



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO.

Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

“MODELOS Y TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN”

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

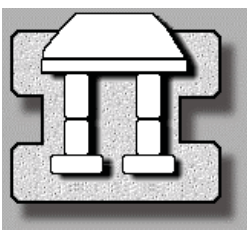
P R E S E N T A :

ELIZABETH LARA ALVARADO

Director: LIC. ANGEL ENRIQUE ROJAS SERVIN

LIC. JOSÉ ESTEBAN VAQUERO CÁZARES

LIC. EDY AVILA RAMOS



TLALNEPANTLA, EDO. DE MÉXICO.

2005



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

En todo momento he escuchado cosas que cuentan con un valor muy importante en todo lo que he realizado, por ejemplo, sueña lo que quieras soñar, ve adonde quieras ir, se lo que quieras ser, que tengas suficientes pruebas para hacerte fuerte, suficiente dolor para mantenerte humana y suficiente esperanza para ser feliz, porque tienes tan solo una vida y una oportunidad para hacer todo lo que quieras hacer, por todo ello, nunca digas adiós a nada si todavía quieres tratar, nunca te des por vencida si sientes que puedes seguir luchando.

Queda una reflexión de todas las enseñanzas que he recibido de cada uno de ustedes, que lo sencillo y fácil se pierde porque no se valora y sólo apreciamos aquello que nos ha costado mucho trabajo, la vida es tan fácil que te lleva de la mano y somos los seres humanos quienes la complicamos y la convertimos en una pesada carga. Estamos en esta vida sin descubrir que lo más ordinario es por lo general lo más extraordinario e importante.

Gracias a todos ustedes por brindarme la oportunidad de aprender con firmeza cada uno de los consejos que he podido recibir y apreciar para ser mejor cada instante.

Los amo a todos

ÍNDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

1. ANTECEDENTES DE LA DEPRESIÓN

1.1. Antecedentes de la Depresión.....	20
1.2. Definiciones de la Depresión.....	26

2. ETIOLOGÍA Y CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN

2.1. Causas de la Depresión.....	35
2.2. Clasificación de la Depresión.....	52

3. EVALUACIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN

3.1. Evaluación y Diagnóstico de la Depresión.....	67
3.2. Tratamiento de la Depresión.....	86

CONCLUSIONES	115
--------------------	-----

BIBLIOGRAFÍA	123
--------------------	-----

GLOSARIO	142
----------------	-----

RESUMEN

La Depresión afecta a más personas de las que nos podemos imaginar, de todas las nacionalidades, culturas, edades y estilos de vida. Afortunadamente, para la mayoría de las personas la detección temprana y las técnicas para llevar a cabo un tratamiento, se encuentran a disposición para ejercer un trabajo terapéutico. El término depresión ha sido erróneamente utilizado para describir, en forma indistinta, tanto un sentimiento de tristeza relacionado con una situación no placentera, como un estado de ánimo pasajero o estable, un síntoma o una estructura psicopatológica. En cuanto al riesgo de morbilidad, la posibilidad de que el cliente presente una conducta depresiva durante su vida, es del 20%, esto es preocupante, puesto que, la depresión se acompaña de una tasa de mortalidad que duplica las muertes atribuidas al SIDA. De ahí que, la depresión es una causa relevante de mortalidad, ya que el cliente con conducta depresiva presenta un riesgo de atentar contra su vida 30 veces mayor que el de la población general y un 15% de los pacientes internados por conducta depresiva se suicidan. Por tal motivo, el objetivo de la presente tesina es revisar y comparar los modelos conceptuales que han apoyado la presencia de la depresión en la vida cotidiana. De acuerdo a los datos obtenidos se muestra que las aportaciones Cognitivo-Conductuales evitan la ingesta de medicamentos y llevan a cabo un trabajo terapéutico de mayor éxito en relación a la conducta depresiva.

INTRODUCCIÓN

La historia de la depresión incluye diferentes enfoques y conceptualizaciones. En la actualidad, la depresión ha venido incrementándose cada vez con mayor rapidez, dando como resultado un problema de tipo psicológico en el cual interviene el ambiente familiar, personal y social, porque tiene cierto impacto sobre las personas que la experimentan. En muchos casos, cuando el individuo tiene poco conocimiento sobre sí mismo, tiende a deprimirse y a crear un ambiente hostil e incomprensible que provoca trastornos en cualquier etapa de su vida. De hecho, si la gente tiene una valoración, un aprecio, una estimación, son tomados en cuenta para tomar decisiones propias, tienden a convivir con los demás de una manera más funcional, puesto que conocen con mayor claridad los puntos o las circunstancias donde pueden tener fallas e intentar salir bien librados sin tener que deprimirse o en consecuencia culparse el resto de su vida por una situación que tal vez tiene remedio.

Los estudios realizados sobre salud mental han demostrado que existen muchos factores relevantes en el desarrollo de la depresión que tienden a influir en aspectos de personalidad, adaptación social y emocional, así como en la salud mental en general, ya que la depresión es un trastorno bastante complejo que afecta a un porcentaje elevado de la población, y a pesar de los abundantes estudios clínicos y experimentales, aún se desconocen diversos aspectos implicados en este padecimiento (Montt y Ulloa, 1996; Rodríguez y cols., 2001).

En nuestro país, la mayoría de las veces se considera que se es "feliz" por tener éxito en la vida, debido a que hay dinero, lujos, prestaciones por parte de la empresa donde se labora, existe una serie numerosa de amigos, etcétera. Sin embargo, a pesar de que se confía en que se tiene todo, hay quien termina presentando una conducta depresiva por alguna circunstancia.

Alcántara (1996) considera que cuanto más afirmados nos sintamos, mayores serán nuestras posibilidades de sobrevivencia, ya que así se facilita el bienestar emocional y

eficaz de uno mismo y de los individuos que nos rodean, logrando así un porcentaje menor en relación a los individuos que tienden a deprimirse.

Es importante comentar que el tema de la depresión abarca un sinnúmero de características, circunstancias, contenidos, etcétera, que se pueden mencionar, por tal motivo, a continuación se abordan de manera más específica los antecedentes y las definiciones, con los cuales se obtendrá una mayor comprensión de los conceptos y un mejor panorama de lo antes mencionado, esto lo podemos observar en el Capítulo 1.

Dentro de los antecedentes sobre la depresión se encuentra que, Hipócrates (en Arieti y Bemporad, 1981), de quien se dice vivió en el siglo IV A. de C., formuló la primera descripción médica, a la que llamó melancolía y cuyo origen atribuyó a un exceso de atrabilis o bilis negra en el cerebro (**La sangre, bilis negra o atrabilis, bilis amarilla y flema, son los cuatro humores corporales que consideraban como la causa de los diferentes problemas de ese tiempo**). Fue Areteo de Capadoccia en el siglo II en nuestra era, quien desarrolló el cuadro más completo sobre la depresión; al contrario de Hipócrates, sugirió que no tenía mucho que ver la atrabilis, la flema o los humores con la depresión que más bien existían otros factores de tipo psicológico, desafortunadamente ese estudio no fue continuado por sucesores inmediatos. Galeno, también en el siglo II de nuestra era, desarrolló la teoría de que la depresión estaba basada en supuestos humores. Este tipo de pensamiento se mantuvo hasta la Edad Media. Ya en la época del Renacimiento resurge el interés en la depresión bajo un nuevo enfoque, sobre todo en la Inglaterra Isabelina, donde al parecer hubo una epidemia de melancolía. Algunos trabajos realizados en ese periodo, de que se tienen conocimiento, son: "Treatise on Melancholia" publicado en 1586 por Timothy Bright. Veinte años más tarde se dio a conocer "Optick Glass of Homours", de Thomas Walkington, quien se ocupó de la constitución melancólica. Por último, en 1621, Robert Burton terminó su "Anatomy of melancholy", que es básicamente un texto sobre la depresión y su propia reflexión sobre la vida (Arieti y Bemporad, 1981; Calderón, 1990).

