales.

Por oposición a la mujer tradicional, llamaremos mujer moderna a la que ha incorporado a su identidad dos rasgos básicos: independencia económica y ambición personal. Este tipo de mujer tampoco está exenta de sufrir algún tipo de psicosis afectiva ya que, no es suficiente que trabaje fuera del hogar o que gane dinero por su cuenta para evitar su padecimiento; muchas mujeres lo hacen, o lo han hecho pero se pasan la vida deseando que llegue el día en que consigan quien las mantenga y concluya esa tortura, deseando un compañero.

Día a día crece el número de mujeres que concurren a las universidades, que desarrollan actividades comerciales, profesionales y políticas por vocación personal, por genuinos deseos de emancipación y por la profunda convicción de que, para sentirse seres humanos plenos, la participación por mínima que ésta sea en la maquinaria productiva y en la vida comunitaria es indispensable. Con todo y estas nuevas cualidades o ventajas, las mujeres modernas son las que en mayor proporción acuden a ver a psicoanalistas y psicólogos en búsqueda de alguna ayuda para sus dificultades en las relaciones de pareja. Su preocupación, su martirizante obsesión gira en torno a encontrar una pareja con quien hacer una familia. Y, lo que resulta aún más impactante e incomprensible es que para este tipo de mujeres, la multiplicidad de logros, la envergadura de los mismos, el reconocimiento social y/o profesional del que gozan; parecen no tener ninguna repercusión en su valoración personal. No llegan a modificar un ápice el íntimo sentimiento de malestar, soledad, e indefensión. En muchos casos desarrollan

actividades arrolladoras llegando a las máximas posiciones en sus áreas. Obviamente con su trabajo personal solventan de lejos sus presupuestos y en caso de ser divorciadas, el de sus hijos. A esto añaden las cualidades que rodean el desempeño de sus tareas, seriedad, responsabilidad y profesionalidad, así como la generosidad y empatía para el trato personal. No obstante, ninguno de estos atributos contribuye positivamente a una buena regulación de la autoestima, de la confianza en sí mismas, ya que han aprendido y sellado a fuego esta honda convicción: se vive para otros; adquirida desde los primeros años de vida en todo núcleo familiar.

Son mujeres preparadas para hacerse cargo de la supervivencia en forma ejemplar, responsables, serias en sus trabajos, cuidadosas con sus economías, disciplinadas en sus gastos; mujeres que sobresalen en las tareas que desempeñan, producen dinero si se dedican a actividades comerciales, son hábiles gestoras; si trabajan en moda o publicidad son creativas en su ideas y diseños, buenas profesionales de la salud. Éste cúmulo de cualidades positivas no las potencia en su autoestima, consecuentemente tampoco las habilita para sentirse seres humanos con pleno derecho para defenderse de situaciones de explotación, de chantaje emocional; por lo que generalmente mantienen y se encuentran inmersas en escandalosas relaciones de dependencia afectiva.

Llegamos a la autodepreciación que es un punto clave de toda depresión, y en el caso de la mujer, la depreciación es siempre vivida bajo el espectro de la soledad.

Todos estos logros no conducen como lógica consecuencia, a desarrollar una estable y vigorosa autoestima, a una consolidación de su vida afectiva; hacen peor efecto, debilitan y entristecen por el vacío sentimental.

El rechazo de la mujer seducción, el fortalecimiento del carácter, la lucidez de su inteligencia, la dejan paradójicamente desvalida. A esto se suma un factor de su historia personal, por el cual un distorsionado sentimiento de vergüenza y de culpa le impide volcar su exquisita persona en ese ancho mundo en el que ella se mueve como pez en el agua.

También existe otro amplio sector de mujeres que se sienten culpables y se deprimen, pero estas por sus fantasías inconscientes; más sin embargo, se caracterizan por todo lo contrario; en su vida le han levantado la voz a nadie, cuando alguien las ofende les duele pero no reaccionan y jamás dan muestras de agresividad abierta o manifiesta. En el escenario íntimo y secreto de su inconsciente es donde todo se desarrolla, ahí sí que atacan, dañan y perjudican a otros por puro placer.

En la depresión, el sentimiento de vergüenza es el corazón y el núcleo central de sentirse poca cosa. Este sentimiento tiene la particularidad de avergonzar a quien lo siente, una se avergüenza por no saber algo y al percibir el rubor, éste crece porque a una se le nota la vergüenza; por ello siempre es doble. Suele ser una experiencia tan dolorosa que una trata de no enterarse que la siente por lo que a veces, lo que registra un observador exterior es sólo una sensación de sobresalto o de respingo, un mínimo gesto, como una sacudida. Por añadidura, la vergüenza

surge como algo irracional que nos domina, nos confunde y nos debilita; y quien se avergüenza se siente fuera de control, pero invadido y paralizado por una hostilidad hacia dentro que le hace desear desaparecer. Una se siente pequeña, indefensa e inferior.

Otro aspecto que contribuye al desarrollo de psicosis afectiva es la belleza que para la mujer es algo tan central como lo es para el hombre el tema de la potencia genital, ya que no hay hecho que avergüence más a un hombre que su impotencia ante una mujer; lo mismo vale para las mujeres en cuanto al aspecto de su cuerpo.

La imagen de la fealdad tiene tanto poder avergonzante y generador de depresión que elimina y aniquila la excitación sexual. Además, esta danza macabra se automantiene, ya que una vez que una mujer se siente mal con su imagen en el espejo, éste implacablemente le devuelve una mala cara, la mala cara de la ansiedad, de la depresión, que marca una mueca de fealdad muy superior a la de cualquier arruga facial. La conservación de la belleza se convierte en un persecuidor encarnizado cuando la mujer no tiene su autoestima basada y forjada en la amalgama de un conjunto de aspectos de su persona, sino exclusivamente en su cuerpo y belleza.

Este reduccionismo de los valores femeninos nos es un defecto individual, o una debilidad de una formación moral, sino la expresión de la suprema obediencia de la mujer a los patrones de feminidad que impone la cultura. Una multitud entera quedará arrobada ante el paso de una mujer hermosa. Afortunadamente, el siglo XX ofrece otras oportunidades para la instrucción de las mujeres, pero la belleza

conserva su lugar de honor como soporte del valor femenino, así; los sentimientos de subestimación se propagan porque existe una definición, un preconcepto, un axioma que actúa como punto de partida de toda experiencia.

La aceptación, oposición o elección del rol a seguir se expresa abiertamente en las actitudes corrientes de los adolescentes, con la rebeldía y la oposición a los adultos de su entorno familiar. Si la gran empresa de la chica o el chico es convertirse en adulto, esto requiere abandonar las tutelas y las dependencias. Pero, desafortunadamente, este proceso de desprendimiento no se realiza de forma suave y continuada, sino en base a sacudidas a veces muy bruscas y dolorosas. Los chicos se oponen a los padres adoptando ideas políticas o sociales completamente opuestas, siendo una forma habitual de rebeldía en las chicas quienes se tienen que separar fundamentalmente de sus madres, la lucha y la oposición encarnizada contra el tipo o modelo de feminidad que sus madres representan; se libran de muchas ataduras que hacen sufrir a las mujeres y al crecer no dependen económicamente de nadie, gastan lo que quieren y en lo que apetecen, tampoco tienen grandes ambiciones consumistas, parecen muy bien equilibradas en temas de dinero, dedican sus esfuerzos intelectuales a tareas vocacionales en las que creen. Tienen una red de amistades que las valoran y con las cuales comparten su vida, son seductoras, atractivas y saben gustar a los hombres.

El drama, el martirio, la tortura interna en que viven sumergidas reside en que están continuamente obsesionadas por el afán perfeccionista de gustar a los que ellas desean gustar. Su juicio crítico es lacerante, sus opiniones inmediatas,

rotundas e inamovibles. Tienen terror a lo convencional y a lo corriente. Necesitan sentirse partícipes, protagonistas de algo excepcional, distinto, en un estado afectivo de exaltación. No toleran sentirse inferiores, tumbadas y su sensibilidad ante situaciones que les pueden despertar un sentimiento de humillación, es extrema.

Sus relaciones con los hombres son muy complicadas; necesitan sentirse deseadas y buscadas. Continuamente tiene historias sentimentales y sus relaciones parecen responder a un guión prefijado: flechazo irresistible, gran atracción erótica, encuentro sexual, gran despliegue escénico, frigidez absoluta. El destino de las relaciones también sigue un argumento tipo: en un momento ese hombre perfecto y encantador comienza a descomponerse como si fuera atacado por un virus maligno que lo aniquila por arte de magia. Se apartan siempre tratando de ser ellas las primeras.

Finalmente, las Dianas posmodernas, dueñas de su destino y modeladoras de su propio modelo, confiesan su pecado de mujer; anhelan una relación amorosa en la que puedan recostarse y confiar, pero esta meta es incompatible con la feminidad que han adoptado, pues el anhelo mismo es vivido como una derrota, como una subordinación que conlleva convertirse en la "niña bonita y obediente" que quería mamá, en una "normalita", en una simple mujer; hallándose atrapadas en su propia trampa.

Por tanto, otro de los motivos o de las vías de entrada a la depresión, que ha sido ampliamente descrito por numerosos autores de distintas corrientes, es el afán perfeccionista. Se refiere a cuando una persona se exige permanentemente

responder a los cánones supremos que se impone, y como respuestas y conductas no alcanzan el listón autoimpuesto, tiene altas probabilidades de desarrollar algún tipo de psicosis afectiva. Lo que agrava el panorama es que la propia persona, artífice única de su implacable perseguidora interna, de su crítica devastadora, no se da cuenta de la tortura a la que se somete, tampoco de que se somete, ni de que es ella la primera víctima.

Vive obligada, lo que implica que:

- No tiene que ser objeto decorativo.
- No tiene que arreglarse mucho.
- No tiene que usar faldas.
- No tiene que ser confusa.
- No tiene que estar esclavizada a un hombre.
- No tiene que estar esperando que un hombre la llame.
- No tiene que ser mediocre.
- No tiene que pedirle a sus padres nada.
- No tiene que perder el tiempo en tonterías.
- No tiene que ser ineficaz.

Éste es el blanco elegido para desplegar la artillería de la hipercrítica, el ideal de la mujer nueva no perdona la más mínima recaída en el estereotipo de la dulce

mujercita. No quieren tener hijos porque todo esto no ha hecho más que esclavizar y mantener a las mujeres en condiciones infrahumanas a lo largo de siglos en la historia humana de manera que se interesan en estudiar, formarse y trabajar, desempeñando todo tipo de comportamientos y actividades lo más alejados posible del modelo tradicional. Para ellas, la feminidad tradicional es excluyente y se halla en completa oposición con un funcionamiento en el mundo social, científico o político serio, no como mero pasatiempo en los ratos libres, o como simples actividades extracurriculares que no cuentan a la hora de contabilizar tu valoración personal.

Otras aún más ambiciosas, pretenden hacerlo todo: familia, carrera y todo de primera. Habilidosas amas de casa, madres cuidadosas y dedicadas, profesionales eficientes, hasta algunas pretenden la fama. Muchas de ellas sucumben en la depresión cuando comienzan a no poder ganar la carrera de obstáculos. No viven, sino que cumplen metas, rellenan casilleros. Tienen que conquistar a todos los hombres que conozcan, tienen que sobresalir en la reunión de directorio, tienen que preparar la comida más exquisita. Se imponen marcas olímpicas, cuotas de excelencia y si no las alcanzan, quiere decir que no sirven. Manejan la ley del todo o nada, no hay matices por lo que el humor no resiste, y su cuerpo tampoco. Si se sienten fatigadas, desgastadas y sin marcha, para ellas es el fin del mundo.

En esta lucha opositora contra el modelo tradicional existe un conflicto, ya que algo central queda sacrificado: el reconocimiento de la propia necesidad de dependencia afectiva, de un vínculo emocional no condicionado al cumplimiento

del modelo. Por lo general, al ser mujeres inteligentes, atractivas, que han probado sus posibilidades de funcionamiento en ámbitos tradicionalmente masculinos; no le tienen miedo a los hombres ni tampoco a la pérdida de relaciones, esto mientras son jóvenes porque a partir de cierta edad comienzan a preocuparse y después de algunas historias que las enfrentan con sentimientos de culpa por la agresividad desplegada, volviéndose la reivindicación feminista y el culpabilizar al hombre su eco de conflictos humanos; y la racionalización su mecanismo de defensa favorito, la cual es un mecanismo psíquico en donde una persona utiliza un conjunto de ideas, un sistema ideológico consagrado, una determinada filosofía, o una orientación política; no para una reflexión que sea pertinente a ese ámbito, sino para justificar conflictos o dilemas del orden de lo personal.

Todo aquello que determine que una persona sienta que no podrá conseguir lo deseado la empujará hacia la depresión y ello podrá ocurrir tanto porque las metas son desmesuradas (verdaderos sueños grandiosos de gloria, riqueza, belleza, felicidad intensa) como porque, aún siendo normales, sin embargo, existen frenos en la realidad o déficit de recursos psicológicos que colocan a aquéllas fuera del alcance. O también, porque a pesar de tener los recursos personales para realizar su deseo, no podrá, porque aprendió desde pequeña que nada está a su alcance, que es débil o incapaz. En consecuencia, con la finalidad de no sentir la angustia que esto les origina, evitan las situaciones temidas, las postergan y tratan de pasarlas desapercibidas. Dicha táctica posee un elemento adicional; para no enterarse de su propia limitación, frecuentemente justifica su retracción, su tendencia a evitar lo temido, mediante la crítica a los demás. El resultado de años

de ir por la vida de esta forma significa una mutilación creciente de sus posibilidades y un empobrecimiento de sus actividades, con la amargura y depresión consiguiente, porque ellas en ningún momento dejan de abrigar en su interior y en secreto, la expectativa de una vida diferente.

Son etapas o eslabones que se van encadenando, miedos múltiples (fobia social) que conducen a evitar sistemáticamente las situaciones temidas, lo que genera un déficit de habilidades sociales, de logros personales; esto las hace sentir inseguras y frustradas, determinando una agresividad reaccional y flotante contra todos y contra sí mismas, agresividad que, al no poder reconocerla como propia, la tiene que atribuir a los demás. Esta atribución de agresividad a los demás tiene su consecuencia, las personas que la rodean son vistas como más peligrosas, como dispuestas a criticarla y atacarla de mil maneras. De esta forma, los miedos se realimentan y queda atrapada en un círculo que profundiza cada vez más su depresión.

Por tanto, los valores femeninos juegan un rol importante en los sentimientos de culpa de las mujeres, sentimientos que no tienen nada que ver con alguna falta ni cometida, ni a cometer siquiera en la fantasía.

El mito de Narciso – quien encuentra la muerte contemplando su propia imagen – sirve de modelo para entender las depresiones en las que el ideal a alcanzar se convierte en una empresa mortífera. Si bien, el mito griego parece indicar que el narcisismo no sólo es una cuestión femenina, hemos visto que el narcisismo centrado exclusivamente en el cuerpo y en los hijos deprime a muchas mujeres;

ya que los valores de la feminidad que están, actúan como poderosos potenciadores de este extremismo incluso para aquellas mujeres que han adoptado otros valores de la feminidad y que han sido privilegiadas por la estima y la preferencia, como también hemos podido apreciar. Estas circunstancias no las eximen de sentirse devaluadas; crecieron alimentando en el interior de sí mismas el sentimiento de poseer alguna condición que veían en sus madres y que rechazaban, lo que las impulsó a diferenciarse de ellas a través de un perfeccionamiento de sus comportamientos y de un gran despliegue intelectual, pero el profundo malestar con sus identidades, el conflicto interior con sus madres, las lleva a estar inspeccionándose continuamente, a buscar su fallas, las cuales una vez encontradas, vienen a confirmar una supuesta inferioridad, un defecto en el que siempre habían creído. Así, son muchas mujeres modernas y emancipadas, exitosas pero inseguras de sí mismas, viviendo continuamente al borde de la depresión.

Para cada mujer su depresión es el producto y efecto de un conjunto de factores, jamás de una única causa. A los distintos rasgos que se pueden descubrir en una misma como individuo, que serán únicos y dependientes de nuestra biografía personal e historia familiar, y que nos diferencian en mayor o menor grado de cualquier otra persona; tenemos que sumarle aquellos aspectos de nuestro ser mujer, de nuestra identidad de género femenino que nos acercan a alguno de los prototipos.

Por ser mujer, una serie de lugares sociales nos serán señalados como posibles y consagrados, mientras que otros no serán accesibles en igual medida, lo que

implica un trabajo adicional para sentirnos legitimadas en asumirlos y desempeñarlos. Nacimos con un cuerpo y con un potencial de desarrollo determinado, la belleza y el talento no garantizan un antídoto contra la depresión, tampoco el sí fuimos más o menos queridas, más o menos deseadas, comprendidas, estimuladas, inhibidas, perseguidas y/o culpabilizadas en nuestro núcleo familiar; porque vivimos en nuestra cultura y en un medio social con fuertes modelos de feminidad y de masculinidad en los que tenemos que insertarnos. Todo ocurre sin que nos demos cuenta en base a condiciones tanto externas como internas y que a la vez, nos empujan a la depresión.

5.3 El nivel sociocultural como factor causante de psicosis afectiva.

Los estudios que se han realizado sobre las influencias socioculturales o psicosociales proporcionan una perspectiva de cómo las condiciones culturales, institucionales y ambientales afectan a la depresión. Finalmente, de la convergencia de todos los datos de que disponemos actualmente, estadísticas concluyentes, trabajos que subrayan la superposición de las condiciones psicosociales que predisponen a la depresión y las características que definen los modelos de feminidad vigentes en nuestra cultura; se puede concluir que lo que predispone a la mujer a la depresión es su propio rol. Es la feminidad misma, tal como está concebida en nuestra cultura, el factor de mayor riesgo para la depresión.

Las mujeres de nuestra cultura son formadas según modelos y patrones de feminidad, formas de ser mujer que las condicionan a sentir y desear de una determinada manera y que las proveen de mecanismos psíquicos que las hacen muy vulnerables a la depresión. Existen experiencias específicas que en la educación de las niñas producen una determinada expectativa acerca de la intimidad en los vínculos afectivos, junto al temor a la pérdida de amor y al abandono. Estas son trazas psicológicas subyacentes a los comportamientos que luego se tipifican como deseables para la mujer: dependencia, gentileza, obediencia, sumisión.

La personalidad femenina corriente, la mujer ya formada, ha sido preparada para funcionar psicológicamente como una niña, lo que quiere decir que no está capacitada para una vida totalmente autónoma, aunque desarrolle las cualidades psicológicas suficientes (el rol maternal) para hacerse cargo del desarrollo psicológico y de la crianza de otros. Esta dependencia de otros adultos y la prestación de servicios de cuidado determinan una regulación más inestable y mayores fluctuaciones de su autoestima.

El rol maternal contiene los componentes esenciales para que el cuerpo se transforme en un ser pensante o sea, en un ser humano. Las madres son las depositarias del futuro de todas las generaciones, a ellas se les encarga, se las responsabiliza de la buena salud integral del futuro héroe. Se confía en sus capacidades emocionales, en su empatía y disponibilidad. En ausencia de estas condiciones, el retoño crece poco y torcido. Pero resulta que estas capacidades sin las cuales es imposible desarrollo humano alguno, esta capacidad de dar vida, de crear bienestar, de contacto y comunicación, de hacer posible el encuentro humano, las relaciones humanas, la convivencia, la socialización; no han servido para que las mujeres presentemos menor propensión a la depresión.

Es un conflicto frecuente en muchas mujeres, es conflicto tejido en un complejo cañamazo de características psicológicas individuales por un lado, y patrones impuestos por los valores de la feminidad vigente en la cultura, por otro.

También, las costumbres sociales ejercen un poderoso efecto sobre el desarrollo de la agresividad. En las mujeres se estimula la pasividad, con su consecuente tendencia a la impotencia, y se desalienta la actividad y el ejercicio del poder, creándose de este modo un tipo de ideal del yo que valora el sacrificio y la prestación de servicios.

Muchas mujeres de nuestra cultura se sienten culpables ante sus propias madres. El sentimiento de culpa no proviene de ataques agresivos efectuados en la realidad o en la fantasía, sino del contraste entre sus vidas y la de ellas. Necesitan aliviar el sentimiento de culpa por medio de una acción sacrificial, de la sobrecarga de responsabilidades que consideran un deber, un imperativo femenino; la expiación se canaliza a través del modelo del ideal maternal que normativiza como valor supremo la femineidad en la historia de nuestras sociedades.

El deber o ideal puede variar de acuerdo a los cambios que sobrevienen en la cultura como de hecho ha ocurrido, principalmente, a un ritmo histórico acelerado en la segunda mitad de nuestro siglo. La femineidad, es decir, lo que se considera que es una buena mujer, una buena esposa, una buena madre, es actualmente mucho más incierto y variable de lo que era para nuestras madres o abuelas. Una mujer moderna divorciada, se siente mejor sobrecargada de tareas domésticas ya que así, alivia su culpa de sentirse una privilegiada, una aprovechadora, es un bienestar que resulta de una superioridad moral, de un ser mejor.

En la sobrecarga de trabajo doméstico, en el agotamiento de la crianza, en la ejemplaridad de sus vidas muchas mujeres sostienen sus sentimientos de autoestima, de valor personal. La depresión sobreviene cuando comprueban que

estos sacrificios pueden ser inútiles o nadie se los reconoce, o nadie las aprecia por ellos; al contrario, las hijas mujeres habitualmente y muchos maridos, se apartan de ellas. La depresión las invade cuando se instala la desesperanza y el pesimismo, cuando la mujer pierde credibilidad en el incentivo que significaba para ella esa defensa del deber y quedan fuera de su control los medios o recursos para proporcionarse otras metas en la vida.

Estudios realizados sobre la diferencia de actitudes en el aula entre varones y chicas muestran que las niñas suelen ser más estudiosas y aplicadas, más obedientes y presentan menos problemas de disciplina por lo que se suele considerar que las chicas de diez a doce años son más maduras que los chicos de la misma edad, pero en realidad esta conducta no se explica por razones de mayor madurez ni por poseer mayor cociente intelectual, sino porque las chicas suelen ser más temerosas y se sienten más tranquilas y seguras recostándose en la norma, en el deber, en lo que se debe hacer. Por otra parte, como desempeñan roles de cuidado tempranamente, dan la impresión de un mayor desarrollo.

Lo que persigue la niña a través de su ejemplaridad que incluye una dosis importante de sufrimiento, es que la quieran. Busca como todo el mundo, amor; pero el sufrimiento no constituye un fin en sí mismo, sino un medio, una contraseña para conseguir amor o para aliviarse de un sufrimiento mayor. La cultura induce este tipo de masoquismo. Se premia al sufrimiento, de modo que la persona confunde el hecho de que se le diga "pobre" con el hecho de que se le quiera, quedando fijada a una forma principal de demanda de amor.

Las mujeres hacen un culto de sentirse buenas, generosas, pródigas en el amor. Su amor está por encima de todos los valores, es el bien supremo. El ideal maternal gobierna la concepción que impera en las mujeres sobre el amor, el sosegamiento del malestar del niño y del hombre. Este comportamiento está impreso en el modelo de feminidad. El papel tradicional de la mujer en el núcleo familiar es el de neutralizadora, estabilizadora y generadora de bienestar emocional, y si es ella la que falla, desequilibra todo el sistema. Las mujeres presienten una sorda amenaza ante la inminencia de un desajuste personal, el caos del hogar; y esta situación también les produce culpa.

El ideal maternal como patrón modelador de la identidad femenina favorece que la autoestima de las mujeres pueda alimentarse y nutrirse sólo del esfuerzo y el cumplimiento de las reglas; normas y reglas sociales, y morales que exigen a la mujer una restricción mayor de actividades hedónicas y sexuales.

Se escucha a mujeres de cierta edad conversar en torno a problemas con los hijos, enfermedades de los padres ancianos y/o malestares propios. El estar inmersas en esas situaciones, en esas actividades que constituyen el pan de cada día son una gratificación adicional; el verse y contemplarse en el sufrimiento y en el papel de aliviar el sufrimiento. La conversación se trata en realidad, de un intercambio de condecoraciones, de un profundo anhelo de reconocimiento entre las propias mujeres. Las conversaciones consisten en mostrarse mutuamente la contraseña de ser iguales.

Que la culpa esté presente en la mente no es razón suficiente para declararse culpable, no siempre la culpa es el resultado de una falta cometida.

Las mujeres no somos un todo homogéneo, pero aún para muchas de nosotras la ansiedad que despierta la sexualidad tiene un importante componente de vergüenza. Este siempre ha sido un sentimiento que las mujeres han cultivado con esmero, habiéndose llegado a considerar un rasgo de la excelencia de su carácter. El pudor, el sonrojo y el recato eran y aún son en muchos círculos un inequívoco signo de virtud femenina porque se han reconocido y hasta ensalzado, los beneficios de la vergüenza para el control de la sexualidad. El rubor ante el deseo sexual es una prueba de la poderosísima acción que la palabra y la norma pueden ejercer sobre el ser humano, la que responde el cuerpo en sus niveles más alejados de todo control voluntario. Así podemos apreciar hasta qué punto y qué hondo han penetrado las regulaciones sociales en la naturaleza de la mujer que una simple mirada la hace ruborizarse.

Esta es una clara diferencia entre hombres y mujeres. El cuerpo mismo de las mujeres se halla colonizado por la normalización social sin necesidad de que un vigilante esté prohibiendo la acción con su presencia. El cuerpo de la mujer actúa por sí mismo como un severísimo inspector de aduanas que no deja pasar libremente la más mínima cantidad de excitación, y muchas mujeres no corren ni siquiera el riesgo de sonrojarse; el deseo es anulado en el momento mismo de su nacimiento. A través de este verdadero proceso de desnaturalización del cuerpo femenino la humanidad se ha dado un respiro en su labor civilizadora, delegando en las mujeres el cuidado de la fidelidad, del núcleo familiar y el de los afectos.

Aquí, son los efectos de la vergüenza a largo plazo los que están relacionados con la depresión. La vergüenza es un sentimiento que posee un poder inhibitor tanto

de la actividad como de los intereses de una persona, llegando a niveles capaces de producir la eliminación de casi cualquier iniciativa. La consecuencia es que la persona no desarrolla potencialidades, pierde oportunidades que la vida le ofrece y se priva de aquello que le haría sentir bien consigo misma.

Todavía quedan muchas mujeres que se avergüenzan si se les nota su deseo sexual, pero son muchísimas más las que se avergüenzan por su timidez, por sus inseguridades, por su soledad, por sus temores. Para algunas, el terror es decir tonterías y ser objeto de la mirada masculina que puede seguir siendo el único objetivo de muchas mujeres, pero hasta dónde penetre esta mirada (superficie corporal, contenido de lo dicho, de lo vivido o de lo no vivido) constituye una importante preocupación.

Un interesante estudio llevado a cabo sobre ciento ochenta transcripciones de sesiones de psicoterapia, realizado para diferenciar los sentimientos de culpa de los de vergüenza, pone de relieve la estrecha conexión que existe entre dependencia del medio y sentimientos de vergüenza y culpa. Por dependencia del medio se entiende la sensibilidad al "que dirán", la tendencia a regular el comportamiento (vestimenta, discurso, relaciones) de acuerdo a lo que prevalece en el entorno, a lo que opinan o hacen los demás.

Desde el punto de vista de la experiencia, la culpa y la vergüenza suelen coexistir sin ser diferenciadas correctamente. Variaciones sobre el tema de la vergüenza son los sentimientos de humillación, mortificación, timidez, temor social e inseguridad; las variaciones de la culpa son la responsabilidad, obligación y falta. Los autorreproches que una se profiere cuando lo que dominan son los

sentimientos de culpa están referidos a algo realizado en contra de alguien, a un daño, o a un perjuicio ocasionado a otro/a. Cuando predomina el sentimiento de vergüenza los autorreproches siempre están centrados en alguna insuficiencia de una misma. La preocupación no es por lo que se ha hecho al otro, como en la culpa, sino por la insuficiencia propia, por no alcanzar los niveles de funcionamiento que una misma espera, o por el sentimiento de persecución al ser observada por otro como inadecuada.

Cuando la culpa y la vergüenza son evocadas simultáneamente a raíz de alguna transgresión, la vergüenza o el componente de fracaso personal, aunque sea muy agudo, puede quedar enmascarado tras la ideación de la culpa y permanecer activo, aún después de haber sido reparado el daño o a posteriori de la petición de las consabidas disculpas. Este remanente de vergüenza suele ser el responsable de muchas ideas obsesivas que acompañan a las psicosis afectivas.

La mayor dificultad en reconocer, examinar y eliminar los sentimientos de vergüenza descansa en los siguientes factores:

- A) La vergüenza es la prueba de un fracaso, de una falla, de insuficiencia, incompetencia, inferioridad o debilidad. En cambio, en la culpa, si bien se reconoce haber cometido un daño y este reconocimiento puede acompañarse de vergüenza por haber transgredido un principio, la persona no se siente débil o incompetente y hasta puede darse el caso de que se sienta orgullosa por ser capaz de golpear, aunque culpable de haberlo hecho en esas circunstancias.

B) La reacción ante la vergüenza es de autodenigración y hostilidad dirigida hacia una misma, lo que genera habitualmente restricciones autoimpuestas y conductas de aislamiento tendentes a ocultar la supuesta falla o imperfección.

Las causas psicológicas pueden intervenir en la génesis de cualquier tipo de psicosis afectiva, pero son especialmente importantes en la depresión. Como en todas las psicosis afectivas, los factores emocionales desempeñan un papel preponderante, presentándose desde los primeros años de vida y determinando rasgos de personalidad tan profundamente enraizados en el modo de ser del individuo, que algunos psiquiatras se refieren a ellos como rasgos constitucionales. Estos rasgos, sin embargo, no son heredados sino que se aprenden a través de la estrecha relación y la dependencia respecto de los miembros de la familia.

Es frecuente que durante la infancia se presenten algunos trastornos como sonambulismo, terrores nocturnos, enuresis, berrinches temperamentales, fobias, timidez y onicofagia entre otros, que se conceptúan como problemas de personalidad y de conducta. Probablemente estas manifestaciones deban considerarse como signos de conflictos específicos y de factores situacionales que han producido angustia y que han determinado la aparición de síntomas psicóticos o de rasgos caracterológicos psicóticos; sin embargo, no basta con analizar los antecedentes de la infancia para comprender las secuelas que circunstancias especiales han dejado durante los primeros años de vida; también es necesario

advertir la presencia de sentimientos de culpa, de conflictos creados por necesidades inconscientes, de incidentes que en la vida del paciente han tenido algún significado, y de tensiones familiares, incluyendo las matrimoniales o sexuales. Además se debe distinguir si estas circunstancias son factores etiológicos determinantes, o si son elementos desencadenantes que ponen de manifiesto la incapacidad de enfrentamiento de una personalidad deficientemente estructurada. En muchos casos se encuentra que una adaptación aparentemente adecuada es en realidad la máscara que oculta viejos problemas.

Entre las causas inmediatas de las psicosis afectivas, con frecuencia se encuentran la necesidad de reprimir, distorsionar o desplazar sentimientos de hostilidad, y los impulsos coercitivos de sexualidad y dependencia. Cuando intervienen estos factores entran en conflicto con la personalidad del paciente, produciéndole angustia, que es la fuente más común e importante de los trastornos psicoafectivos. Esta angustia, engendrada por un super ego demasiado severo y exigente, al ser estimulada por una situación externa, puede movilizar defensas de la personalidad que constituyen los síntomas.

Las psicosis afectivas son más frecuentes en la mujer que en el hombre, en parte porque en ella la represión de las necesidades y de los instintos biológicos básicos (como el sexual) es más rígida; sin embargo, la vida psicosexual con sus tabúes y restricciones sociales, no constituye el único factor, ya que cualquier necesidad o deseo apremiante y fundamental contra cuya expresión tiene que construirse una barrera defensiva puede originar síntomas psicoafectivos. Por otra parte, la

insatisfacción o la desilusión matrimonial crónica originada con frecuencia por la falta de afecto por parte del compañero, la responsabilidad de la mujer en la educación de los hijos que la vorágine del mundo actual ha dejado sólo en sus manos, la indiferencia del padre que aduce motivos de trabajo para justificar su ausencia como ejemplo y como autoridad en el hogar, y la frecuencia con que en la actualidad tiene que trabajar fuera de casa para mejorar el ingreso familiar sin abandonar el cuidado del esposo y de los hijos; son otros tantos factores que le provocan tensión, angustia y depresión.

El estrés puede llevar a la depresión cuando la situación y los acontecimientos que la provocan son conceptualizados por el sujeto de una forma concreta.

Cuando se habla de acontecimientos estresantes es frecuente que estos se ligan a la vida del individuo, y más concretamente al momento del ciclo vital en que acontecen. En este sentido, es frecuente que en lugar de hablar de acontecimientos estresantes y curso vital, se hable queriendo resaltar la importancia del momento de desarrollo en que acontecen el cual es determinante para comprender sus efectos.

La psicología evolutiva estuvo durante algunas décadas centrada en el estudio de la infancia y de la adolescencia. Los cambios demográficos, económicos y el incremento en la expectativa de vida, han extendido el punto de vista de la psicología evolutiva a la edad adulta y a la vejez. La psicología evolutiva del ciclo vital es un marco que aborda globalmente el desarrollo del individuo desde el nacimiento hasta la muerte.

Desde esta perspectiva del ciclo vital no sólo tienen importancia los cambios biológicos y estructurales, entendidos estos últimos en sentido amplio, sino también los roles asignados, normas de edad, expectativas de cambio. En definitiva, una estructura social normativa relacionada con la edad.

Podemos considerar el tiempo en el que transcurre la vida de un individuo a tres niveles diferentes. A un nivel personal e individual, a un nivel social y a un nivel histórico. Cada nivel agrupa factores que conjuntamente con los de otros niveles, configuran la imagen que de un individuo o un grupo de individuos de una edad determinada.

El tiempo personal, o el tiempo de la vida de un individuo viene identificándose por la edad cronológica. La edad cronológica es un simple índice descriptivo que nos permite ordenar y clasificar secuencialmente los cambios que acontecen en la vida de un individuo. Organiza los cambios ontogenéticos, y en algunos casos puede definirse funcionalmente desde otros puntos de vista.

Sin embargo, el tiempo individual se relativiza cuando comparamos individuos de diferentes continentes, latitudes o países, o cuando comparamos dentro de un mismo país, individuos de diferentes subculturas o niveles sociales. Por ejemplo, una niña de catorce años en nuestro país puede considerarse todavía una escolar o una colegiala, mientras que en un medio rural del próximo oriente puede ser la madre de dos niños. El significado de la edad cronológica o del tiempo personal se relativiza cuando lo incluimos en una perspectiva comparativa más amplia. Esta perspectiva puede ser la del tiempo social.

El tiempo social hace referencia a la temporización que cada sociedad tiene establecido para los derechos y obligaciones implícitos de cada uno de sus individuos. Unas veces, las unidades se reflejan en normas legales o ritos de tránsito concretos; mientras que otras únicamente se reflejan a nivel de expectativas y actitudes colectivamente compartidas.

Este tiempo social cuyas unidades de medida no son uniformes, está en función de las costumbres y pautas de comportamiento asignadas que en cada ambiente existen, incluso dentro de una misma subcultura o población las pautas o normas externas jalonan la historia del propio grupo.

El tiempo histórico relativiza el propio tiempo social. Las guerras, las catástrofes, los grandes acontecimientos económicos, producen transformaciones sociales entre las que se encuentran las pautas de tiempo social que cada grupo concreto tiene. Es producto de momentos históricos concretos como consecuencia de los acontecimientos que en ese momento ha vivido la colectividad.

Los acontecimientos que tienen lugar en el contexto del tiempo histórico moldean el sistema social, y éste a su vez, produce un conjunto de normas temporales o de edad y un sistema de expectativas y clasificaciones de edad que moldean el ciclo y el curso de la vida de cada uno de los individuos.

En sí, el tiempo histórico hace referencia al momento concreto que le ha tocado vivir al individuo. Los cambios demográficos, tecnológicos, políticos y económicos son en sí mismos acontecimientos extraordinarios que afectan al individuo.

El tiempo social sería la traducción significativa del tiempo individual y el tiempo histórico para el sujeto.

La edad es una de las dimensiones más importantes de la organización social. Desde el punto de vista de la sociología de las edades nos encontramos con una organización y estratificación de los individuos impuesta desde fuera. El tiempo de la vida de un individuo se encuentra dividido en unidades socialmente relevantes.

De esta forma, el tiempo que le ha tocado vivir a un individuo se transforma en tiempo social y su edad cronológica en edad social. Esta edad social establece para cada individuo un estatus o nivel de edad y le coloca en el contexto de una estructura social normativa. En esta estructura se le asignan un conjunto de roles delimitados por normas sociales. El curso de la vida de un individuo viene determinado por su paso, a través de estas estructuras sociales normativas, y definido por los roles a desempeñar.

A pesar de que en la mayor parte de los contextos, las estructuras sociales normativas de edad son más implícitas que explícitas su importancia se encuentra por encima.

En cada uno de estos momentos, los individuos encuentran lo que les es permitido hacer y ser a partir de las clasificaciones y normas de edad. La clasificación social de la edad vincula sistemáticamente una edad cronológica a un gran número de normas de la cultura o subcultura. Muchas de estas normas se transmiten a través de la tradición.

Las normas de edad finalmente, permiten a la gente hacer ciertas cosas y también exigen que la gente haga ciertas elecciones.

El analizar el nivel social implica analizar el impacto troquelador del ambiente psicofamiliar, psicoescolar y psicoeducativo en el desarrollo personal del sujeto.

En la clínica, en el estudio de las personalidades depresivas se han encontrado modelos psicoeducativos inadecuados y que fundamentalmente son dos:

- 1.- Modelos sobreprotectores.**
- 2.- Modelos hipoafectivos o rechazantes.**

Los modelos sobreprotectores que parten de un control excesivo, inhiben el proceso de individuación y bloquean la autonomía personal; la sobreprotección conlleva supercontrol, posesividad, anulación de la iniciativa y una permisividad errática e inadecuada. Además existe un exceso de amorosidad y escasa punitividad, mezclado todo ello, con una tasa de preocupación ansiosa parental. Este tipo de educación a través de los diferentes procesos de aprendizaje, genera falta de autonomía, miedo, dependencia, egocentrismo, ansiedad e intolerancia a la frustración; se entremezclan sentimientos de inseguridad, debilidad, inadecuación, incapacidad y precarios controles personales.

El segundo modelo, el hipoafectivo está cargado de frialdad afectiva, desinterés, distanciamiento, desconfianza, sentimiento de debilidad, innecesariedad, fatalidad y angustia persecutoria. Si la hipoafectividad se entremezcla, como ocurre frecuentemente, con hipercontrol y punitividad extrema, emergen personalidades inseguras, tímidas, ansiosas, autoagresivas y conformistas.

Todos los sentimientos generados por estos modelos educativos van aportando las bases para una estructuración personal y peculiar, más o menos anómala; sin olvidar que el niño es capaz de influir y educar su ambiente, en la misma medida en que él es educado e influido.

En lo psicológico existe una integración evolutiva dentro del proceso madurativo humano de elementos heredoconstitucionales, experiencias afectivas tempranas, aprendizajes dentro de modelos educativos psicofamiliares, psicoescolares y psicosociales; y pensamientos que articulan un estilo cognitivo personal.

En el depresivo existen pensamientos negativos sobre sí mismo, sobre el futuro y sobre el mundo. Igualmente aparecen, frecuentemente, sentimientos de indefensión aprendida o la idea de no ser capaz de cambiar con la propia conducta, los acontecimientos o situaciones. Se encuentran igualmente sentimientos de ineficacia personal referidos al interjuego dinámico entre pensamientos autoreferidos, acciones y efectos.

Los estudios transculturales de los trastornos afectivos han encontrado que los índices de frecuencia y manifestación de los síntomas varían de manera considerable entre diferentes grupos culturales y sociedades (Goodwin y Guze, 1984). Por ejemplo, los indígenas americanos y los asiáticos del sureste en Estados Unidos parecen tener índices altos de depresión comparados con los estadounidenses. En China, los pacientes chinos con depresión por lo común presentan malestares somáticos (corporales) más que disforia (depresión, ansiedad o intranquilidad), lo cual indica que la expresión de síntomas para un trastorno particular puede diferir de una cultura a otra (Kleinman, 1991). Estos

hallazgos sugieren que factores tales como la cultura, las experiencias sociales y los agentes estresantes psicológicos desempeñan un papel importante en los trastornos afectivos. La cultura occidental se enfoca en el papel de los eventos estresantes y los recursos en los trastornos afectivos.

Las conceptualizaciones del papel del estrés en la psicosis afectivas en general y en la depresión en particular han propuesto de manera típica que éste es uno de los tres factores amplios que es importante considerar: diátesis, estrés y recursos o apoyos sociales.

La diátesis se refiere al hecho de que debido a condiciones genéticas o constitucionales, o sociales; ciertos individuos pueden tener una predisposición o vulnerabilidad para desarrollar depresión. El estrés puede actuar como un desencadenante para activar esta predisposición, en especial cuando los individuos carecen de recursos para adaptarse al mismo. Presuntamente, los individuos con una predisposición baja requieren de niveles mayores de estrés para volverse deprimidos en comparación con los que tienen una predisposición alta.

Los estudios han demostrado de forma creciente que el estrés psicosocial grave, tal como la muerte de un ser amado, una condición física que amenaza a la vida y la frustración de los objetivos importantes en la vida, preceden a menudo el inicio de la depresión mayor. Este hallazgo ha llevado a los investigadores a preguntarse qué clases de estrés conducen a la depresión.

Las personas diferimos en nuestro grado de vulnerabilidad a la depresión. La vulnerabilidad puede ser causada por factores biógenos o psicológicos, o ambos. Hammen y sus colegas (1992) argumentaron que la relación entre estrés y depresión es compleja e interactiva. En un estudio longitudinal de pacientes deprimidos unipolares, los investigadores encontraron evidencia que apoya que la vulnerabilidad al estrés puede ser influida por tener padres que son disfuncionales y que crean condiciones de estrés en la familia. A su vez, los individuos pueden fallar en adquirir habilidades adaptativas y autoimágenes positivas, lo cual produce más estrés y frente a éste, se conduce a la depresión. Por consiguiente, la vulnerabilidad puede surgir de experiencias tempranas en la familia.

Otros investigadores han examinado los apoyos o recursos sociales como amortiguadores contra la depresión. La suposición es que las personas que son expuestas a estrés pueden desarrollar depresión o no, dependiendo de si tienen apoyos sociales adecuados. Holahan y Moos (1991) estudiaron el papel de los recursos sociales en el estrés y la depresión. Recopilaron datos de individuos al comienzo y al final de un periodo de cuatro años. La información incluía características de la personalidad, apoyo familiar, estrés y depresión. Las personas con rasgos de personalidad positivos y apoyo familiar, comparadas con aquellos sin estas características, tuvieron menos depresión cuatro años después, aun cuando fue controlado el nivel inicial de depresión durante un año. Los investigadores concluyeron que los recursos personales o familiares ayudan a los individuos a afrontar y a adaptarse al estrés.