Con la difusión de la Revolución Científica, los investigadores comienzan a considerar a la depresión como una enfermedad mental causada por agentes fisiológicos

más que por posesión demoníaca. Ya en nuestro siglo, se pueden encontrar también enfoques psicoanalíticos como el de Freud, que escribe en 1917 sobre el duelo y la melancolía, refiriéndose básicamente a la pérdida de un objeto amoroso. Se pueden encontrar también enfoques cognitivos, conductuales, bioquímicos, etcétera, de los cuáles se hablará más adelante (Arieti y Bemporad, 1981).

Ahora bien, gracias a todas éstas explicaciones de la depresión se han establecido una gran variedad de definiciones, las cuales permiten entender con mayor exactitud a los individuos deprimidos.

A la depresión se le ha considerado como una vivencia que todo ser humano ha experimentado en algún momento de su vida. Puede variar en intensidad y duración, desde un abatimiento ligero en el cual el individuo se muestra inquieto, infeliz o pesimista durante algunos días; hasta una desesperación extrema que se manifiesta por un periodo, en el que el afectado llega a perder los deseos de vivir (Zamora, 1996).

Se ha empleado el vocablo depresión en diversos sentidos: para describir una perturbación del estado anímico o trastorno de la afectividad, un síntoma, síndrome o bien para designar un grupo específico de enfermedades (Mendels, 1977 en Zamora, 1996).

Cuando la depresión guarda relación con hechos externos y es congruente en duración e intensidad con el factor desencadenante, es posible comentar que se trata de una reacción esperada y con una explicación que la ubica como una respuesta normal. Cuando tal respuesta es desmesurada y tanto su intensidad como duración no corresponden a lo esperado y que además tiende a mantenerse con repercusiones disfuncionales en quien la presenta, se trata entonces de un estado patológico que amerita tratamiento, ya que amenaza el funcionamiento e incluso la vida de quien lo sufre y de quienes le rodean (Norberto, 1997).

A partir de esto, la depresión ha sido definida como una alteración que experimenta una persona y que se manifiesta en casi todas las áreas de la esfera humana, como lo son: la

conductual, afectiva, sensitiva, cognitiva, de relación interpersonal y de su propio estado de salud, esto es, que existe un desequilibrio en relación del individuo con su medio ambiente (Chávez, 1995 en Zamora, 1996).

Es importante resaltar que a través de las definiciones encontradas, existe un rasgo común predominante, este es la similitud de comportamientos, aunque esto no quiere decir que se deben presentar todo este cúmulo de comportamientos en un sólo individuo, más bien, puede variar de una persona a otra, lo cual se verá representado con mayor exactitud en los reportes de los pacientes dando los indicadores específicos. Tales comportamientos fueron agrupados en dos categorías por Norberto (1997):

A) Comportamiento Cognitivo-Verbal: En este tipo de comportamiento se incluye tristeza, desesperación, culpa, falta de valor (baja autoestima), irritabilidad, pesimismo, apatía, infelicidad, pánico difuso, auto-reproche, distorsión negativa del medio ambiente e incapacidad.

B) Comportamiento Somático-Motor: retardo en la prontitud de la respuesta, decremento en el nivel de trabajo y en actividades recreativas, baja de apetito, cabeza colgada, llanto, agitación, torcerse las manos, perturbaciones en el sueño, insomnio, pérdida de interés en la conducta sexual, fatiga, reducción en la producción verbal, evitación o reducción en la interacción social, conducta suicida, carencia de contacto visual; entre muchas otras (Norberto, 1997).

En el Capítulo 2 se toma en consideración la Etiología de la Depresión así como también las Clasificaciones utilizadas para delimitar el campo de tal conducta, es por eso que la depresión ha sido tomada como un síndrome que puede dar múltiples y variadas manifestaciones que en ocasiones hacen difícil su diagnóstico o sucede que pasa inadvertida para quienes no tienen un entrenamiento adecuado, provocando con frecuencia gastos innecesarios de laboratorio y gabinete para el paciente y las instituciones, y lo más grave es el desenlace final de un gran número de depresiones; el suicidio (Kielhold, 1983).

Los signos y síntomas de la depresión ocurren generalmente juntos y más frecuentemente en forma episódica y recurrente. La esfera psíquica, la esfera somática, la conducta en general de los pacientes y sus relaciones con los demás se altera en grados diversos (Guevara, s/f). Un elemento nuclear de la depresión diríamos que es un sentimiento "vital". Un elemento nuclear de la depresión es el abatimiento del humor; la tristeza, la aflicción, la aprehensión, la incapacidad para sentir gozo o satisfacción y sobre todo el sentimiento de desesperanza. Otro elemento nuclear, es la inhibición de las motivaciones; la apatía, la disminución de los apetitos e intereses, la fijación de la atención en las vivencias dolorosas y la dificultad para pensar y para iniciar la acción. Con frecuencia, la angustia y en ciertas formas clínicas, la agitación, se mezclan con la inhibición (Salgado, 1984 en Zamora, 1996; Guevara, s/f).

En el área cognitiva, lo característico es el marco de referencia pesimista desde el cual el depresivo se contempla a sí mismo y a lo que le rodea. Su presente, su pasado y su futuro aparecen vacíos, carentes de valor y de sentido. La exaltación de la autocrítica y la pérdida de autoestima corren al mismo tiempo. En consecuencia, el individuo se experimenta sin poder y sin posibilidad de recuperarlo (Zamora, 1996; Macías, 1987).

En la vertiente somática, la disminución del apetito, la pérdida de peso y las perturbaciones de los ritmos vitales, particularmente la interrupción temprana o la prolongación del sueño, así como las disfunciones de los aparatos y sistemas, particularmente del digestivo y el cardiocirculatorio que son parte del cortejo sintomatológico de la angustia y la tensión, completan el cuadro. No es la intensidad del cambio lo que define a la depresión puesto que hay depresiones leves, sino el involucramiento global de la personalidad que implica cambios en las actitudes, los ritmos vitales y también cambios corporales (Kielhold, 1983).

La depresión está siempre matizada por la personalidad de quien la sufre y por sus defensas, de ahí que, ciertos rasgos negativos del carácter se acentúan y ciertos síntomas de la constelación neurótica tales como fobias, obsesiones, cambio constante de ideas u opinión, sentimientos de irrealidad, astenia y actitudes hipocondríacas, hagan su aparición.

En formas que son relativamente menos frecuentes, pero más severas, hay delirios y alucinaciones, particularmente del “carácter autoacusatorio, hipocondríaco paranoide o psicosis depresivas. En la esfera de la conducta observable, los cambios pueden ser o no ostensibles. En general, el desinterés, el temor y el pesimismo, se reflejan en la expresión del rostro, en la voz y la postura corporal, pero particularmente la perturbación de las relaciones interpersonales y sus consecuencias son la expresión conductual más significativa en la depresión (Norberto, 1997).

Por otro lado, el origen del síndrome depresivo se cataloga como multifactorial, ubicando entre sus principales causas las biológicas, las psicológicas, las ecológicas y las sociales. De éstas, predominan las biológicas (genéticas) en la depresión de tipo psicótico, y las psicológicas y sociales en la depresión de tipo neurótico. Asimismo, las alteraciones fisiopatológicas predominantes en este padecimiento son un déficit de noradrenalina y serotonina, ello es la causa del descenso evidente en el tono muscular, la lentificación en general de las funciones psíquicas, disminución de la actividad física, lentificación del pulso, hipotensión arterial, estreñimiento, etcétera (Mendoza y Soto, 1990).