Sobre este respecto, el punto de vista sociogenético que se caracteriza por la identificación de los trastornos mentales como anomalías del comportamiento social, postula que la causa última generadora de estos se encuentra en la misma sociedad, en sus estructuras sociales, culturales, normativas y políticas; pero en general, el punto de vista etiopatogénico socio-cultural es el más compartido por un amplio conjunto de movimientos y orientaciones terapéuticas, cuyos orígenes pueden retrotraerse al movimiento de la Higiene Mental instaurado en la ciencia médica a mediados del siglo XIX y continuando en las ciencias sociales y humanas antropológicas a finales de este mismo siglo, con sus consideraciones sobre la variabilidad de las conductas anormales en las diferentes culturas, conexas así; cultura y sociedad con salud mental.

En las depresiones adultas se percibe un curioso influjo cultural en los manierismos utilizados por el paciente para disimular sus síntomas o para acentuarlos, para inhibir por buena educación su agitación, irritación, protesta o negación de la pérdida o, por el contrario, para exagerar dramáticamente su escenificación ante los demás; dicho influjo sociocultural puede afectar hasta la severidad y la duración del periodo afectivo. Más aún, parece cierta la hipótesis de que en las depresiones los síntomas varían por clases sociales, del campo a la ciudad y entre culturas o países distintos.

Muchos de los síntomas depresivos podrían tener su explicación en términos de psicología social. Así por ejemplo, la falta de interés por responder a los estímulos exteriores, podría entenderse como respuesta del paciente a la falta o a la escasez de refuerzos sociales, es decir como reacción condicionada por una

secuencia de experiencias con negación de premios tales como aplauso, estima, cariño o aceptación. Más aún, muchos deprimidos utilizan sus síntomas de abatimiento y desesperanza para llamar la atención y granjearse la compasión o simpatía de la gente y de los terapeutas.

La mujer aprende sus respuestas depresivas si es que es sometida a una secuencia de experiencias sociales en las que le resulta imposible evitar el castigo del ridículo, desaprobación, desprecio, o pasar desapercibida sin atraer la atención. De modo que un factor que podríamos llamar <percepción psíquica del control personal sobre los acontecimientos sociales> es de crucial importancia en la génesis de las psicosis afectivas: si un individuo repetidamente ignorado por sus amigos interpreta esa secuencia de fracasos bajo una teoría subjetiva o creencia sobre la futilidad de su valía personal, esta vivencia cognitiva socialmente aprendida es capaz por sí misma de inducir una fase depresiva.

Otros estudios transculturales de la depresión son demasiado lineales en sus conclusiones. Así, por ejemplo, en la revisión hecha por Engelsman (1992) se apuntan dos características diferenciales respecto del fenómeno depresivo, entre las culturas occidentales y orientales: a) la ausencia de sentimientos de culpabilidad y b) la intensidad de las somatizaciones en los enfermos depresivos, pertenecientes a las culturas orientales.

Kleinman en cambio, distingue entre alteración depresiva (una alteración biológica debida especialmente a las monoaminas de los neurotransmisores cerebrales), que tendría validez universal, y enfermedad depresiva (la experiencia personal y

social de esa alteración depresiva), que sería un constructo cultural, obviamente permeable a la acción de los factores socioculturales, porque resulta imposible separar al individuo del contexto social al que pertenece.

El estudio de los acontecimientos vitales (la muerte de un familiar, la pérdida de empleo, el divorcio, etc) ha supuesto uno de los intentos recientes más rigurosos, de controlar el peso que tienen los factores socioculturales sobre la conducta depresiva.

Los life events aunque puedan ser bien controlados en tanto que pueden cuantificarse, no pueden entenderse como independizados del contexto cultural, ya que también sobre ellos incide la axiología cultural; piénsese por ejemplo, en la diferente valoración y significación de los duelos en las distintas culturas. Además el tejido social y las coordenadas axiológicas en las que hunden sus raíces no son ni estables, ni permanentes. Los cambios específicos de la matriz social, cambios por otra parte, enormemente vertiginosos en la actualidad; suponen modificaciones muy importantes e imposibles de cuantificar en los sistemas referenciales a cuya sombra los life events alcanzan una concreta significación.

En casi todos los enfermos depresivos ha existido una experiencia especialmente estresante asociada a este o aquel acontecimiento vital, en una etapa previa a la aparición de la depresión.

La memoria humana es enormemente selectiva, minimizando unos recuerdos y magnificando otros.

Las diferencias étnicas ha sido también otra de las variables que más se han estudiado en relación con las psicosis afectivas, especialmente en EE.UU. Muchos autores se manifiestan coincidentes en señalar que la depresión tiene una menor frecuencia en los sujetos negros que en los blancos. Las diferencias comunicadas deben ser valoradas en función de un relevante criterio social, por las facilidades o dificultades provenientes de la integración racial y sus consecuencias.

Para Bagley (1993), la depresión es mucho más frecuente en personas con un alto estatus ocupacional, sugiriendo como factores explicativos; el mayor esfuerzo por el éxito y por tanto, hay mayor vinculación con el estrés.

Otras investigaciones transculturales han comparado aspectos diferenciales del fenómeno depresivo en muestras de pacientes de Senegal, Etiopía, Sudán y Sudáfrica. Aunque los aspectos discriminantes hallados entre nacionalidades no son muy perceptivos, en cambio sí pueden ser relevantes, si se interpretan en conexión con el marco cultural específico que caracteriza a cada uno de ellos. Así, por ejemplo, en Senegal son muy frecuentes los cuadros paranoicos y los síntomas somáticos. En Ghana, las manifestaciones más relevantes son la autculpación y la atribución de la enfermedad a brujería y/o encantamiento. En Sudán, en cambio, lo más relevante en este perfil son los sentimientos de vergüenza y culpa. Finalmente, en este último país y en Etiopía los perfiles psicopatológicos de las psicosis afectivas se asemejan mucho a los que observamos en los países de la cultura occidental.

Los estudios epidemiológicos basados en la tasa de hospitalización en el subcontinente de la India revelan que en el norte la tasa varía entre el 9% y el

16.7%, y el perfil que caracteriza a estos cuadros acusa una marcada diferenciación entre el norte y el sur; en el sur son muy frecuentes los sentimientos de culpabilidad y las somatizaciones.

Los sentimientos de culpabilidad también han sido estudiados en una población como Japón, a la que míticamente por su idiosincrasia cultural, le ha sido atribuida una importancia extraordinaria respecto de la ausencia de estos sentimientos. Kimura (1995) comparó estos sentimientos depresivos de culpabilidad en japoneses y alemanes. Encontró igual frecuencia de estos sentimientos en ambas poblaciones. No obstante, los sentimientos de culpa en los japoneses tenían una dirección bien distinta, encaminándose hacia los parientes, ancestros y compañeros; frente a la población alemana que al parecer dirige su culpabilidad hacia los niños y hacia Dios.

En la población china estudiada las ideas de culpabilidad eran infrecuentes y de moderada intensidad, y estaban completamente ausentes las ideas delirantes de pecado.

La escala de Hamilton (Hamilton Depresión Scale, HAMD) ha sido utilizada para evaluar los sentimientos de culpabilidad en pacientes depresivos en países como Corea, Inglaterra, EE.UU. e India. Kim (1987) encontró que los depresivos coreanos manifestaban sentimientos de culpabilidad y deseos suicidas en una proporción similar a la encontrada en los pacientes ingleses y norteamericanos. Sin embargo, entre los coreanos las manifestaciones de sentimientos de culpabilidad eran dobles que entre los pacientes hindúes.

Kim encontró en la población coreana que los sentimientos de culpabilidad se orientaban sobre todo contra la propia familia. En esta misma población encontró una alta puntuación en síntomas de tipo somático.

Pfeiffer (1981, 1987) comparó el perfil depresivo en alemanes e indonesios. Las diferencias halladas manifiestan que en los indonesios aparece abundante sintomatología somática y una pérdida de la vitalidad; entre los alemanes, lo más característico es el sentimiento de disminución de la autoeficacia, sentimientos de culpabilidad y tendencias suicidas.

Por tanto, las psicosis afectivas, al menos en sus manifestaciones, están afectadas de un cierto carácter metabólico, cambio que resulta difícil de explicar sin apelar a las variaciones individuales, a la mejor o peor diferenciación nosológica de los síndromes clínicos y a la aparición y diversificación de los fenómenos culturales.

En un estudio de los entonces llamados estereotipos sexuales iniciado en 1983, en la población mexicana y su relación con la salud mental se confirmó la amplia prevalencia de estereotipos y papeles de género, en tanto que las características femeninas y de sumisión fueron las que se esperaron de las mujeres y las que más se atribuyeron ellas mismas. Mientras que los aspectos masculinos y de machismo fueron los que más se esperaban de los varones e igualmente los que más se atribuyeron ellos mismos.

Respecto a la relación entre los papeles de género y la salud emocional, los resultados estuvieron a favor de que los individuos andróginos (individuos con un

balance de rasgos masculinos y femeninos) muestran mejor salud mental, que se refleja en una menor cantidad de síntomas de psicosis afectivas, en especial depresión. Por otra parte, fue clara la relación negativa que se observó entre los aspectos de machismo y sumisión con la salud mental en tanto que la sumisión se correlacionó positivamente con la depresión, el machismo con el psicoticismo, y los dos aspectos con las psicosis afectivas.

Una segunda línea de investigación se avocó al estudio de los efectos del trabajo extradoméstico sobre la salud mental de las mujeres. Se observó una mayor frecuencia de síntomas depresivos entre las mujeres que no estaban empleadas, aunque tanto las empleadas como las que no lo estaban mostraron más altos niveles de depresión que los reportados por la población general de nuestro país.

Estudios epidemiológicos y antropológicos se han referido a la prevalencia de tensión psicológica en un contexto social, con frecuencia originada por las marcadas inequidades de género características de la mayoría de los países en desarrollo, así como por las desventajas derivadas de la pobreza, lo que afecta adversamente su salud.

A principios de los años 70's se incrementó notablemente la investigación sobre los diversos aspectos relacionados con el género, como las actitudes hacia los sexos y las diferencias entre uno y otro; así como los papeles y estereotipos asignados a hombres y mujeres. Este interés surgió del cuestionamiento al que

llevó el movimiento de liberación femenina sobre los conceptos tradicionales del papel de la mujer, y en general, sobre los papeles de género.

Una revisión de los conceptos de masculinidad y feminidad muestra que en todas las culturas existe un consenso importante respecto a lo que constituye lo masculino y lo femenino. El primero se caracteriza por la agresividad, la combatividad, la búsqueda de dominio y autoafirmación; por la reflexión, la razón y el discernimiento; por la capacidad de abstracción y la objetividad. Lo femenino, por la necesidad de involucrarse con otras personas más que con ideas y abstracciones; por lo inconsciente y subjetivo; por la pasividad y la docilidad y por una orientación hacia los sentimientos y la intuición.

Las mujeres y los varones han introyectado las expectativas propias de su sexo, dictadas por la sociedad. La mayor valoración de hombres y mujeres de los aspectos masculinos por una parte, y por otra, la mayor adjudicación de rasgos machistas por los profesionistas y las personas de mayores ingresos puede interpretarse con base en Lagarde (1997); como evidencia de que el paradigma en el modelo patriarcal es el varón, y de que éste modelo es asimilado en mayor grado por las personas con mayores ingresos, escolaridad y estatus socioeconómico, quienes están más identificadas con los valores hegemónicos occidentales. Lo femenino, en tanto sumisión, y entendido como la servidumbre de las mujeres a los hombres, fue más frecuente en las personas que ya tienen una posición de sometimiento por la clase social a la que pertenecen.

La incorporación de la mujer al trabajo remunerado ocurre en condiciones más desfavorables que las del resto de los trabajadores. Estas desventajas se refieren

a menores salarios, puestos de menor categoría y discriminación para obtener ascensos, contrataciones y programas de capacitación. La capacitación femenina en el ámbito laboral no se ha visto acompañada de cambios en la distribución del trabajo doméstico y el cuidado de los hijos, lo que ha llevado a la mujer a una doble jornada de trabajo. Tampoco se han adecuado las condiciones laborales a las necesidades de las mujeres que desempeñan esta doble jornada.

Un gran número de mujeres trabaja en áreas que demandan altas cuotas de productividad caracterizadas por la restricción de los movimientos, posturas incómodas y falta de higiene, y otras en el área de los servicios en donde se enfrentan al estrés laboral. Las madres gestantes se ven expuestas a riesgos adicionales, ya sea por la naturaleza del trabajo o por la exposición a agentes químicos, físicos, biológicos y psicosociales. Además el hostigamiento sexual se dirige más frecuentemente a las mujeres, lo que refleja las diferencias en la jerarquía del poder de las organizaciones respecto al género.

Todas estas condiciones tienen un impacto negativo sobre la salud reproductiva, física y mental de las mujeres.

Entre las amas de casa, las tensiones derivadas de su papel de madre y de su relación con la pareja se relacionan con mayor depresión y somatización. La elevada sintomatología depresiva demuestra el efecto adverso de los bajos ingresos y las dificultades que producen en las mujeres. La crisis económica impide a amplios sectores de la población la consecución de sus metas, lo cual es interpretado por muchas mujeres como una falta personal y las lleva a reprochárselo y a desarrollar síntomas de psicosis afectiva y desesperanza porque

la pobreza afecta más a las mujeres; y son ellas las más afectadas por la violencia doméstica, la adicción a sustancias de alguno de los miembros de la familia y la presencia de ancianos y enfermos crónicos, y casi siempre son el sostén de la familia. Estas situaciones las llevan a tener sentimientos de depresión ante los que usan mecanismos de adaptación y defensa como la resignación, el fatalismo y la tolerancia extrema.

La pobreza es indudablemente el factor contextual más importante en las áreas rurales de México que contribuye al desarrollo de una propia cultura, y se considera como un estado de necesidad determinado por la carencia de lo indispensable para el sustento de la vida. De acuerdo con datos recientes, más de la mitad de la población mexicana se encuentra en condiciones de pobreza extrema y este fenómeno afecta inminentemente a los estados y regiones de México que presentan una mayor concentración de población en las zonas rurales que se dedican a labores agropecuarias o que son indígenas. Otros factores que contribuyen al desarrollo de una cultura propia en el medio rural son: aislamiento geográfico, roles de género sumamente tradicionales, bajo nivel educativo, familias numerosas, desempleo o subempleo, emigración laboral a ciudades cercanas o a Estados Unidos y, en general, la falta de acceso a bienes y servicios sociales.

La diversificación laboral en el campo mexicano ha obligado a muchos a dedicarse a otras labores pasando a ser secundario el trabajo de la agricultura. Un gran número de campesinos ahora se ha integrado a la industria incipiente como

obreros no calificados, que se desarrolla en comunidades cercanas y que están más urbanizadas. Emigran a las grandes ciudades, o se integran a la emigración laboral a los Estados Unidos. Este último, es un proceso que se observa desde hace ya muchas décadas, sobre todo entre los hombres rurales de la zona centro-occidental del país. Las mujeres rurales, por su parte, se dedican casi exclusivamente a labores del hogar, aunque muchas de ellas también generan ingresos en el sector de la economía informal: lavando y planchando ropa ajena, en la venta de alimentos preparados, y en el bordado y tejido.

Resultados de estudios que se han centrado en el ámbito rural sugieren que la emigración a los Estados Unidos es un factor de riesgo para los habitantes de las comunidades rurales en donde esta conducta se ha institucionalizado. Si bien, por un lado, el dinero que envía el emigrante contribuye a solucionar las carencias económicas de la familia que se queda, por el otro, la ausencia del hombre provoca problemas psicológicos y sociales entre los miembros de la unidad familiar.

En general, se favorece la escolarización de los varones, mientras que las niñas se quedan en casa a ayudar a las tareas domésticas. Los roles de género que prevalecen en el medio rural son aún más tradicionales. El papel asignado al hombre se caracteriza por su dominio y autoridad incuestionables, su responsabilidad de proveedor y la paternidad como prueba de su masculinidad. A las mujeres, se les asignan características de servicio, sumisión, sacrificio y obediencia hacia la figura masculina. La función fundamental de las mujeres rurales es la procreación y el mantener el bienestar de los miembros de la unidad familiar, tareas extremadamente difíciles que implican un gran desajuste físico y

emocional; sobre todo por las circunstancias de pobreza en las que se desenvuelve su vida cotidiana. Por lo tanto, las condiciones adversas de la vida se han encontrado estrechamente relacionadas con la presencia de psicosis afectivas, en particular la depresión y la sintomatología depresiva.

También otras investigaciones con mujeres rurales han reportado altos índices de sintomatología depresiva, así como del malestar emocional conocido popularmente como *nervios*, condición que se manifiesta con síntomas semejantes a los de los trastornos del afecto. Los nervios son un síndrome ligado a la cultura mexicana sobre todo en el medio rural, que tiene componentes somáticos y psicológicos. Se expresa a través de una variedad de síntomas que incorpora entre otros: dificultad para respirar, náusea, diarrea, vómito, dolores de cabeza, estómago, pecho y espalda, irritabilidad, tristeza, angustia, llanto, falta de concentración, temores y desesperanza.

El abordaje de la salud mental en poblaciones rurales es una tarea difícil, ya que en estas comunidades las conductas asociadas con las enfermedades mentales son muchas veces interpretadas de forma radicalmente diferente a los conceptos propuestos por la psicología moderna. En este medio, las personas evalúan sus estados físicos y emocionales, de lo que es sano y de lo que no lo es, de acuerdo con lo aprendido en su grupo cultural.

La violencia social es otro problema social que genera consecuencias psicosociales en los habitantes de las grandes urbes, tales como el miedo a la victimización, el estrés, la falta de ayuda hacia los demás, la desconfianza a los

desconocidos, etc. La inseguridad es la vulnerabilidad que perciben los individuos ante ciertos espacios o ante otras personas las cuales se asocian con la amenaza de la victimización.

Esta inseguridad puede generar desde cambios en los patrones de la conducta muy específicos, hasta cambios completos en el estilo de vida de las personas.

Varios autores han informado que una gran cantidad de fenómenos del medio ambiente generan sentimientos de inseguridad en las personas. De hecho, Taylor (1998) menciona que existe un estrecho vínculo entre los niveles de percepción de deterioro físico y social y los niveles de miedo en los individuos. Así pues, el miedo y la inseguridad parecen estar muy relacionados con el síndrome psicológico de la ansiedad, caracterizada por preocupación, nerviosismo e intranquilidad urbana, derivada de la desorganización física y social del medio ambiente que rodea a los sujetos; por lo que la selección de ciertas conductas de evitación por parte de las mujeres, depende de ciertos factores tales como: las circunstancias personales (el ingreso económico, la educación, etc.), los atributos psicológicos (como el sentimiento de vulnerabilidad) y las condiciones del lugar de residencia (signos de desorden social o físico). Los factores que parecen influir más en estas conductas son los psicológicos y los ambientales.

Las razones por las cuales las mujeres sienten una especial inseguridad tiene mucho que ver con las condiciones sociales de género y las normas sociales en general. Valentine (1995) menciona que para comprender el por qué la mujer desarrolla imágenes de peligro ante ciertos contextos ambientales, es necesario comprender los factores que contribuyen a este proceso, tales como:

A) La socialización. Este proceso ha marcado como único espacio de desarrollo, al hogar; de modo que las mujeres que tienen acceso a la vida pública aún están sometidas a mandatos culturales relacionados con los riesgos e inconvenientes de este acceso.

B) La familia. Desde edades tempranas la familia le enseña a la niña que hay ciertos lugares que tiene que evitar por su propia seguridad, aunque raras veces se le explica el motivo, así, a lo largo de su vida, la mujer desarrolla imágenes sobre situaciones que están asociadas al peligro.

En este estudio, las mujeres del nivel medio-bajo reportaron más conductas limitantes en su estilo de vida, así como mayor percepción de deterioro físico y social.

Esta inseguridad de las mujeres les afecta directamente sus actividades cotidianas llegando a limitarlas severamente en algunos casos.

En otra investigación llevada a cabo en 1995 también con población mexicana, evaluaron las áreas potencialmente estresantes para la población, éstas fueron: la familiar, la social y de la sexualidad. En esta investigación el malestar emocional se refirió a la sintomatología depresiva y a la ideación suicida, siendo el estrés psicosocial un importante indicador de riesgo de la sintomatología depresiva y de la ideación suicida.

La adolescencia es una etapa de desarrollo humano potencialmente estresante, en la que inciden variaciones según la cultura, el nivel socioeconómico, la edad y el género. La adolescencia como periodo de transición entre la niñez y la adultez, demanda una determinada reorganización social como resultado de nuevas interacciones sociales, en busca del establecimiento de una identidad psicosexual madura y funcional. En esta búsqueda, el motor es la exploración del ámbito extra familiar, donde el grupo familiar de procedencia da su importancia al grupo social de amigos. Este interjuego de relaciones genera encuentros potencialmente estresantes que matizan el significado de la nueva reorganización psicosocial del adolescente. Esta reorganización demanda esfuerzos adicionales tanto del adolescente mismo, como de quienes le rodean, es decir, del contexto en su conjunto, de modo tal que persona y ambiente sociocultural se influyen entre sí.

En este interjuego de relaciones se ensayan y practican respuestas de enfrentamiento y mientras varios problemas cotidianos son resueltos por medio de una respuesta de enfrentamiento en particular, en la adolescencia es más frecuente que tales problemas, particularmente aquellos que se refieren a las áreas familiar, social y de la sexualidad, requieran de numerosos intentos de enfrentamiento antes de que la situación estresante sea resuelta de manera efectiva. Es así que, ante las circunstancias estresantes, las respuestas de enfrentamiento son un elemento clave de análisis que incide también sobre el estado emocional de las personas. En este proceso por demás dinámico, de estrés-repuestas de enfrentamiento-consecuencias emocionales, se han distinguido particularidades intrínsecas al sexo, edad, nivel socioeconómico y ámbito cultural.

Para Lazarus (1990) el estrés psicológico se refiere a una clase particular de relación entre la persona y su ambiente, la relación se torna estresante cuando se percibe que excede los recursos personales-psicológicos y sociales. La unidad de análisis es la transacción, donde la evaluación cognoscitiva de la persona le simboliza daño, miedo al daño, o reto.