En relación con la Clasificación de la conducta depresiva, ha existido en todo momento una cierta confusión tanto en la literatura médica y psicológica como en la práctica de ambas. Los trastornos depresivos se incluyen, según lo establecido en la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), como episodios depresivos, ya sean graves o leves y episodios depresivos recurrentes, también graves o leves dependiendo de la intensidad con que se presentan y de que los episodios sean reiterados, sin antecedentes de episodios aislados de elevación del estado de ánimo o aumento de la vitalidad.

Clasificación de los trastornos depresivos según diferentes criterios:

Etiológicos

Depresión Endógena. Predominan las causas de tipo orgánico (predisposición) subdividiéndose en monofásica cuando se presenta sólo un episodio depresivo o maníaco y disfásica cuando se alternan los episodios maníaco y depresivo. Lo endógeno ha sido definido por una serie de factores clínicos: Ausencia de un factor precipitante, presencia de despertar precoz, comienzo brusco, curso autónomo del humor (ausencia de reactividad a factores externos no se alivia con circunstancias placenteras), cualidad diferente de la experiencia, inhibición (puede afectar a diversas áreas, cognitiva, motora y motivacional); personalidad premórbica con bajo nivel de neuroticismo (Campillo y Caraveo, 1980 en Mendoza y Soto, 1990; Chinchilla, 1998; Reus, 1998).

Depresión Reactiva. Se encuentra caracterizada por reactividad del humor ante circunstancias externas; inicio insidioso; ánimo con un sentimiento de tristeza normal, es decir, cualitativamente no es diferente a la experiencia habitual ante situaciones negativas y/o adversas; actitudes hipocondríacas; tendencia a la agresividad verbal contra el medio en el que el paciente se desenvuelve; ansiedad, irritabilidad y conductas fóbicas.

Depresión Primaria. Se presenta en un individuo sin historia psiquiátrica previa de otras enfermedades psíquicas, excepto episodios de depresión o manía, y en ausencia de una alteración somática que precede o evolucione paralelamente al trastorno afectivo. A su vez, los trastornos afectivos primarios se dividen en: trastornos del espectro depresivo; trastorno depresivo familiar puro y trastorno depresivo esporádico (Ayuso y Sáiz, 1990 en Chinchilla, 1998).

Depresión Secundaria. Se distinguen dos grupos, el síndrome depresivo precedido por otro trastorno psíquico, con independencia de que se encuentre presente o ausente durante la aparición del cuadro depresivo y síndrome depresivo que está precedido por enfermedades somáticas amenazantes para la vida o de carácter incapacitante (Wood, 1977 en Chinchilla, 1998).

Descriptivos

Depresión Psicótica. Es una depresión profunda y puede degenerar en una psicosis maniaco-depresiva, en la cual el afectado alterna entre estados de melancolía y exaltación; las ideas de culpa e indignidad de no servir para nada, pueden conducir a la persona que la padece a ideas de suicidio. Existencia de fantasías y alucinaciones (percepción de estímulos inexistentes), delirios (ideas irracionales) y episodios maniacos (euforia exagerada e incongruente) o un notable trastorno en el pensamiento formal (Macías, 1982; Aguayo y cols., 1998).

Depresión Neurótica. Existen síntomas afectivos como la tristeza, indiferencia y pesimismo, pero sin sintomatología en la que el paciente pierda contacto con la realidad. Aparecen tras un acontecimiento estresante generalmente psicosocial, resulta de conflictos inconsciente, los cuáles producen hipocondrías, obsesiones, fobias que son más frecuentes y menos graves que las de tipo psicótico, se deben a causas psicológicas, generalmente son producto de una pérdida que sufre el individuo, una frustración, una situación de abandono o problemas familiares (Zamora, 1996; DSM-IV en Reus, 1998).

Distimia. Una depresión prolongada del estado de ánimo que nunca, o muy rara vez, es lo suficientemente grave como para satisfacer los criterios del trastorno depresivo menor recurrente. El individuo se encuentra abatido y quejumbroso, duerme mal y se siente incapaz de todo; la mayor parte del tiempo se siente cansado y deprimido, todo le supone un esfuerzo y nada le satisface. Suele comenzar al iniciarse la vida adulta y evoluciona a lo largo de varios años, o bien, es de duración indefinida (Aguayo y cols., 1998; Chinchilla, 1998).

Depresión Mayor. “La depresión mayor se define como un estado de ánimo deprimido que se mantiene diariamente durante un mínimo de 2 semanas” (DSM-IV en Reus, 1998 p.2839). Hay ciertos criterios para diagnosticar la depresión mayor: Los síntomas e cuanto al estado de ánimo deprimido, la pérdida marcada del interés o del placer, pérdida de peso significativa, insomnio e hipersomnia, agitación o retraso psicomotor, cansancio, sensación

de inutilidad, disminución de la capacidad para pensar, etcétera, que persisten en un periodo de 2 semanas; los síntomas no cumplen los criterios de un episodio mixto; los síntomas producen sufrimiento significativo o deterioran el funcionamiento social, laboral o de otras áreas.

Evolutivos

Trastorno Bipolar. Una categoría más es el trastorno afectivo bipolar, el cual se caracteriza por episodios reiterados de elevación del estado de ánimo y del nivel de actividad (Aguayo y cols., 1998). Los estudios familiares muestran que tienen una mayor heredabilidad que los trastornos unipolares. Se pueden subdividir en: a)pacientes maniacos unipolares o maniaco-depresivos con episodios maniacos graves que requieren de hospitalización y b)pacientes con severa depresión, que requieren hospitalización e hipomanía.

Trastorno Unipolar. Muestran una evolución más larga, la recurrencia es menor, con unos intervalos asintomáticos más prolongados y presentan un cuadro clínico más puro.

La depresión mayor y el episodio depresivo son las categorías diagnósticas más importantes dentro de los trastornos mentales en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) como en la CIE-10.

Con el objeto de brindar mayor información con respecto a la Evaluación, el Diagnóstico y finalmente el Tratamiento de la Depresión se presentan en el Capítulo 3, detalles importantes a considerar con respecto a éstos tres rubros. Originalmente la depresión sólo era considerada como una enfermedad a corto plazo, con alguna tendencia a la recurrencia. Fue hasta la década de 1980 que un cambio en el pensamiento científico diera pauta a determinar que fuera una enfermedad crónica. “Algunos estudios, como los de laboratorio de sueño en pacientes deprimidos, dieron apoyo a la hipótesis de que ciertas enfermedades afectivas son condiciones crónicas con manifestaciones clínicas periódicas similares a la hipertensión o a la diabetes” (Aguayo y cols., 1998 p.26).

De ahí que sea importante comentar en relación a la disponibilidad de medios para abordar dicha problemática, porque se puede señalar que es responsabilidad en muchas ocasiones del médico general diagnosticar y tratar oportunamente la mayoría de los trastornos depresivos con el auxilio especializado del psiquiatra y/o el psicólogo. Al respecto, en el Sistema Nacional de Salud de nuestro país se tiene contemplada una estructura asistencial de 3 niveles de atención médica, de los cuales en el primer nivel cuya responsabilidad principal recae en el médico general, se tiene planteado la solución del 85% de los problemas de Salud, ocupando un lugar preponderante los trastornos depresivos.