Para Lazarus y Folkman (1984), las respuestas de enfrentamiento son los esfuerzos cognoscitivos y conductuales en constante cambio, que se desarrollan en respuesta a las demandas específicas internas y externas evaluadas como excedentes o desbordantes de los propios recursos personales, considerando siempre el entorno sociocultural de los mismos.

Existen planteamientos que afirman que las personas de bajos recursos económicos se enfrentan con más frecuencia a situaciones tensionantes (Lara y Salgado de Zinder, 1994). Esto se explica por el incremento de estresores psicosociales que vive la gente en el mundo actual.

Las relaciones estresantes son un importante factor de riesgo de la sintomatología depresiva y de la ideación suicida y aún cuando el impacto del estrés psicosocial sobre el malestar emocional sea significativo en todos los niveles socioeconómicos, éste es mayor en el nivel bajo debido al efecto amortiguador de las variables mediadoras con que cuentan en su mayoría los demás niveles socioeconómicos como los recursos psicológicos (ej.: la autoestima, el locus de control, etc) y los recursos sociales (ej.: apoyo familiar, social, etc.), ya que éstas tienen influencia en el efecto diferencial según el nivel socioeconómico.

Las respuestas evitativas también son mayores en el nivel socioeconómico bajo. Por tanto, las variables atributivas y contextuales son importantes ya que hay elementos que se comparten o se distinguen entre sí, según los diferentes grupos poblacionales. Todo ello, entendido en el marco de referencia sociocultural particular de que se trate.

Respecto a los arquetipos del amor, estos se repiten con toda su monótona exactitud, a pesar de la posmodernidad del envase. Contribuyen, con tantas expresiones del arte y de la vida, a mantener la lozanía de los viejos mitos sobre los valores femeninos. Así, los efectos depresógenos de la socialización del papel femenino son: la pasividad y la abnegación que deben mostrar las mujeres, el poco valor que les atribuye la sociedad; las vivencias tradicionales de ciertos papeles (madre, esposa, ama de casa) y la mayor responsabilidad que se les asigna desde la niñez.

La depresión se ha convertido en uno de los trastornos mentales más frecuentes entre la población de diferentes países y ha sido reconocida como un problema de salud pública. Estudios recientes en donde se ha tomado en cuenta la discapacidad e incapacidad relacionada con el trastorno, han demostrado el impacto y la trascendencia del mismo, ocupando en la actualidad el cuarto lugar entre las enfermedades más discapacitantes y estimándose que para el 2020 será la segunda causa de morbilidad.

5.4 El estado civil como factor causante de psicosis afectiva.

Se ha sostenido la tesis de que las mujeres casadas sufren en mayor proporción de depresión en comparación con las que no se hallan sometidas a los rigores del hogar. Se ha llegado a enunciar que el matrimonio mata el amor, pero primero, mata a la mujer.

A este respecto se realizó un estudio en España sobre una muestra de cinco mil personas a las cuales se les suministró una escala de depresión, los resultados apuntaban a considerar a la mujer ama de casa entre treinta y cinco y cincuenta años con más de tres hijos, y cuanto más baja fuera de clase social; como el grupo de más alto riesgo para la aparición de algún tipo de psicosis afectiva.

Junto a esta línea de investigación, otros trabajos muestran que las mujeres casadas tienen efectivamente, más dificultades en su vida conyugal pero, estas dificultades coinciden con otras también serias que tienen las mujeres para el establecimiento de relaciones interpersonales en toda la gama de la vida social, y estos déficits afectan específicamente al matrimonio.

Existe creciente evidencia sobre el papel que desempeñan los problemas de pareja y las fallas en la intimidad en las causas de las psicosis afectivas en las mujeres. En un cuidado y valioso estudio que pone al día la información acumulada, los psicólogos canadienses Barnett y Gotlib concluyen que son las

mujeres las que en mayor proporción sufren de psicosis afectivas y en especial, de depresión por problemas de pareja. Ponen especial atención en distinguir los factores que han actuado como causa de la depresión de aquellos otros que sólo acompañan y refuerzan una depresión previa, o que se desencadenan como efecto y consecuencia de la misma.

Los datos disponibles permiten afirmar que los conflictos afectivos con sus parejas, constituyen el motivo más frecuente del origen de la depresión en las mujeres. Con respecto al divorcio, los porcentajes en las parejas con un miembro depresivo es ocho veces mayor que en las que no se encuentra este síntoma. Resulta llamativo que, en aquellos casos en que el marido era el depresivo, la terapia conseguía equilibrar la pareja, pero no cuando el miembro depresivo era la mujer, pues el marido raramente soportaba la situación. Las conclusiones sugieren que las mujeres son más tolerantes con la depresión de su pareja que los hombres.

Estos hallazgos se suman a la experiencia clínica de psicólogos, psiquiatras y psicoanalistas acerca de los motivos por los que las mujeres se sienten inclinadas a pedir consulta, los cuales giran en torno a:

- 1.- Problemas de relación en la pareja.
- 2.- Amenaza de pérdida de la pareja.
- 3.- Ruptura amorosa.
- 4.- Soledad.
- 5.- Problemas en las relaciones familiares.

Un segundo cuerpo de estudios llevado a cabo, tiene que ver con las condiciones o tendencias psicológicas que se encuentran con mayor frecuencia en las personas que sufren depresiones : *dependencia y restricción social*.

La dependencia crucial en la causación de depresión es la dependencia del juicio del otro para el mantenimiento de la autoestima; es un matiz o componente de la dependencia emocional. Cuanto más depende una persona de otra, en forma exclusiva o casi exclusiva para la regulación de su autoestima, más facilitado tiene el camino hacia la depresión. Las vicisitudes de la relación y su eventual riesgo de pérdida provocan constantes e intensas fluctuaciones en la autoestima que originan gran parte de las manifestaciones depresivas como mal humor, desgana, irritabilidad, tristeza.

La restricción social se refiere básicamente a aquella situación en la que una persona desempeña un solo rol, un solo tipo de actividad central en su vida, o que se halla muy aislada y con poca participación social o familiar. La importancia de este factor se debe a que reduce las fuentes de alimento y mantenimiento de la autoestima. La restricción social coloca a la persona en la misma condición de un país que tuviera un solo producto o una sola mercadería para intercambiar: cualquier vicisitud de la materia prima o cualquier problema en la comercialización se convierte en algo catastrófico.

Como consecuencia de estas características –mayor dependencia a pocas o a una única figura significativa, y vida restringida a pocas actividades y relaciones– las personas son más vulnerables a la pérdida, se sienten inseguras en sus

vínculos, temerosas de perderlos, y cuando esto sucede se deprimen con suma facilidad.

Estos datos permiten comprobar lo que en el campo de la salud se viene reiterando desde hace algo menos de una década, que los factores psicosociales que conducen a la depresión no son sino el espíritu mismo del estereotipo de la feminidad.

Investigando los factores biográficos y el grado de soporte social de las mujeres aquejadas de depresión posparto, los datos que resaltan son la carencia o ausencia total de apoyo afectivo, serios problemas de comunicación con el marido, falta de colaboración y ayuda doméstica, así como desconexión con el bebé.

La mujer generalmente se queja de nerviosismo creciente, empeoramiento de sus relaciones matrimoniales y dolores de cabeza persistentes. Regaña, critica, siente que pierde el control sobre sus emociones, hecho que a su vez le angustia, pues se contempla destemplada a sí misma con cierta crueldad.

Siente que el mundo ha cambiado y ella ha perdido mucho con el cambio. El romanticismo de la pareja joven se ha desvanecido, ahora ella está en su casa teniendo y cuidando hijos y él haciendo esfuerzos por conseguir un bienestar.

Cuando los hijos han crecido, estudiado, tienen otros horizontes y ya no la necesitan como cuando eran pequeños. Su marido tiene actividades y otras relaciones mientras ella se ha ido quedando paulatinamente y sin darse cuenta, ajena a ese mundo que con sus manos y gran esfuerzo ha contribuido a crear. No encaja ya en él, no se siente cómoda, se aísla y comienza a acumular malestar y

rabia. Estas sensaciones originan en la mujer la añoranza de los tiempos en donde sus hijos estaban pequeños y hasta su propia infancia, épocas en las que se sentía rodeada y querida. Tenía un lugar en casa, ahora se ha quedado sin papel estelar para representar.

Cuando los familiares o amigas le hablan de las virtudes y ventajas de no estar encerrada entre cuatro paredes, de que le vendría bien tener una ocupación y otras relaciones; ella no encuentra deseo alguno que la motive en esa dirección. No le interesa ser una mujer moderna porque ella disfruta su casa y si es estimulada para que salga, trabaje y sea independiente, no siente ni entiende la propuesta como beneficiosa, más bien, siente que tanto el marido como los hijos se la quieren quitar de encima.

Este tipo de depresión se describe como depresión de la mujer de mediana edad y en otros casos como síndrome de nido vacío, ambas tienen su origen debido a que en el último medio siglo, los modelos de feminidad han variado con rapidez y al estar educada y formada para "sus labores" lo que quiere decir que sea una habilidosa y suprema cocinera, o que le cosa los vestidos a todas sus hijas, o que disfrute con la decoración de su casa siendo esto lo único que ocupe su interés (su vida cotidiana); ahora descubre que esto no es suficiente.

Tiene dificultades para encarar el dilema generacional que la vida le impone. Su atrincheramiento en un modelo tradicional de mujer está formado por un gran miedo y una falta de confianza en sus propios recursos y en consecuencia, se refugia en la casa. Cada vez que se le presenta un trámite o algo que deba encarar por sí misma, titubea, tiene miedo al ridículo. Cada vez que tiene un contratiempo se asusta, se disgusta y se persigue de forma anticipada por lo que

le van a decir y porque entonces no va a conseguir esa sonrisa de aprobación, esa contraseña de que es querida y valorada, savia vital que la alimenta. Lo que se inicia como un problemita en el diario quehacer se va coloreando de zozobra, desasosiego, crispación y cuando se encuentra con algún miembro de la familia se invade de malestar, mal humor y hasta puede provocar una pelea.

Lo que complica más el panorama es que al día siguiente no se propondrá un plan de ajuste de aquello que olvidó, equivocó, ignoró o dejó pasar, sino que se atormentará sintiéndose opaca, inservible, no querida y esperará la vuelta de su marido o hijo para descubrir en sus rostros esa señal de amor que le devuelva la vida pero, ellos ajenos a la tragedia serán sordos a esa silenciosa pero ansiosa petición y en cambio, escucharán azorados y confusos sus gritos y gesticulaciones quejándose de que nadie le hace caso. El mecanismo "bola de nieve" se ha puesto en marcha donde un problema de eficacia mal resuelto ha generado un conflicto interpersonal de envergadura, todos terminan culpabilizados e irritados incubando ella una microdepresión, pero el estado de desgana y malestar produce mayor ineficiencia, mayor insatisfacción con el entorno, un nuevo conflicto y en consecuencia, mayor depresión.

Estas microtragedias cotidianas al no ser identificadas claramente ni resueltas en forma oportuna y puntual, se convierten en confusos malestares femeninos.

Todas sus quejas son de orden emocional, le falta comprensión, apoyo, los hijos y los maridos van a lo suyo, llegan, cogen el periódico o encienden la televisión y se desentenden. Ante cada una de estas situaciones sienten una enorme indignación pero no dicen ni hacen nada y si reclaman lo hacen a destiempo,

cargando la situación de una sobredosis de fastidio que no es pertinente ni proporcional a la supuesta falta que denuncia terminando en depresión y confiando en que los demás adivinen qué necesita, esperando que funcionen como buenas madres que saben lo que sus pequeños quieren o lo que les duele.

La mayoría de las mujeres que sufren de depresión del ama de casa comparten la creencia de que sus maridos no las comprenden, no las apoyan ni las tienen en cuenta. Por lo general, tienen razón pero también por lo general, no se trata de una conspiración machista sino de un profundo desencuentro e incomunicación entre los sexos.

Para no sentir angustia a lo largo de la vida utilizan fundamentalmente una táctica sin ser conscientes de ella: evitar las situaciones temidas, postergarlas, tratar de pasar desapercibida y aún, para no enterarse de su propia limitación, con frecuencia justifica su retracción a través de la crítica a los demás, tratando de convencerse de que no sale o no va a ningún lugar porque no le interesa, porque la gente con la que se encontraría tiene tal o cual defecto. Miedos y fobia social que la conducen a evitar de forma defensiva las situaciones temidas lo que genera un déficit de habilidades sociales y de logros personales. Esto hace que se sienta más insegura y frustrada lo que origina su agresividad contra todos y contra sí misma, agresividad que es atribuida a los otros y suscita miedos que se realimentan y generan un círculo vicioso que profundiza cada vez más la depresión.

Es necesario identificar cuáles son los motivos que precipitan al ama de casa a la depresión. No hay una única causa, si bien todas las que padecen de este malestar comparten el tener como papel fundamental de sus vidas a partir del cual se definen como mujeres en el mundo, la identidad de amas de casa, cada mujer, a partir de su biografía, de las características de su propia familia y de las vicisitudes de su infancia y adolescencia, terminará en un cuadro depresivo por distintos motivos. Si la feminidad y la masculinidad que son los modelos organizadores de nuestra conducta y de nuestros pensamientos, imponen a las mujeres como tarea primordial el cuidado del mundo privado y a los hombres la conquista del mundo exterior; no es casual que las mujeres se depriman cuando existen dificultades en sus relaciones afectivas y los hombres cuando las tienen en su trabajo.

Es imprescindible poner de relieve que las mujeres tendemos a convertir cualquier problema o desajuste, o dificultad de cualquier orden, en un problema emocional como si tuviéramos una única moneda de cambio y creemos que todo se resuelve por medio del elixir del amor. La consagración milenaria del modelo materno como figura valorada de la feminidad ha desarrollado una psicología femenina al servicio del sosiego emocional del niño y del hombre, pero ha descuidado en su formación de la mujer como ser humano, aspectos esenciales para el dominio de la realidad. La mujer paga esta falta de recursos, este sentimiento de impotencia y de carencia de instrumentos para que las cosas se realicen y se modifiquen, con un exceso y abuso de emoción. Se trata de una deficiencia, de una falta de información, de un error, o de una respuesta inadecuada; lo aconsejable es no correr en busca de un

remedio fácil e infantil como el beso o la muestra de cariño (solución universal), pues de esta manera sólo reforzamos nuestra debilidad e inseguridad.

No sirve reclamar que nos entiendan y nos quieran tal cual somos, porque nosotras mismas no nos aguantamos como somos; pero tampoco es cierto que no necesitemos amor. Lo necesitamos en forma de autocuidado y autocomprensión, que nos proporcionen tiempo, firmeza y decisión para tomar las riendas de nuestra mente. Pareciera que como mujeres no confiamos en nuestras capacidades intelectuales, y si se trata de pensar, reflexionar o cambiar la forma de pensar; abandonamos la labor porque la consideramos imposible.

Hay una pérdida de la propia identidad por sumisión, por amor, un amor que se sostiene como disponibilidad absoluta, por creer que si los otros se enfadan; es porque una es mala, inadecuada o culpable.

La queja sobre la tortura de la vida conyugal, el sufrimiento permanente de la convivencia, la sordidez de la vida matrimonial de muchas mujeres ha sido siempre un factor clave en la depresión y el pánico que les sobreviene ante la amenaza de separación o el divorcio consumado.

En su interior se sienten mal, criticadas y para aliviarse se desquitan con el marido o los hijos pero al cabo de unas horas – y ésta es la faceta específica en los cuadros depresivos- comienzan la rumiación autodenigrante, se siente miserable e indigna de romper todas sus relaciones y considera que ella no puede vivir sola llegando a encubar la idea de suicidio.

Una minuciosa investigación examinó la relación existente entre las dificultades en el desempeño del rol de esposa y la opinión que la propia mujer casada tiene sobre sí misma y la depresión. Los aspectos del rol estudiados son: a) intimidad, b) cuidado de los niños, c) habilidades culinarias, d) arreglo y manejo del hogar. Los hallazgos demuestran que los mínimos desacuerdos conyugales afectan seriamente la eficacia en la forma en que las mujeres casadas desempeñan su rol; a su vez la opinión que tenga el marido, las críticas, las desilusiones o los desacuerdos afectan seriamente la estima que la propia mujer tiene sobre sí misma.

Este mal concepto, esta mala opinión de sí misma que surge y se construye en el seno de la interacción conyugal, es una precondition y un factor a la depresión. A este panorama podríamos añadir la rabia y la hostilidad contenidas contra el marido, a quien se odia secretamente porque hace que ella se sienta mortalmente herida en su amor propio. Es un círculo vicioso, se genera la depresión por dificultades en el manejo del hogar y la sensibilidad a la crítica, con sentimiento de culpa posterior debido a los arrebatos de cólera, por la fobia social, su obligada restricción, sus frustraciones sin solución, y por la violencia y el pánico a la soledad.

Las vías de entrada, las causas de la depresión pueden ser múltiples, como un delta enmarañado formado por cientos de arroyuelos que desembocan todos en el mar negro.

Otra de las vías, significativa; de entrada a la depresión puede ser: los sentimientos de odio y/o culpa centrados en torno a una crisis de pareja.

Generalmente una se casa enamorada no obstante, al cabo de unos años, un profundo malestar corona las relaciones conyugales con resentimientos y hostilidad llegando a odiar a la pareja y a la decisión de quererse separar pero por dependencia económica o porque no se ven viviendo solas no toman la iniciativa.

Las mujeres de comportamiento ejemplar: hija cariñosa, estudiante destacada, trabajadora infatigable, profesional responsable, fiel esposa y madre dedicada; caen en depresión en el momento en que descubren que su esposo tiene una amante por lo que la relación matrimonial se deteriora severamente. Planeada la separación no reclama nada porque teme pelear y complicarse la vida en pleitos y juicios, de manera que se hace cargo de la manutención de sus hijos y de la suya propia, intensificando sus horas de trabajo para solventar el aumento de los gastos.

Las mujeres casadas, con hijos que trabajan fuera del hogar y que desarrollan actividades políticas, sociales o comunitarias, se sienten agobiadas por la cantidad de trabajo y de responsabilidad que tienen sobre sus espaldas. Muchas de ellas sufren amargamente por lo niveles de esfuerzo que se autoimponen y que no pueden cumplir. Pero la manía perfeccionista es vieja como el tiempo y va tomando distintas fisonomías de acuerdo al cambio de costumbres de nuestras sociedades y al cambio de expectativas sobre la identidad misma.

Siguen existiendo las amas de casa compulsivas que han construido su estima, su orgullo de mujer, en torno a la limpieza de sus hogares y que colocan en segundo o tercer lugar de prioridades a sus hijos o su sexualidad. Pero un conjunto cada

vez más numeroso de mujeres apuestan por otro tipo o modelo de perfección femenina, algunas de ellas lo hacen por un modelo absolutamente opuesto al ama de casa, por lo general opuesto al de sus madres.

Y aunque hay mujeres que están contentas de no salir a trabajar, hay muchas que se deprimen por dedicarse sólo al hogar.

El trabajo doméstico es muy valioso, ya que gracias a que hay comida, ropa limpia, una casa aseada y quien se preocupe por la salud de los miembros de la familia, ellos pueden dedicarse a otras actividades como estudiar o trabajar sin embargo, muchas veces estas tareas no son reconocidas ni valoradas por los demás miembros de la familia, ni tampoco por la sociedad.

Las tareas domésticas son una carga muy pesada, por ellas no se recibe paga económica, ni se tienen vacaciones, horarios y tiempos de descanso, como en otro tipo de trabajo.

A diferencia de las mujeres que trabajan, muchas de ellas que sólo se dedican al hogar tienen poca oportunidad de convivir y platicar con otros adultos y pierden contacto con personas e instituciones que pudieran apoyarlas en caso de necesitar ayuda.

También les afectan más los problemas con su pareja y reciben mucho menos ayuda de otros miembros de la familia o de otras personas, que las que salen a trabajar.

Cada vez es mayor el número de mujeres que trabajan fuera de la casa, la mayoría lo hace por necesidad económica o por darle a su familia un mejor nivel de vida, pocas lo hacen sólo porque les guste.

Si trabajan, de todos modos siguen siendo responsables de que todo marche bien en su hogar; muchos esposos no comparten los quehaceres domésticos aunque ellas también aporten dinero.

En el trabajo tienen otros problemas: los patrones no entienden las dificultades que enfrenta la madre que trabaja; a muchos sólo les importan las ganancias que les proporciona emplear mujeres, ya que con frecuencia trabajan mejor y se les paga menos.

Las mujeres se deprimen al ver que a los hombres les pagan más por el mismo trabajo y porque les dan promociones que ellas merecían. También sucede que ellos las tratan como inferiores, y a menudo son acosadas sexualmente por jefes y compañeros, quienes las chantajean con que si no acceden tomarán represalias en el trabajo.

Casi siempre las mujeres se preocupan de que sus hijos estén bien cuidados mientras ellas trabajan y en la mayoría de los casos el dinero que ganan contribuye a una mejor salud y educación de sus hijos.

Sobre las mujeres recae la responsabilidad de cuidar a los enfermos y ancianos, y si sus hijos o marido tienen problemas, por ejemplo en la escuela, de drogas, conducta o alcohol; ellas son las que se hacen cargo de que reciban tratamiento. Esto les impone una pesada carga física y emocional.

Por tanto, en esta población los acontecimientos que se consideran antecedentes biográficos significativos para el desencadenamiento de una depresión son los siguientes:

- A) Condiciones de aislamiento social, migración, exilio, cambio de residencia.
- B) Más de dos o tres hijos pequeños a su cargo.
- C) Carencia de una red de apoyo.

No hay duda de que todos estos factores tienen una enorme importancia afectiva para cualquier ser humano, pero en las mujeres; alcanzan a explicar la frecuencia de los cuadros depresivos específicos que en realidad parecen derivar, más que de un acontecimiento excepcional, de la vida corriente de las mismas.

La depresión de las mujeres está impregnada de su vida cotidiana, de su vida común y corriente.

5.5 Las complicaciones obstétricas como factor causante de psicosis afectiva.

Las madres que principalmente padecen de algún tipo de psicosis afectiva durante su embarazo o al culminar este presentando un gran número de complicaciones obstétricas y en consecuencia, originan algún padecimiento afectivo en su hijo son principalmente, mujeres propensas a percibir una amplia gama de situaciones objetivamente no peligrosas como amenazantes y que manifiestan con facilidad síntomas de ansiedad en multitud de circunstancias de la vida diaria. Las consecuencias más comunes de la mala adaptación al estrés se encuentran habitualmente dentro de una "zona gris" entre salud y enfermedad, la zona donde uno "no está bien", pero no tiene una enfermedad nosológicamente definida. Su característica principal es una sensación de enfermedad, experimentada como malestar (fatiga, cambio de humor) y acompañada de disregulación vegetativa. Muchas veces es un simple estado de ansiedad, y otras una sensación de inutilidad y fracaso, que acompaña a una inhibición de conducta.

El estado descrito ha sido calificado por muchos autores, incluso por el propio Selye, como distrés, aunque es preferible emplear otros términos más precisos y de amplio uso médico, como el de estado de ansiedad.

El distrés abarcaría no solamente el estado de ansiedad, sino síntomas de depresión y los desórdenes asociados de conducta, en una intensidad moderada. La falta de adaptación al nuevo estado en el que se encuentra la mujer, con el establecimiento de un estrés crónico, puede originar enfermedad psicoafectiva,

incluso somática. Estas enfermedades son altamente variables y heterogéneas con una etiología multifactorial en la que los factores psicosociales tienen gran importancia y juegan un papel decisivo a través del estrés.

Lazarus y Folkman (1984) distinguen efectos inmediatos y efectos a largo plazo del estrés, tanto fisiológicos como psicológicos y sociológicos. Los efectos inmediatos incluyen la activación neuroendocrina, los sentimientos positivos o negativos despertados y la calidad del resultado del encuentro entre el sujeto y la sociedad. Estos efectos pueden desencadenar enfermedad aguda, por una exageración de las alteraciones neurovegetativas y endocrinas de la activación, agravadas por la existencia de defectos orgánicos preexistentes (enfermedades cardiovasculares, endocrinas, metabólicas, etc.), minusvalías constitucionales, o estados fisiológicos de aumentada vulnerabilidad, como lo es el embarazo.

Los efectos a largo plazo pueden ser enfermedad somática crónica, alteración del bienestar y deterioro grave del funcionamiento social, ya que algunos individuos son capaces de traducir su distrés mediante síntomas orgánicos encubriendo con los mismos, su ansiedad y depresión. La diferente manera de traducir el estrés reside en diferencias individuales, en la capacidad de expresar y verbalizar las emociones.

Durante la gestación, el acontecimiento estresante más importante suele ser el embarazo mismo, un hecho que frecuentemente no se tiene en cuenta en investigaciones recientes sobre el estrés y las complicaciones de la gestación.

La gestación, sea la primera o no, tiene dos características a las que Lazarus y Folkman conceden importancia para que un acontecimiento pueda ser estresante: la ambigüedad y la inminencia. Un embarazo aparece de forma insidiosa, con señales dudosas, e inicialmente su evolución futura es problemática. La actitud de la mujer es ambivalente: desea el embarazo y, a la vez lo rechaza por el terror-pánico hacia los cambios corporales.

La mayoría de las futuras madres describen el embarazo como un período que debe ser tolerado, algo que requiere atención. Los términos usados generalmente son muy negativos, muchas veces ambivalentes. Admiten sentimientos de frustración y ansiedad cuando supieron que estaban embarazadas. La ambivalencia ante la primera noticia, y en el curso del primer trimestre es muy común, incluso en los casos de una gestación deseada.

La gestación anuncia la inminencia de nuevos acontecimientos que suceden a lo largo de la misma, hasta terminar en el parto y en el nacimiento del hijo, siendo el estrés del embarazo debido gran parte, al presagio del parto inminente.

Una gestación suele conllevar pequeñas exigencias y molestias que originan estrés por sí mismas. La experiencia del embarazo se acompaña de trastornos (náusea, vértigo, cambio de apetito, disuria, etc.) que pueden causar inquietud. El mismo aumento de peso y deformación corporal puede motivar depresión.

La necesidad de acudir al médico o al servicio de Salud, de sufrir exploraciones y pruebas, de obtener ciertos papeles etc., pueden incrementar la tensión crónica sobre todo para la mujer que trabaja o tiene otros hijos pequeños.

La capacidad del acontecimiento "embarazo" para causar algún tipo de psicosis afectiva en la madre y consecuentemente en el futuro hijo, se debe a su doble aspecto como desafío y como amenaza. La gestación implica una tarea de desarrollo psicosocial, o más exactamente, una sucesión de tareas u objetivos. Se trata de tareas difíciles y comprometedoras, cada vez más exigentes pero, simultáneamente; hay importantes sobrecargas físicas y una concreta amenaza de daño, incluso muerte con seguridad de dolor, no sólo para la mujer sino también para el feto. La mujer es consciente de ello y experimenta preocupación, ansiedad, y miedo.

El carácter de la gestación como crisis psicológica, un período de desequilibrio fisiológico y psicológico agudo; induce el crecimiento y maduración de la mujer. La gestación es una preparación para la maternidad que incluye la repetición y la reactivación de los conflictos tempranos de la mujer con su propia madre por lo que debe admitir, rechazar o modificar el modelo materno en un tiempo relativamente corto despertando su ansiedad.

La percepción del embarazo, la percepción de movimientos fetales, la percepción de la inminencia del parto; cada uno de estos momentos genera estrés y conlleva un trabajo de adaptación y maduración. La crisis de la gestación alcanza su final en el parto de forma inevitable. Este carácter de inevitabilidad que obliga a una solución, esté dispuesta o no la mujer, ha sido subrayado como Udreá Psicológica. La crisis del embarazo es un disturbio temporalmente limitado por un hecho que por sus características traumáticas y porque implica una división del Yo femenino,

tiene tremendo impacto emocional. En el parto hay alteraciones de la percepción y de la conciencia, pérdida de raciocinio y perturbaciones del autocontrol.

En general, la frecuencia del estrés, en consecuencia; de presentar complicaciones obstétricas y por tanto, de padecer algún tipo de psicosis afectiva en este estado está relacionada con:

- 1.- Problemas de salud de la propia mujer o de las personas a su cargo (marido, hijos, etc).
- 2.- Circunstancias de trabajo y empleo.
- 3.- Condiciones de vida, incluyendo la vivienda.
- 4.- Constelación familiar, entorno y posibilidades de ayuda doméstica.
- 5.- Relaciones con el marido.
- 6.- Funcionamiento del sistema de atención médica.

La probabilidad de desarrollar psicosis afectiva es mayor en la clase económicamente inferior. Esto, en parte se debe a deficiencias nutritivas y otras carencias, pero también a un patrón de sucesos vitales traumáticos recurrentes, característicos de la vida.

Cuando hablamos de estrés en general señalamos que causa modificaciones neuroendocrinas e inmunológicas que pueden llegar a ser tan intensas y anormales que causen perturbaciones patológicas primero funcionales como las psicosis afectivas pero luego, en casos persistentes o extremos, también lesionales. Las alteraciones de la conducta influyen sobre la salud física y

psicológica del nuevo ser como por ejemplo, las conductas defensivas o compensatorias (beber, comer en exceso, abusar de drogas o medicamentos etc.) o la inhibición-abandono (incumplimiento de tareas y prescripciones) de la madre. El órgano central sobre el que actúa el estrés durante el embarazo es el útero. La hiperactividad simpática con descarga de catecolaminas, característica de la primera fase de estrés, puede explicar una serie de perturbaciones del embarazo como:

- A) Aborto espontáneo, malnutrición fetal y crecimiento intrauterino retardado.
- B) Parto prematuro, rotura prematura de membranas y distocia hipertónica.
- C) Hipertensión inducida con enfermedad EPH.

De más compleja explicación son otras alteraciones,, las cuales nos son más entendibles refiriéndonos al agotamiento simpático por estrés crónico y a fenómenos de inhibición inmunitaria y conducta anormal, como:

- A) Infecciones, como la cistopielitis.
- B) Prolongación del embarazo y distocia hipotónica (inercia uterina).
- C) Problemas de alimentación, adicción, rechazo de ayuda médica y social, etc., que repercuten sobre el resultado perinatal.

Muchas complicaciones tienen un efecto ansiógeno directo.

Sobre las influencias psicológicas se encuentran la muerte de familiares inmediatos, separaciones, conflictos familiares, etc.

Gunter concluyó que las embarazadas con gran número de síntomas psicossomáticos y psiquiátricos, con historia previa de patología genital, antecedentes sociales de muerte, abandono, necesidad económica, problemas interpersonales e incapacidad física en los familiares inmediatos, etc., tienen mayor probabilidad de desarrollar psicosis afectivas y en consecuencia, su bebé también.

Considera fundamentales las actitudes de la gestante ya que por lo general, en ésta población son del tipo negativo demostrando también inmadurez emocional, narcisismo y sentimientos inconscientes de hostilidad y rechazo a la gestación. También tiene gran influencia la preocupación por tener un hijo subnormal.

El miedo y la ansiedad provocan contracciones miométriales con aumento de la presión intrauterina.

Teichman y Breull (1986) encontraron que los factores psicossociales interrelacionados operantes en la amenaza de parto prematuro son la soltería, el rechazo del embarazo, estreses en el trabajo, incapacidad o defectos de afrontamiento y la expectación temerosa del parto. En el TAT las futuras madres se caracterizaron por un síndrome de alineación, compuesto de rasgos de egocentrismo, pesimismo, desconfianza y resentimiento.

Desarrollan una rumeación obsesiva, o sea, una preocupación excesiva por los riesgos y las cargas de la gestación.

En los grupos con alta ansiedad en el MMPI se demostró fuerte hipocondriasis, histeria e introversión social de modo que se supone; que la alta ansiedad

manifiesta y las complicaciones obstétricas derivadas se basan en una personalidad anormal. Hubo más sublimación, negación y racionalización al tratar los sentimientos acerca de su sexualidad, así como agresión.

En esa percepción de crisis era decisiva la actitud de los maridos, sus características y el estado de las relaciones conyugales.

Las gestantes con alta ansiedad tuvieron significativamente más complicaciones en el parto, incluyendo prolongación del mismo y mayor incidencia de fórceps, pero también; más partos precipitados, hemorragias posparto, alumbramiento manual y sufrimiento fetal.

Cuando un alto nivel de cambio se asoció a recursos de afrontamiento bajos incluyendo la mala calidad de apoyo social, las complicaciones fueron aún más significativas relacionándose la ansiedad-estado, con la cuantía de los acontecimientos vitales desfavorables. La simple constatación de la actitud de aceptación o de rechazo del embarazo parece tener cierto valor predictivo, ya que la actitud negativa es asociada a muerte perinatal, anomalías congénitas, infección posparto y hemorragia obstétrica.

La ansiedad, la depresión y el estrés influyen en el resultado perinatal favoreciendo complicaciones del embarazo.

La capacidad de cuidado de la madre para su futuro hijo depende del rechazo del embarazo o del papel materno, bien denegando los cambios en la apariencia física, o reaccionando en exceso a los mismos; emprendiendo tareas que no corresponden a un embarazo avanzado o a un parto reciente. También depende de la no afiliación emocional con el feto o el neonato ya que, durante la gestación,

la respuesta a las manifestaciones vitales del feto es mínima o denigratoria. Y también depende del fallo en percibir al recién nacido como individuo real, habiendo una incapacidad para distinguir ninguna característica física o conductual, la madre no atiende como es debido al recién nacido descuidando su alimentación, su vigilancia, etc., puede haber malos tratos de palabra u obra y en muchas ocasiones, cumple su deber pero los cuidados se suministran sin amor y sin cariño.

La capacidad de amamantar depende de la actitud de la mujer hacia el embarazo y la maternidad y ésta, es facilitada por el contacto inmediato de la madre con el recién nacido en la misma sala de partos, y por el dejar al recién nacido en la misma habitación de la madre pero, al presentar ella diversas complicaciones obstétricas, estas situaciones indispensables son imposibles.

Las causas del abandono precoz de la lactancia materna por parte del bebé se asocian con insatisfacción oral y con un rechazo hacia la madre.

Por tanto, se considera que la depresión de los padres es uno de los factores claves en la calidad de los cuidados que reciben los niños. A este respecto, existen numerosos estudios que muestran los efectos negativos tanto en el carácter como en la capacidad de aprendizaje de los niños que han tenido durante períodos prolongados de su vida padres con estados depresivos, especialmente si se trata de la madre.

En las etapas de desarrollo, el cuidado materno es importante; si el 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. La ausencia de la madre por hospitalización del niño origina el problema de "hospitalismo", nombre que se le da a los síndromes producidos por la permanencia prolongada en un hospital, asilo, orfanato o en cualquier institución que rompa con los lazos familiares y sociales.

Vallejo Nágera señala que es curioso que a nadie le haya llamado la atención el que un niño criado desde sus primeros días en un orfanato no siempre haya alcanzado una personalidad destacada; en cambio, ha habido hombres ilustres con todo tipo de variantes en su infancia, para unos fue feliz y llena de comodidades; otros padecieron hambre, malos tratos y penurias de toda índole, pero casi ninguno se crió en un hospicio. Hace notar igualmente, que entre los miles de niños que a lo largo de los siglos fueron abandonados en conventos, asilos, orfanatos y hospicios, muchos lo fueron por crueles prejuicios sociales, o eran bastardos de personas ilustres, y por lo menos uno de los progenitores podía transmitir por herencia cualidades notables, sin embargo; ellas nunca se desarrollaron.

El mismo autor menciona que es tristemente célebre la anécdota acerca del emperador Federico II, quien en el siglo XIII, movido por el anhelo "experimental" quiso saber qué clase de idioma hablarían los niños que nunca hubieran oído hablar, y ordenó que un grupo de expósitos estuvieran bajo el cuidado de personas que nunca les hablarían ni les harían algún ruido, ni gesto expresivo o

afectuoso. La curiosidad del emperador no fue satisfecha, pues todos los niños del experimento murieron.

El antiguo conocimiento de que los niños alojados en conventos, asilos y orfanatos tenían un índice de mortalidad muy alto, se destacó en el siglo XIII, cuando se observó que el índice de mortalidad era más bajo en los niños que por falta de cupo en los hospicios, fueron colocados en hogares donde se les procuraba alimentación y cuidado. A mediados del siglo pasado, Parrot atribuyó las dolencias de los hospicianos a que no se les proporcionaba cariño, simpatía, gestos amables, diversiones y alegría.

En 1919, y casi en forma simultánea, Pfaundler en Europa y Chapin en Estados Unidos, denominaron "hospitalismo" al síndrome de deterioro progresivo cuyo índice de mortalidad alcanzaba el 70%, el cual aparece en los niños hospitalizados desde sus primeros días de vida y no puede atribuirse a infecciones ni deficiencias higiénicas sino al trato impersonal y a la falta de estímulos afectivos que normalmente provienen de la madre o de su adecuado sustituto.

Desde los años 40 hasta la actualidad numerosos terapeutas de familia han señalado la relación existente entre las disfunciones conyugales y la aparición de patologías psíquicas en los hijos, ya que la insatisfacción marital va a ocasionar que los padres busquen compensarse afectivamente en los hijos y que se produzcan saltos transgeneracionales en los que los padres involucran a sus hijos en sus conflictos. Haley (1987) habla del "triángulo perverso" al conceptualizar estos

saltos transgeneracionales que dificultan el desarrollo del hijo, favoreciendo la aparición de trastornos.

Las esposas de emigrantes al cortar con su medio familiar de origen y tener que luchar con el nuevo medio, se encuentran sin apoyo en una situación de estrés y tienden a buscar en sus hijos el apoyo emocional, dificultando su independencia.

La SIE (sobreimplicación emocional) de los padres, relacionada con un mal ajuste de pareja, ya ha sido resaltada por terapeutas de familia como determinante de la detención del desarrollo del hijo y la consiguiente aparición de patología en el mismo.

La ansiedad y la depresión de los padres los hace menos continentales al bajar el umbral de estrés y propiciar conducta de alta EE (expresión emocional) con el consiguiente aumento de recaídas en el hijo.

La ansiedad y depresión de los padres también puede ser causada por la patología del hijo, pero sea cual sea el origen, actuará como estresor para el hijo.

El que las madres de psicóticos afectivos tengan menor cantidad de ajuste diádico puede estar relacionado con lo que afirma Haley (1980) y los hallazgos observados en la clínica. Esto es, la insatisfacción en la pareja, sobre todo en las mujeres, puede llevar a que uno de los miembros de la diada marital busque satisfacciones afectivas en el hijo, bloqueando así el normal desarrollo del mismo. Haley entiende que los trastornos graves en los hijos se deben a una involucración en el conflicto parental.

Las distorsiones en la percepción del área conyugal, podría extenderse a otras áreas de relación, incluso con los hijos, llegando a dar mensajes paradójicos en el seno de la familia y por tanto, mayor ansiedad y depresión en estos niños en comparación con la población normal, e insuficiente apoyo social, factor que incide negativamente en el hijo favoreciendo los llamados saltos transgeneracionales en los cuales los padres buscan en el hijo las satisfacciones afectivas que no encuentran en la pareja. Esto impide como dice Haley, la autonomización del hijo y favorece la sobreimplicación emocional de uno o ambos padres con el hijo, en quien repercute.

Por otro lado, el amplio espectro de formas de abuso infantil va desde las formas más obvias de abandono o lesiones por negligencia, a otras formas activas de abuso. El abandono comienza por ser una negligencia emocional de las necesidades legítimas del niño en desarrollo. Esta puede ser intencionada o no, o por el contrario representar alguna forma de déficit o incapacidad de la persona encargada de desempeñar los cuidados. Desde este fallo a la hora de apreciar y salir al encuentro de las necesidades del niño, se desarrolla la auténtica negligencia física. El niño puede no ser cogido, confortado, bañado con calor suficiente, o alimentado adecuadamente por la persona responsable incapaz o no deseosa de reaccionar ante sus demandas de forma empática y responsable. La inatención al niño influye en alimentarle una dieta inadecuada en cuanto a sus productos básicos que previenen déficits vitamínicos y otros.

Si un niño reclama la atención de un adulto, especialmente si se trata de algún proyecto o actividad creativa, el fallo del adulto en no responder con interés y

aprobación puede ser desmoralizador. De estos maltratos, resultan daños perdurables en la autoestima y en el amor propio del niño.

Las consecuencias psicopatológicas de estas formas de abuso infantil son abundantes. El resultado final puede depender del bagaje genético del individuo y de la respuesta al abuso de las personas en el entorno del mismo. También dependerá del manejo que el niño haga de los retos que representan las diferentes etapas psicoevolutivas. Por ello, el abuso infantil ha sido correlacionado con psicosis afectivas.

Este dato subraya la importancia del abuso infantil como factor etiológico. De no existir el abuso tendríamos con seguridad, pocos casos de trastorno.

En psiquiatría infanto-juvenil las investigaciones clínicas y epidemiológicas muestran una alta prevalencia de diversos trastornos mentales en los hijos de padres con trastornos de ánimo. Se estima que en una población general, el 8% de las madres sufren de depresión. Por otro lado, las cifras señalan que el 26% de los niños que tienen un padre o una madre con trastorno afectivo manifestará alguna alteración en su desarrollo, de aparición precoz y evolución prolongada, expresándose en su mayoría en la forma de depresión.

En un estudio longitudinal se observó que el 80% de los hijos de madres depresivas, presentaron un trastorno afectivo clínicamente significativo durante los primeros 18 años de vida. Todos los autores coinciden en considerar a este grupo de niños, como de alto riesgo.

En el marco de una línea de investigación, en el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Chile, División Ciencias Médicas Sur; sobre la comprensión de los factores que desvían gravemente el desarrollo infanto-juvenil, se observó con una frecuencia importante, psicosis afectivas en los padres; lo que ilustra el rol etiológico ejercido por la enfermedad afectiva parental en la aparición y consolidación de las severas dificultades mentales reveladas en los niños. Dentro de estos diagnósticos se ve alterado el desarrollo emocional, social, cognitivo y lingüístico.

Estos casos clínicos muestran trastornos graves en niños de edad y nivel intelectual diferente, a pesar de esto la expresión del trastorno es similar. Los antecedentes de enfermedad afectiva en uno de los padres dificulta la formación de un buen vínculo. Esto es reflejado en la clínica: son niños que establecen un vínculo de mala calidad, inestable, están en un juego constante de acercamiento, distanciamiento y ambivalencia.

Los autores enfatizan los efectos negativos de la depresión materna desde las primeras semanas de vida del lactante ya que hay pobreza en las interacciones, ausencia o insuficiencia de la armonización afectiva, que prolongada, puede llevar a un estado de carencia relacional con sus diversas modalidades de expresión; somática y psicológica. A la observación directa aparece menor frecuencia de interacciones tanto al nivel de las miradas, de la mímica, de las palabras maternas como de las vocalizaciones del bebé; en el contacto cutáneo y kinestésico puede existir una sub o sobre estimulación. Así la relación se vuelve más mecánica, más discontinua. Esta disarmonía, esta pobreza de los intercambios, variables en

intensidad, crean condiciones muy desfavorables para el desarrollo armónico integrado del bebé.

La madre deprimida no logra leer los estados cognitivos, emocionales y fisiológicos de su niño, se crean estados de disonancia, de discordancia que alteran las vivencias emocionales del niño, que a su vez la madre no logra tranquilizar; creando una especie de círculo vicioso. Si no existen intervenciones precoces se observa que las perturbaciones se agravan con el transcurso de los meses y de los años.