Esto no quiere decir que los demás especialistas (tanto psicólogos como psiquiatras) puedan encargarse de dicho diagnóstico, sin embargo, en la mayoría de los casos los pacientes asisten en primera instancia con su médico general o bien con algún otro tipo de gente que puede dar apoyo inmediato. De cualquier manera los casos típicos de depresión no provocan problemas para ser diagnosticados, pero cuando ésta se asocia con otras condiciones psiquiátricas, el diagnóstico se dificulta y en ciertos casos la división entre la depresión y estos trastornos permanece indefinido. Algunos de los trastornos que están presentes junto con la depresión son: el cáncer, el SIDA, el dolor crónico, los trastornos alimenticios, el alcoholismo, la ingesta de sustancias tóxicas, entre otros.

La evaluación de los trastornos emocionales siempre debe incluir el interrogatorio de los antecedentes médicos, de tratamientos farmacológicos, de hábitos en el consumo de cualquier sustancia, eventos estresantes en la vida del paciente y en general, el de las circunstancias en las que se desenvuelve su vida laboral, familiar y social. Los marcadores biológicos y las escalas son útiles en la investigación de los trastornos depresivos, aunque debe tenerse cuidado estricto al manejarlas. Es útil recordar algunas de las escalas que a través de los años se han trabajado en el caso de individuos con depresión: Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D); Escala de Hamilton para Depresión; Inventario de Depresión de Beck; Inventario Multifacético de Personalidad Minnessota (MMPI); Escala de Birlson para el Trastorno Depresivo Mayor (DSRS), entre

muchas otras (Petti, 1985; De la Peña y Almeida, 1994; Manelic y Ortega, 1995; Jiménez, Senties y Ortega, 1997; Norberto, 1997; Aguayo y cols. 1998).

La depresión se ha inferido en base a los estados verbales o autoreportes que proporciona el individuo en el que se enumeran términos descriptivos asociados con estados internos como pueden ser la tristeza, desesperación, irritabilidad, falta de valor e intento de suicidio (Zung, 1965). Pero también se han manejado algunas conductas observables: disturbios en el sueño, poco apetito, reducción en el nivel de actividad, etcétera (Lewinsohn y Rosenbaum, 1987).

La depresión en los individuos depende de numerosas variables, entre ellas se incluyen las poblaciones estudiadas, sus rangos de edad, las definiciones de depresión, los distintos tipos de instrumentos de evaluación y la identidad de los informadores. En este sentido se ha dado pauta al surgimiento de modelos que explican la depresión, utilizando diferentes técnicas para una intervención terapéutica. A continuación se exponen de manera somera algunos de los modelos actuales que han descrito el concepto de depresión:

Existen en la actualidad enfoques terapéuticos que solos o en combinación pueden aplicarse al tratamiento de la depresión. Tomando en cuenta la aplicabilidad de cada uno de estos enfoques, el terapeuta debe decidir qué tratamiento o combinación de ellos debe utilizar con cada paciente.

Terapia Farmacológica (uso de medicamentos)

Cuando se realiza la evaluación y se ha diagnosticado un cuadro de depresión, el tratamiento con medicamentos puede manejarse en dos fases: 1) Fase Aguda en donde se indican los antidepresivos a las dosis adecuadas, con los que se esperan respuestas de mejoría de los síntomas entre dos a cuatro semanas como promedio, más adelante se observan los resultados a través de un lapso más amplio en la ingesta de los medicamentos y posteriormente se buscan oportunidades para retirar tal medicamento si es adecuado para el caso particular o bien reducir la dosis e intentar el trabajo bajo otras terapias; y 2) Fase

de Continuación y de Mantenimiento tiene como meta disminuir la probabilidad de recaída del individuo deprimido y por consiguiente llevar a cabo la etapa de mantenimiento, puesto que se incluyen a pacientes que han presentado tres episodios de depresión mayor durante un lapso de 5 años y se toman en cuenta parámetros clínicos como: lapso entre episodios previos, severidad de los episodios, riesgo de suicidio durante tales episodios, agudeza del inicio del episodio, entre otros (De las Heras, 1989; Aguayo y cols., 1998).

TEORÍA NEUROLÓGICA

Uno de los más importantes expositores de esta teoría es Kraines s/f (en Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983), quien dice que el hipotálamo tiene un papel determinante en la depresión. Un estímulo de la corteza cerebral excita el hipotálamo que a su vez produce un estímulo al sistema somatovisceral. Cuando viene una enfermedad al hipotálamo entonces tendremos una reacción maniaco-depresiva. Los síntomas psicológicos que realmente se dan en la depresión, Kraines los ve como secundarios.

Son defensas psicodinámicas contra los estados de alarma inducidos por la psicopatología del diencéfalo. Una enfermedad de esta naturaleza sugiere bases psicológicas, porque la depresión se da en personalidades que se dicen ajustadas, donde antes no existían elementos “estresantes”. También hace ver, para basar su teoría, que básicamente son síntomas iguales en la mayoría de los pacientes, aunque tengan diferentes culturas y estatus. La depresión termina muchas veces sin una terapia y aún dándola puede fallar. Además el electroshock tiene un resultado positivo. No puede encontrar una razón válida a nivel estrictamente neurológico que explique las conclusiones de muchas investigaciones sobre el pronóstico de la depresión. Se dice que una completa recuperación de un episodio de depresión ocurre entre un 70 y 95 % de los casos y que cuando un estado de depresión ocurre antes de los 30 años tiende a ser más corto que cuando ocurre después de los mismos (Shuyler, 1974 en Macías, 1982).

TEORÍA BIOQUÍMICA

Los investigadores trabajan actualmente en la investigación de tres tipos de drogas: drogas inhibitorias monoaminóxicas (MAOI), tricíclicas y compuestos de Litio para ayudar a los deprimidos y maniaco-depresivos. Estas drogas modifican la neurotransmisión. Las drogas derivadas de las enzimas monoaminóxicas y tricíclicas afectan el funcionamiento de los neurotransmisores para superar la depresión. En cambio el Litio tiene una propiedad antimaniaca (Morris, 1974; Rogers y Clay, 1975 en Calderón, 1990).

Para los investigadores de la depresión tienen especial interés los neurotransmisores: norepinefrina, dopamina y serotonina; éstas son las mensajeras que responden primordialmente a las funciones emocionales e impulsos. De acuerdo con esta teoría, el tratamiento que ha sido utilizado básicamente es la llamada farmacoterapia, que consiste en administrar una serie de agentes farmacológicos para la depresión y aunque los efectos de los antidepresivos y de los inhibidores de la MAOI han sido muy beneficiosos en el tratamiento depresivo no se han hecho conclusiones definitivas (Norberto, 1997).

Terapia Psicológica

En este apartado se toma en cuenta al aspecto del individuo con respecto a su mente (emociones, sentimientos, la forma en que toma el problema, frecuencia del mismo, etcétera) que pueden ser funcionales para el esclarecimiento de su conducta de interés, sin olvidar que el terapeuta juega un papel fundamental, ya que el individuo depende en gran medida de él para que aprenda a mediar su vida bajo su propia perspectiva aceptando su situación como parte de sí mismo.

TEORÍA PSICOANALÍTICA

Para la concepción psicoanalítica, la base de los fenómenos psicopatológicos está en las experiencias tempranas, cuya influencia conformará de manera dinámica las estructuras mentales en desarrollo.

Freud y sus continuadores, tanto ortodoxos como los que añaden o quitan algo a sus teorías, se han preocupado en explicar la depresión, pero parecen poner especial atención en la conjunción maniaco - depresiva. Un aspecto importante para explicar la depresión se puede encontrar en Freud cuando habla del narcisismo primario y su tendencia hacia el Yo Ideal (Macías, 1982).

Abraham (1960 en Petti, 1985) dice que la vida sexual no satisfecha causa sentimientos de odio y hostilidad los cuales reducen la capacidad de amar en las personas, que serán las deprimidas.

Rado (1968 en Macías, 1982) considera que existen factores predisposicionales en la depresión. Son las personas que tienen necesidades narcisistas muy fuertes junto con la precaria estima de sí mismo.

Bibring (1953 en Petti, 1985) añadió a la teoría clásica freudiana que la estima de sí mismo podía ser perdida, no solamente por las frustraciones o necesidades basales no satisfechas, sino también por las frustraciones de otras aspiraciones. Las reacciones depresivas tienen mucho en común, pero también multiplicidad de formas. La depresión deriva de conflictos y tensiones con el Yo mismo más que entre el Yo y el Superyo. El Yo expresa el conocimiento de su impotencia y debilidad (Chinchilla, 1998).

Con anterioridad se trabajaba con un psicoanálisis tradicional de diván, asociación libre, análisis de la transferencia, frecuencia de 3 o 4 sesiones por semana, etcétera. Ahora, la psicoterapia analítica tiene por objetivo, por un lado y a corto plazo, tratar de resolver el cuadro depresivo. Por otro, a más largo plazo, pretende conseguir un efecto preventivo

sobre futuras depresiones, a la vez la disminución de sus efectos patológicos. Ambos objetivos se apoyan para realizar el trabajo a través de la reestructuración de la personalidad del paciente, de tal manera que deje de reaccionar de forma depresiva patológica ante pérdidas, abandonos, frustraciones, fracasos, entre otros. Tal personalidad depresiva se estructura sobre un núcleo básico melancólico, del cual brota un humor depresivo crónico y una forma de relación interpersonal que se puede llamar depresiva, además de observarse una angustia de soledad con sus modalidades como el aislamiento, separación, desamparo y abandono. Por ello la técnica de psicoterapia debe ser cálida, cercana, a la vez que cuestione y contraste además de contar con una frecuencia de una o dos veces por semana. Dependiendo del tipo de depresión (por pérdida del objeto, por objeto devaluado, por pérdida de meta o fracaso y pérdida de autoestima o fracaso ante el ideal del Yo) es la manera en que estará orientada la psicoterapia, por ejemplo, a calmar su visión pesimista de futuro, y su angustia y temor por lo que ha tenido y puede volver a padecer, o para saber cómo afrontar las relaciones interpersonales, la relación con la tarea y la noción de sí mismo, la devaluación del yo, una sobrevaloración del tú con el cual se necesita estar fundido para tener la noción del ser, etcétera.

TEORÍA CONDUCTISTA

Norberto (1997) explica que el tratamiento conductual se caracteriza por el comportamiento evidente y específico, precisando con claridad las metas terapéuticas, formular procedimientos específicos para abordar determinados problemas y evaluar en forma objetiva los resultados de la terapia. En sí, esta terapia tiende a que el usuario adquiera un nuevo comportamiento eliminando la conducta inadecuada y reforzando a la vez el sostenimiento de la nueva pauta comportamental.

La teoría del aprendizaje y las teorías conductuales dan un nuevo enfoque al estudio de la depresión, Seligman (1974, 1976 en Guerrero e Hidalgo, 1992), hipotetiza que la gente se deprime cuando siente una pérdida de control sobre sus experiencias que han sido reforzadas positivamente (desamparo aprendido), piensa que algunos individuos expuestos a estímulos aversivos que no se pueden evitar responderán con pasividad e impotencia a

situaciones en lo futuro. La ausencia de estímulos reforzantes es la causa más importante para que se desarrolle la depresión. Asimismo, los conductistas enfocan el aprendizaje y las consecuencias de medio ambiente, por lo que consideran a los síntomas de la depresión como resultados de problemas en la interacción del sujeto con el medio ambiente; tal es el caso de Lewinsohn (1976 en Lewinsohn y Rosenbaum, 1987) quien desarrolló la opinión de que la depresión resulta de la pérdida o reducción de reforzamiento del medio ambiente. Lazarus (1968; en Guerrero e Hidalgo, 1992), por otra parte opina que la depresión es una función de reforzadores insuficientes e inadecuados.

Diversos estudios como el de Kazdin (1982), mencionan que el tratamiento de la depresión puede reducir exitosamente la frecuencia de las conductas depresivas, sin el uso de medicamentos. Sin embargo, se necesitan más investigaciones adicionales para el análisis de la efectividad de los componentes del tratamiento.

Las terapias más utilizadas de acuerdo con la teoría conductista son: Desensibilización Sistemática, Entrenamiento Asertivo, Modelamiento, Economía de fichas, Biofeedback, Autocontrol, Autorrefuerzo, Control de Estímulos, Autoobservación, Contratos terapéuticos, Autorregulación.

Para lograr que el sujeto participe más frecuentemente en actividades recompensantes y/o eleve su nivel de actividad, se han desarrollado estrategias como el manejo de contingencias y entrenamiento de habilidades para incrementar el reforzamiento de conductas reforzables cuando existe déficit en reforzamiento de conductas depresivas o exceso en castigo. (Rimm y Masters, 1982; Kazdin, 1978; Ridruejo, Medina y Rubio, 1996).

TEORÍA COGNITIVA

La Psicología Cognitiva surge con la intención de abordar el estudio de una serie de variables mediadoras que intervienen en el proceso de condicionamiento clásico. Estas variables intermedias determinan un proceso individual de atención, percepción y

afectación singular, con respecto a las situaciones o acontecimientos medio-ambientales. El hombre vuelve a situarse como un ser activo, capaz de influir decididamente en la realidad que vive. En los años setenta, comienza a sobresalir la terapia cognitiva, que se define como el tratamiento que intenta modificar la conducta manifiesta, influyendo sobre las cogniciones del individuo. El proceso cognitivo hace posible que el individuo perciba, piense, evalúe y actúe bajo patrones de comportamiento específicos, desarrollados a partir de experiencias aprendidas y nacidos de la interrelación entre la persona y el ambiente. Cualquier déficit, alteración u error en tal proceso cognitivo es considerado responsable de la aparición del trastorno o conducta desadaptada.

El principal exponente de este modelo es Aaron Beck (1967 en Norberto, 1997; Herrera y Maldonado, 2002) quien considera que el desarrollo y mantenimiento de la depresión se debe a tres factores: 1. La triada cognoscitiva: visión negativa de sí mismo, interpretación negativa de las experiencias y visión negativa del futuro; 2) Patrones cognitivos, que hacen que se mantenga dicha triada y 3) La unión de la triada con los patrones cognitivos que da como resultado errores en los procesos de información, favoreciendo en la predisposición y el mantenimiento del cuadro depresivo. El trabajo terapéutico tiene que ver con dos objetivos: que desaparezcan los síntomas y que el pensamiento se reestructure, disminuyendo la presencia de la depresión. Para que tal proceso se lleve a cabo es importante trabajar de acuerdo a dos fases, la diagnóstica en donde se investigan, analizan y evalúan las distorsiones cognitivas y la fase terapéutica propiamente dicha, en donde el paciente ha de aprender a distinguir entre pensar y creer, mediante autoobservaciones con razonamientos lógicos, generándose así formas de pensar alternativas y estables, con las que el individuo argumente y de respuestas a sus cogniciones depresivas.

Posteriormente Kovacs (1977 en Guerrero e Hidalgo, 1992), modifica este modelo para niños, planteando que los disturbios emocionales incluyendo los depresivos, son causados por desequilibrios en el pensamiento en un nivel consciente. La meta de esta terapia es corregir el pensamiento desequilibrado a través de la examinación lógica y directa de la perspectiva del paciente para que así gradualmente tome un punto de vista real

de sí mismo, de su medio ambiente y de su destino. Cabe mencionar que se puede trabajar con una técnica llamada Control Cubierto o también la Detección de Pensamientos.