También se postula una imitación precoz del estilo relacional materno, en la cual se establecería una regulación mutua donde la dificultades de la madre en responder a las señales de su hijo provocan una interacción descoordinada, disarmónica y pena, angustia, y rabia en el hijo. Así, el bebé se vuelca hacia sí mismo, desarrollando un clima emocional interior donde predominan ansiedad, depresión y rabia. Estas vivencias refuerzan en la madre su percepción de incompetencia, impotencia y tristeza, por ende; su depresión.

Dentro de las deficiencias crónicas de los cuidadores depresivos se ha encontrado que tienen problemas para dar, están más preocupados de recibir; tienen poca capacidad de empatía, poca conciencia de los hijos como individuos y no forman vínculos estables, seguros, debido a su propio estado de carencia afectiva. La depresión del cuidador principal lo vuelve emocionalmente inalcanzable y a menudo el niño busca la interacción a través de conductas disruptivas. También, por tanto, presentan dificultades en las relaciones interpersonales y en el manejo

de la agresividad. Al vivir estos estilos perturbados de transmisión, el hijo experimenta y aprende emociones negativas, desarrolla desesperanza aprendida, forma vínculos afectivos débiles (por la amenaza constante, simbólica o real, de la pérdida de la madre), al estar expuesto a prácticas de crianza, modelos y límites inadecuados. Todo esto prepara un terreno poco idóneo para el desarrollo armónico.

Estudios genéticos han revelado que los parientes consanguíneos de los pacientes con trastornos bipolares tienen una incidencia mayor de trastornos maníacos en comparación con los parientes de pacientes con trastornos unipolares, existiendo así, evidencia más fuerte de influencias genéticas en los trastornos bipolares.

Las investigaciones demuestran que los hijos de madres con trastorno afectivo bipolar sufren de desesperanza frente las alteraciones de los adultos. Ellos evolucionan hacia la anhedonia y la disforia cuando se encuentran en un ambiente levemente hostil, reprimen sus emociones, inhiben su conducta; no resuelven su pena y no experimentan placer. Estas alteraciones se observan desde los dos primeros años de vida. A estos comportamientos se suma una dificultad para mantener relaciones sociales amistosas, y una mala modulación de los impulsos hostiles e hiperactividad en situaciones estresantes.

A lo mencionado anteriormente se agrega que la discordia, la inestabilidad y la disruptividad familiar, aumentan por la presencia de un adulto con enfermedad

afectiva. El rol protector, socializador y estimulador de la madre puede verse alterado hasta 4 años después del episodio depresivo agudo. Además, un padre con psicosis afectiva tiene una alta tendencia (41%) de elegir un cónyuge con alguna alteración psiquiátrica, aumentando así fuertemente los riesgos de conflictos familiares. En estas familias predomina la inconsistencia y la impredecibilidad. Incluso algunos autores también postulan un modelo de transmisión transgeneracional de los afectos negativos.

En este contexto se transmiten al niño patrones alterados de regulación de los afectos, por ejemplo, explosividad frente a los conflictos o, por el contrario; una actitud excesivamente sumisa para mantener la paz a cualquier costo.

Por tanto, se puede concluir que ser hijo de madre con psicosis afectiva representa un alto riesgo de trastorno afectivo o de dificultad emocional y relacional, en el niño y adolescente; y que esta situación de riesgo se puede vivir desde los primeros meses de vida y favorecer la expresión de una amplia gama de trastornos internalizados como depresión. Estos problemas no son pasajeros, tienden a consolidarse a través del tiempo.

Las definiciones de estrés son numerosas desde que Cannon lo utilizara por primera vez en el contexto científico en 1911, pero queda bien definido, englobando el enfoque biológico y psicológico por González de Rivera en 1980 como: el conjunto de modificaciones en el funcionamiento basal del organismo, directamente atribuibles a la eliminación o adaptación a estímulos nocivos o peligrosos, reales o simbólicos.

Debido a la falta de unificación de criterios en la utilización del término en la investigación psicosomática, se ha propuesto la consideración independiente de los diferentes aspectos del estrés, aplicando a todos ellos el término común de factores de estrés (González de Rivera, 1989). La clasificación de los factores de estrés en tres grandes grupos (externos, internos y modulares), se basa en el lugar de entrada de los procesos psicopatológicos y en su grado de participación en la respuesta al estrés.

Los factores externos son los propios del medio, es decir, acontecimientos vitales del sujeto.

Los factores modulares están constituidos por variables tanto del medio como del individuo, no directamente relacionados con la inducción o la respuesta de estrés, pero que sin embargo; modulan, condicionan, o modifican la interacción entre factores externos e internos. Los estados afectivos, el apoyo social y la capacidad de control son algunas de las variables características de este grupo.

Los factores internos son aquellas variables propias del sujeto directamente relacionadas con la respuesta al estrés y con la adaptación, defensa y neutralización de los factores externos, que incluyen desde su peculiar reactividad psicofisiológica, hasta el significado especial que las experiencias traumáticas pasadas pueden otorgar a nuevas experiencias estresantes.

La resistencia a las influencias desestabilizadoras del estrés ambiental dependen de un factor genético denominado Rg, y de un factor adquirido o Ra. El factor adquirido se forja, sobre todo, en las experiencias tempranas de interacción con el medio y con la madre. En los primeros meses de vida la madre y el niño funcionan

como una unidad, y en ese periodo es cuando se forma lo que Rof Caballo denomina "urdimbre afectiva" merced a la cual las potencialidades del niño son troqueladas definitivamente en características incipientes que se irán desarrollando de manera paulatina hasta su total maduración.

Desde el punto de vista de la teoría del aprendizaje, las primeras percepciones infantiles determinan como habrán de ser percibidos los sucesos posteriores de la vida, formándose también las pautas automáticas de respuesta psicofisiológica, que se repetirán posteriormente, ante estímulos similares. Cuando la experiencia temprana es anormalmente estresante, su repetición en etapas más tardías puede dar lugar a alteraciones patológicas. Inversamente, las relaciones tempranas satisfactorias, en las que como dice Winnicott, la madre primero convence al niño de que vale la pena vivir porque ella está ahí y después de que vale la pena vivir aunque ella no esté; permiten la creación de una resistencia especial a la adversidad y a las enfermedades.

La privación de cuidados maternos ha recibido una gran cantidad de denominaciones según las diferentes escuelas.

Pierre Fedida define carencia afectiva como el efecto de una falta en el plano de la relación afectiva familiar del niño, es pues según el autor, una pérdida del objeto amoroso.

Freud refiere que la "pérdida del objeto" querido, en las primeras etapas de la vida, lleva a situaciones de melancolía que se caracterizan psíquicamente por un estado de ánimo profundamente doloroso, hay pérdida del interés por el mundo

externo, pérdida de la capacidad de amar, inhibición de todas las funciones y disminución del amor propio.

Ajauriaguerra denomina "desafrentización de afectos" a la carencia afectiva y define aferencias como todos los estímulos procedentes del exterior que permiten la formación, organización y desarrollo de la personalidad.

Estos cuadros de privación, desafrentización o carencia afectiva originan signos de psicosis afectivas que tienen repercusiones en la personalidad del niño.

Spitz distinguió dos tipos de afectación: 1) La privación parcial de los afectos, 2) La carencia total. Estos cuadros clásicos presentaban una manifiesta sintomatología a la que llamó "depresión anaclítica" que en el segundo tipo se agravaba con el marasmo dando altos índices de mortalidad.

Beley indica que los problemas de falta de afecto crean inestabilidad emocional con sintomatología somatomotriz, psicocaracterial y psicomotriz.

Recamier insiste sobre la incapacidad de relación e insociabilidad de estos niños. Este autor piensa que para ellos, ser amado y amar no tiene sentido (ceguera afectiva) por lo cual podrían incluirse en el concepto de personalidad psicopática de Schneider.

Mouren demuestra la gran relación entre depresión y carencia afectiva. Los niños más pequeños que son separados de su madres van a tener más predisposición a la depresión.

Bonals indica que un 15% de los niños depresivos sufrieron separación familiar prolongada.

Velilla cita que la carencia afectiva, en los primeros años de la infancia, es un factor importante en relación con la conducta suicida en la adolescencia.

Abrahams refiere que los conflictos amorosos del adulto pueden originar el síndrome depresivo-infantil, desarrollado como consecuencia de separaciones tempranas, carencias y déficits afectivos.

Mireault manifiesta que los niños que han sufrido la muerte de un padre durante la infancia, son más vulnerables a futuras pérdidas, siendo esto un buen indicador de ansiedad y depresión en la edad adulta.

Dugnat, Fanjoux y Soulayrol refieren que la intervención en los desórdenes de la relación temprana entre madre-niño, es una forma de prevenir la patología psiquiátrica del niño y eventualmente la del adulto.

Con esto, podemos reafirmar que la relación madre-hijo actúa como un factor predictor frente a factores estresantes. Por ello, los niños sometidos a carencia afectiva en la primera infancia están más predispuestos a sufrir en su vida adulta un amplio espectro de trastornos siendo el más frecuente, las psicosis afectivas.

Las experiencias tempranas modulan las respuestas futuras ante el estrés y la resistencia a factores externos desestabilizadores.

Es un hecho que los hijos de figuras parentales con diagnóstico de psicosis afectiva tienen un riesgo mayor que la población general de sufrir el trastorno. Las estimaciones oscilan entre un 2.5% y un 16% frente al 1% de la población general. Alternativamente se ha resaltado la influencia nociva que sobre los hijos tienen, las personas con esta psicopatología. Ambas concepciones, la genética y la

ambiental, cuentan con evidencias a favor existiendo un consenso creciente sobre la adecuación del modelo de vulnerabilidad para su comprensión.

Estos estudios tradicionalmente han estado vinculados al modelo genético de la enfermedad mental. Este marco teórico de comprensión de la psicopatología tiene como una consecuencia lógica, que el programa de investigación derivado, centre sus esfuerzos en la detección de las variables distintivas, interpretadas entonces como evidencias de esta supuesta transmisión genética. Aunque el peso del factor genético es importante, se ha avanzado a modelos más comprensivos de la psicopatología que intentan integrar y dar cuenta de los distintos resultados de los estudios, que desde premisas teóricas diferentes se han realizado.

Ejemplo de este tipo de modelos es el de vulnerabilidad o diathesis-estrés. En el caso de los hijos de psicóticos afectivos, este modelo plantea que hay factores genéticos específicos que hacen a la persona vulnerable al desarrollo del trastorno. Este se desarrolla ante situaciones vitales estresantes que hacen que se supere el umbral individual para la precipitación del trastorno. Tal umbral varía según la mayor o menor vulnerabilidad. Las circunstancias vitales estresantes, al contrario que el factor genético (diathesis), no son específicas del trastorno sino compartidas por una gama amplia de psicopatología.

Algunas de las variables a las que se ha prestado atención son: las variables psicofisiológicas y neurológicas, ya que se ha encontrado hipersensibilidad e hiperlabilidad en el funcionamiento de hijos de psicóticos afectivos, déficit en la orientación espacial e integración auditivo-visual. Estas características no se encontraron distribuidas homogéneamente entre los sujetos en riesgo, sino que

se presentaron en mayor medida en los hijos de las madres que estaban más severamente perturbadas.

Aunque no hay diferencias significativas en la capacidad intelectual, se encuentra en mayor medida en el grupo de riesgo, una amplia variabilidad en el funcionamiento intelectual, puesta de manifiesto por el rendimiento dispar en las distintas tareas cognitivas.

Goodman en su revisión también señala el hallazgo de la relación entre complicaciones obstétricas y perinatales, y la severidad y cronicidad de la perturbación.

Rieder, et al; correlacionan estas complicaciones con medidas de inteligencia más bajas en los hijos. Comparando la capacidad atencional de hijos de madres psicoafectivas con un grupo control, Grunebaum, et al; encontraron déficits atencionales en los primeros. También se encuentran problemas a nivel de funcionamiento interpersonal y afectivo. Esta es una característica compartida y se les describe más frecuentemente como aplanados emocionalmente, aislados, distraibles, pasivos, irritables y negativistas; según investigaciones realizadas por Hanson, et al.

Landau observó una mayor presencia de problemas en la comprobación de la realidad y pensamiento desorganizado, una mayor prevalencia de trastornos de conducta, así como de lenguaje; desenvolviéndose más pobremente en los tests psicomotores.

En cuanto a funcionamiento clínico-afectivo se han encontrado consistentemente más perturbaciones; ya sea en el sentido del niño ansioso-inhibido, o en el del hostil con tendencia al acting-out.

En un estudio de seguimiento de diez años, Schulssinger obtuvo resultados que muestran una mayor prevalencia de trastornos en el grupo de alto riesgo con respecto al grupo control.

La psicopatología lleva a perturbaciones en el desarrollo de la parentalidad y en el ambiente familiar, y en segundo lugar, esta parentalidad y ambiente familiar perturbados dan lugar a un funcionamiento desadaptativo del niño.

Las consecuencias clínicas en los niños van desde la reacción de adaptación ante las manifestaciones psicopatológicas de la madre hasta la primitivización extrema, o a cuadros que se consideran, suponen formas precursoras de psicosis afectiva.

Algunas de las características de las psicosis afectivas que pueden afectar la parentalidad es el hecho de que el psicótico afectivo tiende fácilmente al aislamiento e interactúa pasivamente con el entorno, con la pobreza estimular que esto supone para el niño, así como la exposición a una afectividad incongruente.

Las deficiencias en la parentalidad interfieren el desarrollo de competencias en los hijos. A modo de ejemplo, plantean una posible cadena de sucesos ante la falta de capacidad de respuesta, el niño puede tender a aislarse de las interacciones sociales que considera no reforzantes o procurar la respuesta paterna a través de

la coerción, ambos casos son manifestaciones diferentes de un mismo hecho básico como es la falta de oportunidades en el desarrollo de habilidades sociales.

El niño se hace más autocrítico y menos autorreforzante a causa tanto del modelado materno como de las atribuciones que revierte sobre sí mismo, derivadas de su fracaso en las interacciones con el padre. Dichas cogniciones negativas sobre sí mismo interfieren tanto en la atención como en la persistencia de tareas intelectuales y también en la mayor propensión a realizar interpretaciones y atribuciones sesgadas negativamente en las relaciones interpersonales, todo lo que viene a apoyar la deficiente autoimagen y las expectativas negativas con respecto a las respuestas de los otros.

Las competencias sociales directamente relacionadas con las posibilidades de tener experiencias que promuevan el desarrollo intelectual, se van adquiriendo a través, fundamentalmente, de la interacción con las figuras parentales, y más concretamente, de la imitación, la instrucción, el reflejo en los otros de uno mismo que permite el autorreconocimiento, y de las contingencias sociales del propio comportamiento. Por medio de estos procesos el niño puede ir adquiriendo estrategias para la solución de los problemas interpersonales, estilos cognitivos o respuestas emocionales.

De ello se deriva que tener padres que manifiestan conductas desviadas, dificultará la adquisición de repertorios de conducta socialmente adecuados y promoverá o facilitará el comportamiento socialmente incompetente, desviado o disfuncional.

Dodge también señala que los padres con trastornos psiquiátricos más difícilmente exponen a sus hijos a experiencias sociales estimulantes. También es esperable que en un hogar en el que un miembro padece psicosis afectiva haya una atención especial hacia él, de modo que el miembro sano estaría menos accesible y disponible para la estimulación que precisa el niño.

La característica de no disponibilidad del padre psicoafectivo por otra parte, dificulta (si no impide) la formación de un vínculo afectivo sólido, condición indispensable para que sea concebida como una base segura para explorar el entorno con confianza. La falta de esta base segura facilitará la inhibición conductual y con ella la limitación en el desarrollo de habilidades que exigen que se den experiencias de aprendizaje apropiadas. Ejercen parte de sus efectos nocivos sobre el desarrollo del niño, a través de la falta tanto de capacidad de respuesta al comportamiento del niño como de implicación afectiva.

En los ambientes familiares en los que la figura parental está afectada, es más probable que se produzcan conflictos y disputas, y que el niño se halle expuesto a contingencias difícilmente predecibles y aversivas que lo llevan a estados de indefensión aprendida, que se caracterizan por la percepción de ausencia de control sobre la ocurrencia de sucesos aversivos lo que da lugar a un estado de depresión e impotencia.

No puede pasarse por alto, el potencial tan perturbador que tienen los síntomas presentados por la madre, sobre el niño; además del estrés que supone vivir con un padre que manifiesta tales comportamientos. Landau llama la atención sobre la imposibilidad de identificación por la inadecuación de tal modelo. La ausencia de

una figura con quien identificarse explica la falta de confianza en sí mismos que muchos de estos niños presentan, lo que se relaciona con los problemas en la conducta interpersonal. Estos patrones tanto pueden ser consecuencia de la imitación como de la respuesta a la conducta desviada del padre. Es presumible también que la falta de estabilidad vinculada a la vida con un padre psicoafectivo, impida la adquisición por parte del niño, de un conjunto de expectativas bien establecidas sobre lo que cabe esperar. Dicho de otro modo, su modelo de representación del mundo será poco estable.

El riesgo es mayor en los hijos cuando hay múltiples reingresos de la madre lo que origina rupturas vinculares en ellos, así como cuando hay maltratos hacia los niños en cualquiera de sus tipologías o, frialdad afectiva en las figuras parentales lo que dificulta el correcto establecimiento o recuperación de los vínculos afectivos entre ellos y los hijos. También las descalificaciones frecuentes de los hijos o hacia sus conductas como expresión sintomática de la psicosis afectiva, es un factor de riesgo para que posteriormente estos niños desarrollen algún tipo de este padecimiento, principalmente en las primeras fases del desarrollo evolutivo de los hijos por ser los momentos donde se definen y establecen los vínculos afectivos. Las experiencias precoces tienden a aumentar el riesgo de disturbios psiquiátricos.

Así, el retardo en el desarrollo infantil ha sido asociado con factores de riesgo de índole biológica y psicosocial, presentes durante la gestación, parto y primeros años de vida de esos pequeños.

5.6 La edad como factor predictor de psicosis afectiva.

Los trabajos coinciden en situar la edad de mayor riesgo depresivo entre los treinta y cinco y los cuarenta y cinco años. En España, un detallado estudio llevado a cabo por Sánchez Perruca en el Hospital Clínico de la Universidad Complutense concluye que en base a la muestra de pacientes atendidos en ese centro, la frecuencia de depresión en la mujer se va incrementando con la edad.

Las mujeres sufren la crisis de la edad media si durante su existencia deben realizar un cambio importante de su rol social y/o de su identidad. La transformación de las costumbres ha modificado profundamente la estructura de la familia. Antes, el ama de casa plenamente identificada con su rol tradicional, ejercía de madre durante toda su vida adulta y aún en su vejez, rodeada de nietos. La familia numerosa y apegada a la tierra de origen proporcionaba a la mujer una constante fuente de estima y de afecto, así como una legitimación permanente de su identidad e imagen social. Las familias actuales ni son tan numerosas, ni se mantienen tan concéntricamente reunidas en torno a la casona de antaño; es mayor la movilidad, menor el contacto, mayor la diversidad de costumbres y criterios, menor la ciega devoción. Esta honda transformación de nuestras sociedades ha afectado centralmente el rol de la mujer, el modelo de feminidad. Este cambio sociológico es uno de los motivos determinantes que afecta a la subjetividad femenina de manera particular, adoptando diferentes fisonomías: neurosis de ama de casa, depresión de la mujer de mediana edad, síndrome del nido vacío. Estos diferentes estados tienen como fondo común un reto al que se

ve enfrentada la mujer tradicional de esta generación, reto que le demanda la reorientación de su vida a veces de un modo radical y le exige el cambio de su identidad personal y de su imagen social. En realidad, la exigencia implica una integración social por sí misma y no a través del marido e hijos, una verdadera redefinición de su ser.

Toda crisis entraña desafío, un desequilibrio, y su desenlace puede conducir tanto a una apertura del destino personal que suponga enriquecimiento y crecimiento emocional, como a un cierre negativo que profundice en el padecimiento. Cuando se presenta esta segunda alternativa pueden instalarse algunos de los cuadros de psicosis afectivas.

El síndrome de nido vacío es en realidad, una forma específica de depresión muy frecuentemente enmascarada, que se da en mujeres de mediana edad o mayores. Pareciera que en este grupo los síntomas físicos representan la vía de expresión primordial el malestar psicológico y la necesidad de atención. Aunque muchas de ellas no se quejan abiertamente de sentimientos de tristeza o desánimo, en realidad no se dan cuenta del cambio de humor y consultan a los profesionales en general, por diversas dolencias corporales. La pérdida de la juventud, del atractivo y de la fertilidad son los motivos más frecuentemente enunciados, junto con el estado de madre en paro involuntario. Estas situaciones aparecen como razones subyacentes de la depresión.

Ésta es una forma habitual de depresión en las últimas décadas de este siglo, en el que las familias extendidas van desapareciendo y los hijos prefieren vivir lejos del hogar de los padres.

Además del componente del temor a la desprotección que puede estar incluido en la amenaza de soledad, para las mujeres también hay otro matiz: la vergüenza. La carrera de mujer no perdona. Si la década de los cuarenta o después de los cincuenta años es para cualquier mujer una prueba de fuego para el mantenimiento de su equilibrio emocional, para aquellas que no han cumplido con los cánones de la feminidad consagrada (familia e hijos) puede ser el comienzo de una verdadero martirio. Muchas eligen la oscuridad, el aislamiento o la restricción social como una medida protectora contra el sufrimiento que producen sus sentimientos de inadecuación.

El principio que gobierna sus sentimientos es que ella no se puede quedar sola, ya no es una niña. En esta cruzada concentra todas sus fuerzas y todos sus afanes, y tiene una enorme capacidad para poner en juego todos los recursos que posee. Posee un caudal de capacidades humanas increíble, el cual le proporcionaría un sentimiento de poder y de enorme valor si pudiera ponerlo al servicio de sí misma. Psicológicamente trata de confundirse, pues si está confundida y no entiende bien lo que pasa puede mantenerse tranquila. Cuando se topa con el muro de la realidad en el que pasan los años, su situación laboral y personal; se enfurece y se desespera escapándose en ese momento su saber que la golpea con tanta fuerza, y lastima tanto o más que el atrincherado silencio en que se mantiene. Está encerrada en la vergüenza ante sí misma por el sentimiento de impotencia. Este es el sentir de su depresión por los años.