Dentro de estos modelos cognitivos se tienen diversas propuestas de investigación terapéuticas, como la planteada por Ellis (1962 en Ellis y Abrahams, 1983) la cual se basa en una reestructuración cognoscitiva que recibe el nombre de Terapia Racional Emotiva (TRE). Para Ellis, los modos inadaptados de construir el mundo y las creencias irracionales que los mantienen son la causa del sufrimiento de una persona. Como tal, la TRE tiene como objetivo inducir al individuo a que reconozca lo absurdo de sus pensamientos y creencias, los abandone y adopte nuevos patrones cognitivo realistas y adaptados. Por ejemplo, existen modelos que utilizan a la TRE, para tratar los padecimientos infantiles entre los que se ubican la depresión y los cuales trabajan bajo una corriente cognitivo - conductual (Macías, 1982).

Algunas técnicas más que se pueden utilizar para el tratamiento de la depresión son: -Técnicas de Manejo de Situaciones que incluyen el modelado encubierto, el manejo de ansiedad; y Técnicas de Resolución de Problemas en donde se involucran técnicas de autocontrol, de habilidades cognitivo-interpersonal y propiamente la resolución de problemas (Ridruejo, Medina y Rubio, 1996).

El tratamiento Cognitivo se centra en las distorsiones interpretativas y creencias individuales, las cuales se presume están fundamentadas en la depresión de la gente, la meta es cambiar tales patrones de pensamiento, utilizando la sustitución de cogniciones negativas distorsionadas por interpretaciones orientadas de manera realista, corregir errores lógicos, detención de pensamientos, etcétera (Norberto, 1997).

También se puede comentar que la depresión se va adquiriendo conforme vamos viviendo y que esto es sumamente importante, ya que gracias a eso el personal encargado de hacer tratamientos acerca de este tema puede modificar poco a poco el repertorio de conductas que se vayan presentando, independientemente si el individuo se encuentra en un proceso educativo familiar, escolar o bien social.

Una vez diagnosticada la depresión puede, casi siempre ser tratada exitosamente con medicamentos, con terapia psicológica o con la combinación de ambos. Es importante aclarar que un porcentaje elevado, no recibe la atención adecuada y a tiempo, por que las personas con este padecimiento ocultan sus síntomas, lo que produce culpa y vergüenza, esto lleva incluso a que se presenten serias complicaciones como los actos violentos e incluso el suicidio. El estigma social continúa hasta este tiempo predominando alrededor de la depresión y esto a menudo impide la adecuada aplicación de los tratamientos y conocimientos actuales, que por falta de valor, información o bien como antes mencioné por culpa o vergüenza, se pierden la oportunidad de tener un nivel de vida y un equilibrio más favorable para su apto crecimiento. “Entre 27% y 35% de los pacientes con depresión presentan incapacidad social grave, lo que quiere decir que una gran proporción de estos individuos no está en posibilidad de llevar una vida adecuada en las esferas familiar, social y labora” (Aguayo y cols., 1998).

Es importante denotar que el hecho de mencionar a la terapia farmacológica no significa que sea determinante y necesario para el tratamiento de la depresión, desafortunadamente en la mayoría de los casos se toma en consideración primaria la ingesta de medicamentos, los cuales pueden facilitar o bien ser un obstáculo para el tratamiento, sin embargo, el trabajo realizado de manera conjunta ha sido lo que con mayor énfasis se ha manejado a lo largo de la historia de la depresión.

CAPÍTULO 1

ANTECEDENTES DE LA DEPRESIÓN

1.1. Reseña Histórica

La depresión es uno de los trastornos de salud que ha preocupado a la humanidad desde tiempos remotos. La historia de la depresión ha ido variando de acuerdo al surgimiento de nuevos enfoques y conceptualizaciones, debido a que ésta se ha incrementado cada vez con mayor rapidez, dando como resultado un problema de tipo psicológico, en el cual interviene el ambiente familiar, personal y social, desde el momento en que determinado individuo la experimenta. Es fundamental mencionar que, aunque en la actualidad se dispone de métodos diagnósticos y terapéuticos efectivos, su frecuencia se ha incrementado paulatinamente hasta constituirse en un problema de Salud Pública. Por tal motivo, es importante describir los aspectos más sobresalientes que han dado lugar al surgimiento de la depresión como un problema Social, dando al lector un panorama más amplio acerca de tal temática, tomando en cuenta que el individuo se encuentra inmerso en un ambiente en el cual predominan opiniones de tipo idealistas, al percibir cada uno a su manera el mundo que le rodea lo cual desencadena pensamientos negativos por parte del afectado, puesto que nunca obtendrá tal perfeccionamiento para satisfacerse a sí mismo y a los demás. De ahí que las personas deprimidas mantengan un patrón negativo en base a su vida, posibilitando así un incremento en cuanto a sus pensamientos de un modo superficial e inexplicable en muchos casos dando libre acceso a este tipo de problema.

El primer antecedente formal de este padecimiento se encuentra en los escritos de Hipócrates (460-370 A.C.) cuando describe a la "melancolía" (del griego "melas" negro, y "chole" bilis), designando de esta manera a los pacientes que con frecuencia vomitaban "bilis negra" a causa de su irritabilidad (Mendoza y Soto, 1990).

Hipócrates formuló la primera descripción médica, a la que llamó melancolía y cuyo origen atribuyó a un exceso de atrabilis o bilis negra en el cerebro, esto es, que la sangre,

bilis negra o atrabilis, bilis amarilla y la flema, pertenecían a los cuatro humores corporales que consideraban como la causa de los diferentes problemas de ese tiempo (Arieti y Bemporad, 1990). Por consiguiente, las escuelas organicistas (biologistas), intentaron explicar el trastorno depresivo a partir de errores, insuficiencias o intoxicaciones de tipo material, de ahí la explicación clásica de la escuela griega antes mencionada, puesto que entendían a la depresión como un exceso de "humor o bilis negra".

Más adelante, Areteo de Capadocia en el siglo II en nuestra era, desarrolló el cuadro más completo sobre la depresión; al contrario de Hipócrates, puesto que su sugerencia de tener algunas implicaciones por la atrabilis, la flema o los humores con la depresión, no tenían realmente algo que ver, ya que Areteo confirmó que la depresión más bien se debía a otros factores de tipo psicológico, desafortunadamente ese estudio no fue continuado por sucesores inmediatos. Galeno, también en el siglo II de nuestra era, desarrolló una teoría, en donde la depresión se encontraba basada en supuestos humores (Arieti y Bemporad, 1990; Calderón, 1990).

Por otro lado, hay corrientes que han intentado comprender a la depresión como una disfunción cuyo origen radica más allá de lo puramente orgánico. Esta interpretación de la enfermedad como una alteración del espíritu de carácter probablemente sobrenatural, tuvo notables consecuencias en la alta Edad Media y a principios del Renacimiento, cuando se catalogó de "endemoniados" a los sujetos con trastornos psiquiátricos, probablemente muchos de ellos maníacos o depresivos delirantes (Sabanés, 1990). En la Edad Media se señalaron como síntomas principales de la melancolía a la tristeza, los deseos de morir, la suspicacia acentuada, la tendencia al llanto e irritabilidad (Mendoza y Soto, 1990).

Ya en la época del Renacimiento se contempla un interés en la depresión bajo un nuevo enfoque, sobre todo en Inglaterra Isabelina, donde al parecer hubo una epidemia de melancolía. Algunos trabajos realizados en ese periodo, de los que se tiene conocimiento, son: "Treatise on Melancholia" publicado en 1586 por Timothy Bright. Veinte años más tarde, se dio a conocer "Optick Glass of Homours", el cual fue escrito por Thomas Walkington, quien se ocupó de la constitución melancólica. Robert Burton terminó su

"Anatomy of melancholy" que es básicamente un texto sobre la depresión y su propia reflexión (Arieti y Bemporad, 1981).

Fue en la época de la Revolución Francesa y la renovación del espíritu humanístico, cuando la medicina empezó a mostrar un interés más acusado por las enfermedades mentales, entre las cuales ya se mencionaba a la depresión, pero con la difusión de la Revolución Científica, los investigadores comienzan a considerar a la depresión como una enfermedad mental causada por agentes fisiológicos más que por posesión demoníaca (Calderón, 1990).

Sin embargo, durante el siglo XIX persistieron muchas interpretaciones de tipo organicista en su afán de identificar y tratar a las enfermedades mentales como cualquier enfermedad. Esto no quiere decir que hayan existido otros investigadores que analizaran con detenimiento la situación para dar una mejor explicación acerca del fenómeno de la depresión. En la década de los años cincuenta, se destaca la relación médico-paciente como un aspecto importante a considerarse para el tratamiento de la depresión, ya que sugería para la desaparición de la tristeza, que se entretuviera al paciente con historias divertidas, con trabajos y persuadiéndolo a interesarse más en la alegría que en la ansiedad a través de actividades de grupo e introduciéndolo a la psicoterapia. Krafft Ebing en 1893, mencionó que el fenómeno fundamental de la melancolía consistía en una dolorosa depresión emocional, carente de una causa aparente con significativos decrementos en la actividad mental, cuyas fuentes de dolor se basaban en una percepción desagradable del mundo externo; el paciente consecuentemente tenía el deseo de huir de la gente y tomar una actitud hostil hacia su medio ambiente, o bien una postura de indiferencia hacia la vida en general, con posibilidades de manifestarse, ya sea en forma simple o con estupor. Tiempo después, Roubinovitch y Tolouse (1897), mencionan que la melancolía es una emoción patológica de tristeza sin causa alguna, con tendencia a la desesperación y cuyo síntoma principal es la angustia. La angustia mental del melancólico es una emoción crónica dolorosa que envuelve el campo de la conciencia; el paciente cree que no se podrá liberar de esa angustia mental y en ocasiones la tristeza es reemplazada por el terror y puede llevar al paciente al estado de estupor (Guerrero e Hidalgo, 1992).

Ya a principios del siglo XX, Karl Abraham (1912) define a la depresión melancólica normal como aquella que surge ante la muerte de un ser querido, torna nuevas perspectivas acerca de la depresión, ya que también tomó en cuenta a la depresión melancólica, en donde el individuo presentaría constantes sentimientos de culpa. En 1917, la teoría del inconsciente propuesta por Sigmund Freud, hizo con gran innovación un cambio radical en muchas de las concepciones preexistentes, ya que entendió a la enfermedad mental como un proceso dinámico e individualizado (Sabanés, 1990).

Más adelante, Skinner (1953) quien se basa en el aprendizaje a través de métodos operantes; Ferster (1973), el cual se basa en un análisis funcional del medio ambiente en interacción con el individuo; Lewinsohn (1974), el cual basó su hipótesis sobre la relación del individuo con la pérdida de reforzamiento; Wolpe (1979), que maneja la incapacidad condicionada; y Bandura (1977) quien se fundamenta en un aprendizaje social, dieron un panorama diferente acerca de la depresión, ya que se tomó con mayor interés al medio ambiente que rodeaba al individuo (Guerrero e Hidalgo, 1992).

Dentro de los modelos cognoscitivos se tienen diversas propuestas de intervenciones terapéuticas, como la planteada por Ellis (1962) la cual se basa en una reestructuración cognoscitiva que recibe el nombre de Terapia Racional Emotiva (TRE), asume que los desórdenes psicológicos surgen de pensamientos ilógicos e irracionales derivados de ciertas morales de nuestra sociedad y de ciertos parámetros "esperados" respecto a las necesidades humanas. En la TRE se manejan tres aspectos importantes en la conducta del individuo (los ABC de la TRE) en donde (A) representa los hechos o experiencias activadoras. El individuo tiene un propósito en la vida, buscar metas constantemente para que logre cubrir las necesidades específicas. Casi siempre sus metas básicas son: 1) Permanecer vivo y 2) Ser razonablemente feliz y verse libre de dolor mientras se está vivo. Esto no quiere decir que sean las únicas opciones, ya que a través de la búsqueda de la felicidad incluyen: a) Ser feliz cuando se está solo, por sí mismo, b) cuando se asocia con otras personas, c) cuando se ven inmersos en una relación íntima con los otros, d) cuando trabajan para vivir y e) cuando se ven inmersos en actividades recreativas, por ejemplo, deportes, estudio, música, arte, drama. Esta teoría está basada

sobre la noción de que la gente tiene creencias culpables acerca de sí mismo, tales como: "todos deben gustarme" o "a todos les tengo que gustar". La aceptación de esta noción conduce al paciente a una pobre percepción de sí mismo que conduce, a su vez, a una pobre autoestima, al aislamiento social, y otras conductas que provocan la depresión.

En cuanto a las creencias (B) se denotan en la TRE dos tipos: 1) Las creencias racionales las cuales incluyen cogniciones, ideas y filosofías que ayudan y alimentan el logro de las metas básicas o más importantes y 2) Las creencias irracionales que son las ideas, cogniciones y filosofías que sabotean y bloquean el logro de las metas básicas o más importantes. Por último, con respecto a las consecuencias (C) debe tomarse en cuenta a los pensamientos, sentimientos y el aspecto conductual, ya que cuando "C" consiste en un trastorno emocional (por ejemplo, graves sentimientos de ansiedad, depresión, hostilidad, autodesaprobación y autocompasión), "B" generalmente (aunque no siempre) crea o causa "A" de forma principal o más directa. Cuando "As" fuertes o inusuales contribuyen o causan "Cs", o bien cuando factores fisiológicos crean "Cs", se acompañan por lo general, de "Bs". De esta forma, si la gente se ve atrapada por un terremoto o si experimentan fuertes cambios hormonales y, por tanto, se deprimen, sus "As" y procesos fisiológicos les influyen fuertemente para crear sus creencias irracionales "Bs", tales como: "¡Este terremoto no debería haber ocurrido! ¡Es horrible!, ¡No lo puedo soportar!". Por su parte, esos "Bs" se suman o ayudan a crear sus sentimientos de depresión en "C".

Por tanto, A, B y C están estrechamente relacionados, y ninguno de ellos tiende a existir sin los otros dos. Cuando la gente se siente emocionalmente trastornada en "C", esto es, seriamente ansiosa, deprimida, autoderrotista u hostil, contemplan frecuentemente, sus síntomas de forma absolutista, y concluyen irracional y horrorizadamente. Desarrollan entonces, un síntoma secundario, depresión sobre su depresión o ansiedad sobre su ansiedad, que puede ser incluso más grave e incapacitante que su síntoma primario, y que puede realmente impedirles la mayoría de las veces comprender y trabajar su trastorno primario (Ellis y Becker, 1982; Mahoney y Freeman, 1988).