En una investigación llevada a cabo durante 1996-1997 en las áreas rurales de México, se encontró en la población en general una prevalencia de por vida de

depresión del 6.2%. Al analizar los datos por sexo, esta condición se observó entre las mujeres con mayor frecuencia (9.1%) que entre los hombres (2.9%). Las prevalencias más altas se ubicaron entre las mujeres de edades entre los 30 y 49 años, sin escolaridad, que trabajan o estaban desempleadas, casadas y que tenían más de cuatro hijos. Las mujeres que presentaron la prevalencia más baja de depresión fueron las más jóvenes, con mayor escolaridad y que eran estudiantes.

Los hombres sin importar sus características demográficas, presentaron prevalencias bajas de este trastorno.

Con relación a la manía, para la población en general fue de 3.4%. De forma similar a la depresión se observó una mayor prevalencia entre las mujeres (5.2%) que entre los hombres (1.4%). La prevalencia más alta de manía se encontró en las mujeres entre 40 y 49 años, sin escolaridad, desempleadas, casadas, con más de cuatro hijos y residentes en comunidades con alta emigración. Estas características sociodemográficas son semejantes a las de las mujeres con depresión.

Basado en auto-reporte, la prevalencia de por vida de *nervios* fue de 5.4%. Las mujeres obtuvieron una prevalencia de nervios más alta que los hombres, dos mujeres por cada hombre reportaron haber padecido de nervios. Esta condición se presentó en las mujeres de todas las edades, especialmente entre las casadas, con más de cuatro hijos, menor escolaridad, que trabajaban y que radicaban en zonas de alta emigración.

Al comparar los resultados con los obtenidos en estudios con pobladores urbanos de la Ciudad de México, se encontraron que la prevalencias de depresión y manía son más bajas en los hombres urbanos de la Ciudad de México.

Los episodios depresivos en la población adulta de la Ciudad de México, se inician principalmente en la segunda mitad de la tercera década de la vida.

La información acerca de la historia natural de los episodios depresivos señala que, usualmente, éstos se presentan en promedio, hacia el final de la década de los 20 años, pero el trastorno puede presentarse a cualquier edad y estar relacionado con un estrés psicosocial importante como el que origina la soledad la cual tiene su impacto más crucial en la adolescencia y la vejez.

La contribución del estrés psicosocial a la incidencia de este trastorno parece deberse a que afecta a la población en edad productiva y con responsabilidades familiares.

El tema de la soledad es relativamente nuevo en el área de la investigación psicológica. Antes de la escala de soledad (LRS) de Scalise, Ginter y Gerstein ha habido varias escalas de soledad, pero ellas sólo evalúan la existencia de una soledad subjetiva u objetiva, como la UCLALS o la escala de soledad de Belcher extendida; no analizan el aspecto cualitativo de este sentimiento, no lo describen. Sadler y Young (1979) afirman que la soledad es un fenómeno multifacético. En el nivel filosófico, la soledad existencial se define como la conciencia de la ausencia

de contacto unida al reconocimiento de que es imposible tener un contacto total y una comunicación completa con otro ser humano.

En el plano subjetivo, la experiencia de soledad se relaciona más con la percepción, evaluación y respuesta a la realidad interpersonal del solitario que con las características objetivas de su medio social.

Scalise, Ginter y Gerstein (1984) hallaron cuatro factores en el sentimiento de soledad partiendo de su LRS: Agotamiento, Aislamiento, Inquietud y Abatimiento.

El agotamiento consiste en una disminución de energía y rendimiento. Este factor se relaciona con la falta de sentido de la vida que tiene el solitario.

El aislamiento no es más que la experiencia de segregación interpersonal de los solitarios.

La inquietud tiene aspectos de frustración, displacer y antagonismo y esta inquietud se refiere a objetos del mundo externo y al propio yo. La tensión también se relaciona con este factor.

El abatimiento puede describirse como depresión y desaliento. De los cuatro factores este es el más similar a la depresión.

Scalise, Ginter y Gerstein hallaron diferencias sexuales significativas en todos los factores menos en el de la Inquietud. Las mujeres experimentan los sentimientos descritos por los tres factores restantes con más frecuencia e intensidad que los hombres.

En cuanto a la relación entre los factores de personalidad de Eysenck y la soledad, se destacan los siguientes antecedentes: Sangster y Ellison (1978)

hallaron una correlación positiva entre la enfermedad mental y emocional, y la soledad.

Distintos puntajes en la escala de soledad de Bradley han dado como resultado distintos puntajes en el área afectiva, a saber en ansiedad, depresión, ira, vigor y fatiga; y en la autoestima (Loucks, 1980). Los solitarios se ven a sí mismos y a los demás negativamente en relaciones interpersonales y tienen afectos negativos, como aburrimiento, intranquilidad, infelicidad o insatisfacción con sus relaciones sociales.

En un estudio sobre la soledad y depresión se concluyó que éstas son dos variables relacionadas pero distintas.

Se ha descubierto que la soledad y la autoestima se correlacionan positivamente con la depresión y el psicoticismo. En cambio, el factor extraversión-introversión se relaciona negativamente con la soledad. También se ha demostrado que la soledad, la ansiedad y la hostilidad están intrínsecamente relacionadas.

El psicoticismo es un factor con rasgos predominantemente psicopáticos, y uno de los síntomas patognomónicos del psicópata es su escasa resonancia afectiva en sus relaciones interpersonales.

Sangster y Ellison afirman que hay una relación entre la enfermedad emocional y la soledad. Loucks , halló una correlación positiva entre el puntaje de soledad y la ansiedad, la depresión, la ira, la fatiga y la pérdida de vigor. Perlman, Gerson, Spinner y Russel (1978) vieron que los solitarios tienen aspectos negativos como intranquilidad, infelicidad, aburrimiento, todos característicos del psicótico afectivo.

Weeks, Michela, Peplau y Bragg (1980) hallaron una estrecha correlación entre la depresión y la soledad. Hojat (1982) halló una correlación positiva entre la soledad por un lado, y la ansiedad y las psicosis afectivas, por el otro. Mijuskovic (1986) demostró que la soledad, la ansiedad y la hostilidad están intrínsecamente relacionadas.

El constructo "soledad" caracterizado como falta de contacto con otras personas o tendencia al aislamiento, podría suponer una cierta correlación entre la soledad y el sentimiento de soledad, pues un porcentaje de solitarios se autoaislan, o bien, quedan aislados debido a sus conductas psicoafectivas, y es altamente probable que sientan su soledad como displacentera.

La adolescencia y juventud es una etapa normal de desarrollo en el que ocurren profundos cambios físicos (crecimiento y desarrollo neuroendocrino), psicológicos (estructuración de la identidad) y sociales (progresiva integración al mundo del adulto).

Según la Organización Mundial de la Salud, se estima que el 25% de la población total del mundo en desarrollo son adolescentes y jóvenes, y en nuestro país; según el último censo, llegan a 7. 500. 000 jóvenes.

Dentro de la problemática que puede afectar a este grupo de edad, son prevalentes los trastornos en el área psicoemocional y social. Un delicado y difícil equilibrio es requerido entre los distintos aspectos de la maduración del individuo. Esto no siempre es posible, ya que la maduración neuroendocrina que es la que en general avanza con el desarrollo emocional y social, va supeditada a influencias internas y externas.

La adolescencia es un período de transición en el desarrollo entre la niñez y la edad adulta. Por lo general, se considera que comienza alrededor de los 12 o 13 años y termina hacia los 19 o 20. Sin embargo, su base física ha comenzado mucho antes, y sus ramificaciones psicológicas pueden perdurar hasta mucho después.

Hay drásticos cambios físicos (rápido crecimiento y aumento de peso, cambios en las proporciones y la forma del cuerpo y el alcance de la madurez sexual) de esta etapa que afectan y se ven afectados por los cambios psicológicos.

La madurez emocional depende de logros como descubrir la identidad, la independencia de los padres, el desarrollo de un sistema de valores y la habilidad para establecer relaciones maduras de amistad y amor. Algunas personas nunca superan la adolescencia a nivel emocional o social, sin importar cual sea su edad cronológica.

La madurez de los adolescentes no sólo implica cambios físicos sino los efectos psicológicos de esos cambios, teniendo muchas manifestaciones psicológicas.

Una de las grandes paradojas de la adolescencia es el conflicto entre el anhelo de los jóvenes por hallar su propia identidad, para expresarse como seres únicos, y el arrollador deseo de ser exactamente iguales a sus amigos o amigas. Cualquier cosa que aleje a un adolescente de la multitud puede ser perturbadora, y los jóvenes suelen inquietarse mucho cuando su madurez sexual llega antes o después que la de los amigos. Aunque la madurez tardía o la precoz no es necesariamente una ventaja ni una desventaja, el momento en que se presenta puede tener efectos psicológicos.

Una investigación encontró que los niños que maduran antes del promedio son más equilibrados, tranquilos, bien dispuestos, populares entre sus compañeros, menos impulsivos que quienes maduran más tarde. Obtienen muchos beneficios para su autoestima al tener una imagen física favorable, sin embargo; los adultos le asignan responsabilidades a un chico precoz y que no ha madurado, psicológicamente lo que en ocasiones, le causa dificultades en su vida pues debe responder a las expectativas de los demás actuando de acuerdo con la madurez que aparenta.

En las niñas es al revés, las que maduran pronto son menos sociales, menos expresivas y equilibradas, más introvertidas y timidas teniendo una actitud más negativa. Se forman una imagen muy pobre de sí misma con una autoestima más baja y esto debido a que, sus nuevas curvas chocan contra los patrones culturales que igualan belleza con delgadez. Además, puede ser una reacción al interés de las demás personas sobre su sexualidad, ya que los adultos las tratan con mayor rigidez y desaprobación e incluso, pueden ser presionadas por otras adolescentes con estereotipos y condiciones para las cuales no se encuentran preparadas.

Platón y otros autores han considerado a la juventud como una época de soliviantada emotividad. La idea de perturbaciones concomitantes a los años de la pubertad ha venido constituyendo un rasgo integrante de todas las modernas teorías de la adolescencia ya que, existe en ellos un impulso natural que les lleva a experimentar estados psíquicos caracterizados por exaltada fogosidad y todo el conjunto está marcado por el sello de lo emocional; las teorías del desarrollo consideran este período como de "tempestad y tensión" siendo la depresión, la

ansiedad y otras psicosis afectivas, corrientes en esta etapa principalmente relacionadas con conflictos con los padres y problemas de adaptación.

Varias realidades nos acompañan en los últimos años, con respecto a la depresión en este grupo de edad. Por un lado, son pocos los que consultan por esta problemática, y por otro; la tasa de suicidios sigue incrementándose. Los suicidios son un índice indirecto de la alta frecuencia de depresión.

La depresión grave se caracteriza por alteración primitiva emocional donde aparecen síntomas de fatiga, abatimiento, impotencia, tristeza y angustia. Consecuentemente aparece una inhibición psicomotriz con ideación pobre, pensamiento, lenguaje y movimientos lentos, conduciendo a alteraciones en el rendimiento escolar y laboral. Se asocian algunas manifestaciones somáticas, adelgazamiento, constipación, hipotensión, alteraciones en el sueño y cefaleas. Este conjunto de síntomas puede ir unido a ideas de culpabilidad o de suicidio.

Debido a las interferencias en la normal maduración, que puede ocasionar un episodio depresivo en esta edad, como también puede originar una pérdida irreparable (suicidio), es que últimamente diversas disciplinas de la medicina se han abocado a su estudio. La genética ha aportado conocimientos al descubrir alteraciones en el cromosoma X11.

Los estudios sobre familias, han detectado predisposición en los hijos de padres depresivos, y también una mayor vulnerabilidad en aquellos que pertenecen a familias con alto índice de violencia.

Algunos estudios en adultos describieron en forma retrospectiva que ya había depresión grave en la juventud. Ayuso, observó que el 19% de las psicosis afectivas tienen sus primeras manifestaciones antes de los 20 años de edad.

Otros investigaron su prevalencia en adolescentes y jóvenes encontrando frecuencias que oscilaban entre el 1 y el 6%.

Aquellos con características alegres en la infancia tienen menos probabilidades de tener este tipo de depresión.

Los factores de riesgo detectados a nivel familiar fueron el antecedente de madre depresiva y la existencia de conflictos familiares al tener estas características, una fuerte asociación con las ideas de suicidio.

Durkheim (1977) a finales del siglo pasado, define el suicidio como: todo caso de muerte que resulta, directa o indirectamente, de un acto positivo o negativo, llevado a cabo por la propia víctima, conocedora de la consecuencia final de su acción.

Hoy en día sin embargo, se engloban dentro de este término otras actitudes autodestructoras tales como: la autoagresión (suicidio parcial), el deterioro de la propia salud (suicidio crónico pasivo), el descuido vital (equivalencia suicida), el suicidio encubierto, el suicidio frustrado y la tentativa de suicidio, muy extendida y más relacionada con la vida que con la muerte ya que, trata de atraer la atención de los demás ante una situación verdaderamente dramática.

Su etiología es muy variada, aunque frecuentemente afecta en mayor medida a individuos con cierta inmadurez afectiva. Esta situación particular se expresa de manera más acusada durante la adolescencia, con su complicada problemática

emocional, y en la vejez cuando el estrechamiento del espacio vital y la ruptura progresiva de los lazos se acentúan, aparte de la soledad y enfermedades propias de la tercera edad. La mujer por su peculiar posición sociocultural, presenta un mayor riesgo de conducta suicida.

Diversas investigaciones realizadas sobre los factores desencadenantes del acto suicida, establecen la importancia de algunos de ellos tales como: las psicosis afectivas, el nivel cultural, conflictos amorosos y familiares.

El estudio epidemiológico de las distintas variables psicopatológicas y sociales ligadas al suicidio, es un tema de gran interés dado el incremento de mortalidad y morbilidad registrado en los últimos años en algunos países, sobre todo en los occidentales donde ocupa el quinto lugar como causa de muerte en el adulto.

Es lógico encontrar al igual que en la adolescencia y juventud, una mayor incidencia en la tercera edad siendo ya conocido el ambiente hostil que rodea al anciano y su propio deterioro físico y psíquico, que le empuja a tomar decisiones drásticas sobre su existencia.

La incidencia en adolescentes hasta los 19 años es baja en comparación con la incidencia en la vejez ya que, se ha detectado en esta etapa de la vida y hasta los 40 años, una tendencia estacional a lo largo de todo el período; sin embargo, a partir de esta edad, es muy estrecha la relación de los años vividos con el acto suicida.

Por otra parte, los casados se suicidan más que los solteros y estos, más que los viudos lo que significa que los problemas de la convivencia influyen sobre la salud psíquica del individuo arrastrándolo a situaciones límite. Cada vez más la situación matrimonial es generadora de actos suicidas; por el contrario, la viudez y la soltería, no parecen influenciar esta decisión.

El divorcio, la muerte de un amigo, cambios en el aspecto económico, retiro del trabajo, cambio en la frecuencia de reuniones familiares y de actividades sociales son eventos significativos de la vida que tienen gran impacto sobre el estado emocional de cualquier persona en general, pero es en la adolescencia y en la vejez cuando este impacto es aún mayor y con consecuencias más severas.

La literatura sobre los eventos de la vida reconoce la estrecha relación entre los cambios en el ciclo vital y el malestar emocional.

Cuando se emprende un trabajo relacional con un anciano, son inevitables los momentos de hostilidad. Si ésta no se expresa directamente, aparece de manera indirecta en forma de demandas caracteriales o hipocondríacas.

La frontera entre el suicidio y la tentativa es aleatoria, la relación numérica entre las dos conductas suicidas se reduce a medida que la edad avanza. Al margen de las tentativas muy violentas, con seguridad mortales, es cierto que, por el hecho de su debilidad fisiológica, el anciano se arriesga a poner fin a su vida con toda tentativa aún limitada y torpe, ya se trate de una ingesta excesiva de medicación, de un traumatismo o de una caída. Paralelamente a la noción de chantaje, una tentativa de suicidio o repetidas tentativas deben ser comprendidas como una

llamada del anciano a quienes le rodean y en general, un deseo de reajuste de las relaciones sociales y afectivas.

Los métodos encaminados a favorecer una vida social en los ancianos pueden ser considerados como una verdadera terapia preventiva. Un problema somático más o menos importante, como un episodio de hipertensión arterial, trastornos digestivos o alteraciones urinarias pueden darnos indicios de la depresión en la que se encuentra la persona por tanto, hay que saber reconocer el cuadro de una depresión enmascarada. El anuncio de una enfermedad (ceguera, afasia, hemiplejía) que disminuye drásticamente las capacidades del individuo anteriormente sano y admirado por todos, o la revelación de una enfermedad con mal pronóstico (cáncer, leucemia) puede originar en el sujeto psicosis afectiva o más drásticamente, orillarlo al suicidio.

Los principales modelos actuales que explican la depresión en la vejez son:

1.- Modelo analítico, que sitúa la depresión en el origen de la diferencia que se establece entre el nivel de resultados del sujeto y las exigencias de su ideal del yo. La depresión se expresa por un descenso de la autoestima, un sentimiento doloroso de inferioridad asociado al de culpabilidad mal contenida, la agresión se despierta y puede comportar un gesto suicida eficaz.

2.- Modelo psiquiátrico. Centra su atención en las variaciones de la conducta alterada por un trastorno afectivo. La temática depresiva se entiende desde un principio como una tristeza de vivir que se expresa en un entecimiento, un malestar, un retiro involuntario de la vida social y personal.

3.- Modelo cultural. Enumera naturalmente los puntos de ruptura en la red relacional ya se trate del final de la actividad profesional, del corte de los vínculos sociales, de la reducción de capacidades de adaptación o de la inadaptación al cambio.

4.- Modelo médico. Intenta dar cuenta de la existencia humana a través de lo que se puede comprender del funcionamiento corporal. Subrayan especialmente las dificultades para vivir con un cuerpo que envejece y por tanto, hay una reducción progresiva de la autonomía, de la sensorialidad y de los instrumentos corporales que son fuente de satisfacción para uno mismo y para la vida de relación.

5.- Modelo biológico. Busca correlaciones entre el estado depresivo y fallos en el metabolismo de las monoaminas, de los neurotransmisores o de los neuromoduladores. Insiste en la reducción de las aminas neuromediadoras, dopamina, noradrenalina y acetilcolina.

La tríada semiológica que asocia los trastornos afectivos, el enlentecimiento y los trastornos somáticos habituales; constituye la herramienta del psicólogo clínico.

CONCLUSIONES

1.- Las psicosis afectivas han sido explicadas desde muchos puntos de vista, ya que son una enfermedad en la que convergen muchos factores de etiología diversa.

2.- No se sabe con precisión cuáles son los factores desencadenantes de la enfermedad pero sí hay un acuerdo, que al hacer la Historia Clínica aparecen ciertos rasgos característicos de la población que padece este tipo de patología y los cuales siempre han formado y forman parte de su persona, de su vida y en sí, de su personalidad. Estos rasgos son a los que en este trabajo me refiero como factores funcionales predictores, y son: el Sexo (género) de la persona, su Estado Civil, Nivel Sociocultural, Complicaciones Obstétricas presentadas en el Nacimiento, y su Edad. Por tal motivo, se pueden apreciar como origen y causa de desarrollo de este padecimiento.

3.- Las variables que determinan la enfermedad por tanto, no pueden ser tratadas con menos importancia de la que realmente merecen o en un sentido reduccionista como se ha venido haciendo en medicina, psiquiatría y aún en el punto de vista psicológico, ya que debemos tomar en cuenta todos aquellos signos que probablemente tienen un peso fundamental, influyendo significativamente en el curso de la patología.

4.- Estudios e investigaciones perfectamente estructuradas y fundadas indican que tanto la transmisión genética como factores bioquímicos o biológicos por si solos, son insuficientes para explicar su origen; siendo el ambiente y en sí la estructura social en la que nos desarrollamos y vivimos, la manera en que se nos educa, se nos trata y se nos enseña a relacionarnos con la gente; lo que realmente pesa para padecer algún tipo de psicosis afectiva.

5.- El padecimiento de psicosis afectivas podría estar determinado por el desarrollo de un estado de indefensión a lo largo de nuestra vida, sujeto a las influencias experienciales desde los primeros días de vida y moldeado por el ambiente externo que rodea a la persona.

6.- Gran parte de los autores sea cual sea su postura teórica, reconoce que el ambiente en el que nos desarrollamos juega un papel inevitable en el origen y desarrollo de psicosis afectiva, así como las personas más cercanas a nosotros que se encuentran inmerso en este y que pasan a ser figuras significativas en las diferentes etapas de nuestro desarrollo; principalmente la madre.

7.- Las primeras experiencias de frustración, privación y rechazo vividas por la persona son de vital importancia para la comprensión interpretativa de la enfermedad, pues influyen invariablemente en la conducta posterior del individuo. El paciente es el portavoz de los conflictos vividos y actuales.

8.- Las investigaciones que actualmente se realizan proporcionan credibilidad a las continuas observaciones clínicas respecto a la conexión entre ambiente social, dinámica familiar y el padecimiento de psicosis afectivas. Una nueva dirección a desarrollar es la posibilidad de que la sociedad y la familia juegue un rol preventivo en sus miembros, así como un rol positivo en la rehabilitación evitando la transmisión generacional.

9.- Las psicosis afectivas tienen un diagnóstico que involucra un pronóstico severo. Esta severidad viene dada además de por la gravedad de sus síntomas, por la evolución y el desencadenamiento de la misma. Se han producido importantes avances en los últimos años acerca de su estudio e investigación como la constatación de factores funcionales y estresores en el inicio del cuadro y posteriores a él, sin embargo; al no otorgarles la importancia que merecen por estar ya "acostumbrados" a vivir y convivir con ellos, ya que estos factores forman parte de la vida diaria y cotidiana del sujeto, no ha disminuido la incidencia de estas patologías por lo que se hace necesario su inclusión en la Historia Clínica de cada paciente, así como el modificar el trato tradicional permitiendo tanto al paciente como a su familia una mejor adaptación al medio a través de facilitar un trabajo multidisciplinario, una educación psicosocial.

10.- En los trastornos afectivos se pueden diferenciar factores que indican cierta vulnerabilidad (biológica, psicológica y social) y situaciones desencadenantes que pueden ser estudiadas individualmente. Cuanto mejor se

estudia la patogenia, más clara aparece la evidencia de esta provocación lo cual, por otra parte, no permite descartar ni mucho menos la aparición espontánea y autónoma de las psicosis afectivas, ni la influencia de los factores externos sobre los ritmos vitales; de los que dependerán las formas más endógenas de la enfermedad.

11.- La probabilidad de desarrollar o padecer psicosis afectiva es mayor en las mujeres, casadas que residen en un país en vías de desarrollo y que además presentaron un gran número de complicaciones obstétricas al nacer y en su parto; presentando características específicas tanto el actual paciente en estudio como su producto, principalmente con respecto al estilo de vida.

12.- La claridad en la distribución geográfica y en el género de la psicosis afectiva, también brinda una nueva pista etiológica teniendo aporte importante en la búsqueda de las causas de los desórdenes psicóticos siendo también importante e indispensable como se ha mencionado ya, tomar en cuenta los factores familiares, genéticos, biológicos y longitudinales para lograr una buena predicción y un buen diagnóstico de esta patología.

Por lo tanto, es evidente que la enfermedad mental no puede ser explicada por factores unilaterales y excluyentes, ya que los hechos y los fenómenos de las psicosis afectivas son muy variados y complejos porque involucran toda una

estructura social, así como también lo son sus causas. En consecuencia no se puede dejar de lado el papel fundamental de cada uno de los factores funcionales ya que se estaría ignorando gran parte de la vida de la persona; y en base a éstos se pueden entender, comprender, diagnosticar, clasificar y prevenir las psicosis afectivas.

De los cinco puntos anteriores, considero más importante la prevención de esta patología, aunque no es el más sencillo ya que, al estar involucrada la estructura social; para lograr la prevención, hay que transformar la educación, las tradiciones involucradas en ésta y en sí, la manera de pensar y ciertas conceptualizaciones de la población mexicana.

COMENTARIOS

Al percatarme del lento progreso que hasta la fecha ha habido en el estudio de las psicosis afectivas, en su delimitación, en su tratamiento y en sí en el conocimiento que se tiene de esta patología, es inevitable la sensación de querer hacer algo al respecto y contribuir en su evolución. Por tal motivo he realizado el presente trabajo que al llegar a su finalización; quedo con una gran satisfacción al darme cuenta que los datos adquiridos y que lo conforman, son de relevante importancia y contribución en y para una mejor comprensión de las psicosis afectivas y de los pacientes que las padecen.

En base a la sustentación que aquí se da a los factores funcionales predictores de este padecimiento (sexo-género, estado civil, nivel sociocultural, complicaciones obstétricas, edad) podemos validar y dar una resolución a problemas tan antiguos en los que las psicosis afectivas han estado y aún están inmiscuidas como la delimitación de su clasificación y por tanto, una mayor facilidad y certeza en su diagnóstico. Aún más, la delimitación de la población que en su mayoría conforma este cuadro patológico porque estos factores funcionales predictores señalan los rasgos que caracterizan a estos pacientes y en base a los cuales podemos prevenir su desarrollo instruyendo antes o en el inicio, a estas personas.

En base a los factores funcionales predictores se puede lograr una verdadera comprensión de cómo, cuándo y dónde se originan y desarrollan las psicosis afectivas y por lo tanto, del cómo se debe intervenir para su tratamiento logrando resultados más efectivos.

Así, el origen de cualquier tipo de psicosis afectiva como su desarrollo se encuentra en las características de rol social y cultural otorgado y transmitido en la educación por la familia a la mujer, quien es representativa y en su mayoría; conforma la población psicoafectiva. De esta manera las características específicas que presentan las posteriores relaciones afectivas que conforman estas personas también son transmitidas y vividas de igual forma en sus primeras experiencias, en su círculo familiar con las circunstancias especiales que se dieron a lo largo de sus días vividos hasta el momento como el nivel económico, ya que es comprobado que existe mayor exposición a situaciones estresantes en niveles bajos; lo que al combinarse con una educación tradicionalista, cerrada, fría, poco motivadora; da como resultado gran probabilidad de padecer psicosis afectiva en puntos críticos del desarrollo de la persona como la adolescencia, la edad adulta y la vejez.

SUGERENCIAS

La revisión bibliográfica hecha en este trabajo me lleva a hacer un análisis de las diferentes facetas por las que las personas pasan en el desarrollo de algún tipo de psicosis afectiva; la angustia, la marginación, la desintegración de su personalidad, la improductividad y falta de metas y motivaciones vivenciales, la ruptura de lazos sentimentales y el inmenso sufrimiento que experimentan día con día estos pacientes; por lo que se hace necesario hacer una revaloración de los signos y síntomas característicos de esta patología los cuales tal vez no tengan una presencia escandalosa y por tanto, no se les da la importancia que merecen en el momento evitando así que estos alcancen una tonalidad de mayor gravedad y severidad con desenlaces más trágicos y difíciles.

Es aquí, aún más importante que el poder realizar un diagnóstico más certero de las psicosis afectivas en base a estos factores funcionales predictores, que el poder reestructurar su clasificación y significado dando una delimitación más clara del mismo, la predicción y prevención que podemos hacer en base a estos mismos factores evitando el desarrollo de algún tipo de psicosis afectiva en la población "foco rojo" que con estos rasgos podemos identificar.

Para poder evitar su desarrollo o el empeoramiento y progreso del padecimiento, debemos sensibilizar a médicos, psiquiatras, psicólogos, familia y población en general; en este tema dándoles a conocer la importancia inminente que estos factores tienen, en el origen y dentro del desarrollo de las psicosis afectivas porque las personas cercanas al paciente y su manera de relacionarse, son

desgraciadamente gran parte de la causa del origen y de que se desarrolle esta patología. Así, las personas que se encargan o encargaron de su educación y con las cuales aprendió el cómo establecer lazos y relaciones afectivas, las personas con las que ha tenido y actualmente tiene algún tipo de relación sentimental; harán más efectiva y mejorarán la comunicación entre los suyos, su trato y sus relaciones, y por tanto, darán la cura y mejora del paciente, ya que los propios fármacos si bien permiten controlar en gran parte los síntomas, no son la cura, y sus efectos colaterales dan lugar al uso de más drogas.

No basta con aminorar los síntomas, es necesario que en toda institución aparte de dar el tipo de fármaco que corresponde, se ofrezca orientación y terapia para modificar y mejorar la enfermedad del paciente, sus creencias y sentimientos erróneos en los que inevitablemente están involucrados su familia y personas significativas afectiva y sentimentalmente; y a los que para lograr una verdadera recuperación, se debe incluir en el tratamiento, evitando también de esta manera, recaídas y que las psicosis afectivas, sigan siendo transmitidas (social, cultural y familiarmente) de generación en generación.

BIBLIOGRAFÍA

- 1. Agudo, E.** (1995). Estudio epidemiológico del suicidio: Comparación de dos períodos. Psiquis. Vol.16(5), 31-36.
- 2. Akiskal, S. et al.** (1979). Differentiation of primary affective illness from situational, symptomatic and secondary depressions. Arch. Gen. Psychiat., Vol. 36, 635-643.
- 3. Akiskal, S. et al.** (1982). The utility of the REM latency test in psychiatric diagnosis: A study of 81 depressed outpatients. Psychiat. Res., Vol. 7, 101-110.
- 4. Akiskal, S.** (1983). Diagnosis and classification of affective disorders: New insights from clinical and laboratory approaches. Psychiatric Developments. Vol. 2, 123-160.
- 5. Akiskal, S.** (1992). The clinical spectrum of so called «Minor depressions». Am. J. Psychotherapy. Vol. 46 (1), 9-22.
- 6. Akiskal, S.** (1994). Dysthymia: clinical and external validity. Acta Psych. Scandinavica, Supplementum. Vol. 383, 19-23.

7. Akiskal, S. (1996). The temperamental foundations of affective disorders. The Royal College of Psychiatrists. Gaskell. Vol. 21, 3–30.

8. Akiskal, S. (1996). The prevalent clinical spectrum of Bipolar Disorders: Beyond DSM-IV. J. Clin. Psychopharmacol. Vol. 16 (2). Suppl. 1.

9. American Psychiatric Association. (1988). DSM-III-R. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. España: Masson. S.A.

10. American Psychiatric Association. (1995). DSM-IV-R. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. España: Masson. S.A.

11. Andreasen, C. et al. (1995). Correlational Studies of the Scale for the Assessment of Negative Symptoms and the Scale for the Assessment of Positive Symptoms: An Overview and Update. Psychopathology. Vol. 28, 7-17.

12. Arieti, S. et al. (1997). Psicoterapia de la depresión. México: Paidós Mexicana, S.A.

13. Ayuso, J. (1981). Las depresiones. España: Importécnica, S.A.

14. Barbenza, M. (1991). El sentimiento de soledad. Su relación con los factores de personalidad de Eysenck. Latinoamericana de Psicología. Vol. 23(1), 101-111.

- 15. Bardin, A.** (1989). La madre deprimida y el niño. México: Siglo XXI.
- 16. Beck, A.** (1976). Diagnóstico y tratamiento de la depresión. México: Merck Sharp & Dohme Internacional.
- 17. Berenstein, I.** (1995). Familia y enfermedad mental. Buenos Aires: Paidós.
- 18. Berner, P.** (1965). Das paranoische syndrom. Monographien aus den gesamtgebieten der neurologie und psychiatrie. Nueva York: Springer.
- 19. Berner, P.,** (1969). Der Lebensabend der Paranoiker. Wiener Zeitschrift Nervenheilkunde. Vol. 27, 115-161.
- 20. Berner, P.** (1984). Approche Polydiagnostique en Recherche Psychiatrique. Ann. Med-Psychology. Vol. 142, 825-831.
- 21. Berner, P. et al.** (1984). Course and Outcome of Delusional Psychoses. Psychopathology. Vol.17, 28-36.
- 22. Berner, P.** (1986). Definitions of Schizoafective Psychosis: Mutual Concordance and Relationship to Schizophrenia and Affective Disorder, en: Marneros; Tsuang (eds.), The Schizoafective Psychoses. Berlin - Heidelberg - Nueva York, Springer. Vol. 73, 31-49.

23. Bleuler, E. (1911) Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien, en: G. Aschaffenburg, Handbuch der Psychiatrie, Parte 4, 1.ª mitad. Leipzig : Deuticke.

24. Bobé, A. et al. (1994). Conflictos de pareja. España: Paidós.

25. Bowlby, J. (1993). La pérdida afectiva: tristeza y depresión. España: Paidós.

26. Braham, J. (1999). Efecto de los factores de riesgo pre y perinatales sobre el desarrollo infantil: Educación al recién nacido. La Psicología Social en México. Vol. 3, 98-102.

27. Burns, D. (1991). Sentirse bien. México: Paidós Mexicana, S.A.

28. Calderón, G. (1984). Depresión: Causas, manifestaciones y tratamiento. México: Trillas.

29. Caraveo, J. (1999). Estudio Clínico-Epidemiológico de los trastornos depresivos. Salud Mental. Vol. 22(2), 7-16.

30. Cejas, M. (1994). Efectos de la separación temprana de la madre en el desarrollo del niño. Psiquis. Vol. 15(9), 22-27.

31. Coleman, J. (1980). Psicología de la adolescencia. España: Morata, S.A.

32. Cutting, J. (1990). Relationship between cycloid psychosis and typical affective psychosis. Psychopathology. Vol. 23, 212-219.

33. De Sousa, A. (1990). Variables económicosociales, ambiente familiar y salud mental infantil en un área urbana del Salvador (bahía), Brasil. Psiquis. Vol. 36(3-4), 147-154.

34. Dio, B. (1995). La depresión en la mujer. España: Temas de Hoy.

35. Domínguez, R. (1992). Epidemiología de los trastornos afectivos. Salud Mental. Vol. 6, 415-422.

36. Espina, A. (1994). Un estudio correlacional entre ajuste diádico, apoyo social, ansiedad y depresión en parejas con hijos normales y con patología psíquica (toxicomanía y esquizofrenia). Psiquis. Vol.15(8), 379-386.

37. Ey, H. (1965). Tratado de psiquiatría. España: Ediciones científicas y técnicas, S.A

38. Ey, H. (1982). Tratado de psiquiatría. España: Masson.

- 39. Fernández, R. (1994).** Hijos/as de padres con psicosis severas: Posibilidades de comprensión e intervención. Psiquis. Vol. 15(10), 11-27.
- 40. Ferrey, G. (1994).** Psicopatología del anciano. España: Masson, S.A.
- 41. Fishman, H. et al. (1988).** El cambio familiar: desarrollos de modelos. España: Gedisa, S.A.
- 42. Furukawa, T. (1995).** Predictive validity of subtypes of chronic disorders derived by cluster analysis. Acta Psychiatrica Scandinavica. Vol. 91 (6), 379-385.
- 43. Gabriel, E. (1978).** Die langfristige entwicklung von spätschizophrenien. Basilea: Karger.
- 44. González, C. (1990).** El malestar psicológico y su relación con los eventos de la vida: Estudio comparativo entre mujeres embarazadas y mujeres con trastornos ginecológicos. La Psicología Social en México. Vol. 3, 56-59.
- 45. González, C. (1998).** El estrés psicosocial y su relación con las respuestas de enfrentamiento y el malestar emocional en una muestra representativa de adolescentes al Sur de la Ciudad de México: Análisis según su nivel socioeconómico. Salud Mental. Vol. 21(2), 37-44.

46. Grace, A. (1991). Phasic versus Tonic Dopaminerelease and the Modulation of Dopamine System Responsivity: A Hypothesis for the Etiology of Schizophrenia. Neuroscience. Vol.41, 1-24.

47. Greenson, R. (1980). Técnica y práctica del psicoanálisis. México: Siglo XXI.

48. Guldberg, C. et al. (1991). Were langfeldt's schizophreniform psychoses really affective? Psychopathology. Vol. 24, 270-276.

49. Hoche, A., (1972). Die Bedeutung der Symptomkomplexe in der Psychiatrie. Z. Ges. Neurol. Psychiatr., Vol. 12, 540-551.

50. Hoff, H. (1956) Lehrbuch der Psychiatrie. Basilea-Stuttgart: Benno Schwabe.

51. Huber, G. (1983). Das Konzept substratnaher Basissymptome und seine Bedeutung für Theorie und Therapie schizophrener Erkrankungen. Nervenarzt. Vol. 54, 23-32.

52. Husted, J. et al. (1995). Negative symptoms in the course of first-episode affective psychosis. Psychiatry Research. Vol. 56, 145-154.

- 53. Jaspers, K.** (1946). Allgemeine psychopathologie. Berlin-Heidelberg : Springer, 4.ª Ed.
- 54. Jung, R.,** (1952). Zur Klinik und Pathogenese der Depressionen. Zbl. Ges. Neurol. Psychiatr... Vol. 45, 163-196:
- 55. Kaplan, H.** (1982). Tratado de Psiquiatría. España: Masson .
- 56. Kay, S.** (1990). Predicting Outcome of Schizophrenia. Significance of Symptom Profiles and Outcome Dimensions. Psychiatry. Vol. 31, 91-102.
- 57. Kimble, G.** (1991). Fundamentos de la Psicología General. México: Limusa.
- 58. Kollé, K.** (1931). Die primäre Verrücktheit. Leipzig: Thieme.
- 59. Kraepelin, E.** (1913) Psychiatrie, Volumen II, Klinische Psychiatrie, Parte II. Leipzig : Barth.
- 60. Kumar, R. et al.** (1995). Clinical survey of a psychiatric mother and baby unit: characteristics of 100 consecutive admissions. Journal of Affective Disorders. Vol. 33, 11-22.
- 61. Lara, M.** (1996). ¿Es difícil ser mujer?: Una guía sobre Depresión. México: Instituto Mexicano de Psiquiatría.

62. Lara, M. (1999). Estereotipos sexuales, trabajo extradoméstico y depresión en la mujer. Salud Mental. Vol. 22(No. Especial), 121-126.

63. Ledesma, A. (1989). Estudios sobre las depresiones. España: Calatrava, S.C.L.

64. Liddle, P. (1994). Syndromes of Schizophrenia. British J. Psychiatry. Vol.165, 721-727.

65. Mayer, W., (1921). Über paraphrene Psychosen. Z. Ges. Neurol. Psychiat., Vol. 71, 187-206.

66. Mendels, J. (1997). La depresión. España: Herder.

67. Mentzos, Z. (1967). Mischzustände und mischbildhafte phasische psychosen. Stuttgart: Enke.

68. Minuchin, O. et al. (1994). La recuperación de la familia. España: Paidós.

69. Monedero, C. (1975). La manía, una psicopatología de la alegría. Madrid: Biblioteca Nueva.

70. Nuechterlein, H. (1987). Vulnerability Models for Schizophrenia: State of the Ar. In: Häfner H., W. F. Gattaz, W. Janzarik: Search for the Causes of Schizophrenia, Berlin. Springer. Vol. 58, 297-316.

71. Orengo, F. (1994). Consecuencias psicopatológicas del maltrato y abuso infantil: sobre la génesis del trastorno de personalidad múltiple. Psiquis. Vol.15(2), 80-87.

72. Ostow, M. (1973). La depresión: Psicología de la melancolía. Madrid: Alianza.

73. Ozamiz, A. (1992). Edad, sexo, estado civil y clase social en trastornos afectivos asistidos en el país Vasco: Un estudio de registro de casos. Psiquis. Vol. 13(2), 45-50.

74. Papalia, D. (1997). Desarrollo Humano. México: MC Graw Hill. 6ª. Ed.

75. Polaino, A. (1985). La depresión. España: Diagrafic, S.A.

76. Polaino-Lorente, A. (1988). Las depresiones infantiles. España: Morata, S.A.

77. Portuondo, J. (1985). Psicopatología en Psicología Clínica. España: Biblioteca Nueva.

78. Recart, C. (1995). Hijos de padres con trastorno de ánimo. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina. Vol. 41(1), 40-44.

79. Rendueles, G. (1990). Las psicosis afectivas. España : Jucár.

80. Rosenfeld, H. (1978). Estados psicóticos. Buenos Aires: Paidós.

81. Rosenthal, D. (1970). Genetic Theory and Abnormal Behavior. Nueva York:McGraw Hill.

82. Sacker, A. (1995). Antecedents of schizophrenia, and affective illness: Obstetric complications. British Journal of Psychiatry. Vol. 166(6), 734-741.

83. Saldivar, G. (1998). Diferencias entre el nivel socioeconómico, la edad y la ocupación en la inseguridad percibida; conductas de evitación, deterioro percibido e indicadores del estilo de vida de las mujeres de zonas urbanas. Salud Mental. Vol. 21(2), 46-52.

84. Salgado, N. (1999). Los trastornos afectivos en la población rural. Salud Mental. Vol. 22(No. Especial), 68-73.

85. Salin-Pascual, R. et al. (1996). Estudio de los aspectos clínicos, neurobiológicos y psicofarmacológicos de las alteraciones afectivas. México: Sociedad Mexicana de Psiquiatría Biológica.

86. Salvatierra, V. (1989). Psicobiología del embarazo y sus trastornos. España: Martínez Roca.

- 87. Sartorius, N. et al. (1983).** Trastornos depresivos en diferentes culturas. México: Organización Mundial de la Salud.
- 88. Schanda, H. (1970).** Paranoide Psychosen. Stuttgart : Enke.
- 89. Schanda, H. et al. (1983).** The Genetics of Delusional Psychoses. Schizophrenia Bull. Vol. 4, 563-570.
- 90. Schanda, H. et al. (1984).** Heterogenety of Delusional Syndromes: Diagnostic Criteria and Course Prognosis. Psychopathology. Vol. 17, 280-289.
- 91. Schneider, K. (1950)** Klinische Psychopathologie. Stuttgart : Thieme. 3.ª Ed.
- 92. Seligman, H. (1981).** Indefensión. En la depresión, el desarrollo y la muerte. Madrid: Debate.
- 93. Serfaty, E. (1995).** Depresión grave y factores de riesgo en Buenos Aires. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina. Vol. 41(1), 35-39.
- 94. Sharpe, M. (1995).** Trascending scientific and cultural parochialism in the service of the mentally ill. Journal Mental Health. Vol. 24(1), 20-38.
- 95. Sheehan, D. (1982-1983).** The Classification of Phobic Disorders. J. Psychiatry Med... Vol.12, 243-266.

96. Specht, W. (1981). Über den pathologischen affekt in der chronischen paranoia. Festschrift Des Erlangen: Universität.

97. Spitzer, M. (1997). A Cognitive Neuroscience View of Schizophrenic Thought Disorder. Schizophrenia Bulletin. Vol. 23 (1), 29-50.

98. Sturgeon, W. (1981). Depresión: Cómo identificarla, cómo curarla, cómo superarla. Barcelona: Grijalbo, S.A.

99. Sue, D. (1996). Comportamiento Anormal. México: Mc Graw Hill.

100. Susser, E. (1995). Epidemiology, diagnosis, and course of brief psychoses. American Journal of Psychiatry. Vol 152 (12), 1743-1748.

101. Zubin, J. (1977). Vulnerability - A new view of schizophrenia. J. Abnorm. Psychol., Vol. 86, 103-126.