Aaron Beck (1970 en Guerrero e Hidalgo, 1992), el principal exponente de la teoría cognoscitiva, desarrolló un concepto de la depresión basado en la triada cognitiva, la cual consta de una percepción negativa de sí mismo, del mundo y del futuro. Su meta fundamental es corregir el pensamiento desequilibrado para que gradualmente tome un punto de vista más real de sí mismo, no dejando de lado su medio ambiente y, por consiguiente, su destino. Beck presenta un paradigma el cual intenta demostrar las conexiones entre los aspectos cognoscitivos y los fenómenos afectivos, motivacionales y físicos de la depresión. El primer componente de la triada es el patrón de construir las experiencias de una forma negativa. El paciente interpreta constantemente sus interacciones con el medio ambiente como derrotas o deprivaciones. Considera su vida una sucesión de cargas, obstáculos o situaciones traumáticas, las cuales lo empobrecen de manera importante. El segundo componente es el patrón de verse a sí mismo de una manera negativa. Se considera deficiente, inadecuado o sin valor y tiende a atribuir sus experiencias displacenteras a defectos en él mismo, y tiende a generalizar una conducta determinada en un rasgo de carácter. Cualquier desviación de un estándar alto de "excelencia" es considerada como una gran falla. La supuesta deficiencia se magnifica a tal grado que ocupa la totalidad de su concepto sobre sí mismo. Esto provoca rechazo hacia sí y una gran culpa por los defectos que cree poseer, llegando al grado de culparse hasta por la misma depresión. El tercer componente de la triada consiste en considerar el futuro de una manera negativa. Anticipa que sus sufrimientos y dificultades actuales van a continuar indefinidamente. Generalmente muestra gran preocupación utilizando expectativas negativas a manera de fantasías. Las anticipaciones del futuro son una extensión del presente, por lo cual se parece incapaz de considerar su condición actual limitada en el tiempo o de esperar cualquier posibilidad de mejoría.

De acuerdo con Beck, la predisposición para la depresión se encuentra relacionada con la formación de conceptos permanentes, ya que el individuo desarrolló tempranamente en su vida una gran variedad de conceptos y actitudes acerca de él mismo y del mundo. Algunos de estos conceptos están anclados en la realidad y provocan vulnerabilidad hacia posibles desórdenes psicológicos (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983; Guerrero e Hidalgo, 1992; Petti, 1985).

Por su parte, Seligman (1974-1976) hipotetiza que la gente se deprime cuando siente una pérdida de control sobre sus experiencias que han sido reforzadas positivamente; propone que algunos individuos expuestos a estímulos aversivos inevitables, responderán con pasividad e impotencia a situaciones futuras. La ausencia de estímulos reforzantes es la principal causa para el desarrollo de la depresión, o bien que se encuentre considerada como el resultado de interacciones problemáticas del sujeto con el medio ambiente (Guerrero e Hidalgo, 1992).

A partir de esta contextualización se puede denotar que la depresión tiene una historia realmente interesante y que puede existir un sin número de circunstancias por las cuales la depresión puede tener cause, por consiguiente, se presentan a continuación definiciones que permiten tener una mayor significación al problema de la depresión.

1.2. Definiciones sobre Depresión

Debido a todo este cúmulo de experiencias acerca de la depresión, se ha logrado establecer un sin número de definiciones, las cuales permiten entender con mayor exactitud a los individuos deprimidos.

Se ha empleado el vocablo depresión en diversos sentidos: para describir una perturbación del estado anímico o trastorno de la afectividad, un síntoma, síndrome o bien para designar un grupo específico de enfermedades (Mendels, 1977 en Zamora, 1996).

El término depresión, en ocasiones se ha utilizado indistintamente para designar un síntoma afectivo (tristeza), una entidad nosológica (padecimiento con signos y síntomas que permiten una clasificación individual) y un síndrome (conjunto de signos y síntomas comunes a un grupo de enfermedades), siendo esta última acepción la que desde el punto de vista médico se considera más adecuada (Mendoza y Soto, 1990).

El síndrome depresivo propiamente dicho ha sido descrito de distintas formas, y su fenomenología ha sido expuesta cuidadosamente. Las primeras concepciones del síndrome depresivo infantil eran sumamente dispares. En un extremo se situaban los psicoanalistas, quienes no aceptaban el concepto (en función primariamente del dogma psicoanalítico): en el otro, se situaban los psicólogos investigadores, quienes ante las elevadas tasas de prevalencia de los síntomas depresivos en los individuos normales, sugerían que tales síntomas no podían ser estandarizados atípicos, ni psicopatológicos, ni duraderos (Petti, 1985).

El origen del síndrome depresivo se cataloga como multifactorial, ubicando entre sus principales causas las biológicas, las psicológicas, las ecológicas y las sociales. De esta serie de características, las que predominan con mayor frecuencia son las biológicas (genéticas) en la depresión de tipo psicótico, y las psicológicas y sociales en la depresión de tipo neurótico. De acuerdo a Mendoza y Soto (1990) las principales causas del Síndrome Depresivo son:

Cuadro1. Principales causas del Síndrome Depresivo

BIOLÓGICAS	PSICOLÓGICAS	ECOLÓGICAS	SOCIALES
-Genéticas -Cambios fisiológicos y evolutivos a) Adolescencia b) Embarazo c) Menopausia d) Andropausia e) Senectud -Alteraciones Hormonales -Alteraciones Orgánicas Cerebrales	-Integración inadecuada de la personalidad durante el desarrollo -Inadaptación a las etapas del ciclo vital de la familia -Pérdidas materiales, afectivas y de salud	-Ruido -Sobrepoblación -Exceso de tránsito de vehículos motorizados	-Desempleo -Pobreza -Desintegración familiar -Insatisfacción en el desarrollo laboral y profesional -Migraciones

La depresión es un síndrome que puede dar múltiples y variadas manifestaciones que en ocasiones hacen difícil su diagnóstico o sucede que pasa inadvertido para quienes no

tienen un entrenamiento adecuado, provocando con frecuencia gastos innecesarios de laboratorio y gabinete para el paciente y las instituciones y lo más grave es el desenlace final de un gran número de depresiones: el suicidio (Guevara, s/f).

La depresión considerada como síntoma suele implicar que el individuo parezca triste o se queje de estar triste, llora fácilmente, está disfórico, se siente solo, desesperanzado o pesimista. El complejo sintomático suele ir asociado a mal humor, irritabilidad e ideación autodespectiva (con o sin contenido mórbido o suicida). Designar como síndrome un grupo de síntomas y signos sugiere un proceso mórbido; el síndrome y el proceso, conjuntamente, constituyen una enfermedad. En general, se ha aceptado que un humor disfórico presente durante algún tiempo, habitualmente más de algunas semanas, y ciertas manifestaciones de ideación autodespectiva son críticas para el cuadro diagnóstico. El concepto de depresión enmascarada que había adquirido popularidad y aceptación en la psiquiatría general, constituye una entidad global en la que el humor disfórico ha de ser inferido por el clínico. Los síntomas que tradicionalmente se consideraban formando parte del síndrome depresivo infantil, por ejemplo, la hiperactividad, las quejas somáticas, las dificultades escolares o el rechazo escolar, también han sido considerados como formando parte de la depresión enmascarada (Blumberg, 1978 en Petti, 1985).

De acuerdo con la Asociación Psiquiátrica Americana en su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales “DMS III” (Benkert, 1981; Campillo y Caraveo, 1980 en Mendoza y Soto, 1990) estableció en 1980 criterios específicos para el diagnóstico de los distintos trastornos mentales, entre los que contempla a la depresión, de ahí surge la inquietud por ciertos autores de clasificar a la depresión de acuerdo a varias circunstancias: la depresión neurótica, cuando existen síntomas afectivos como la tristeza, indiferencia y pesimismo entre otros, pero sin sintomatología en la que el paciente pierda contacto con la realidad y, psicótica cuando existen en esta última alucinaciones (percepción de estímulos inexistentes), delirios (ideas irracionales) y episodios maníacos (euforia exagerada e incongruente). También se cataloga como depresión endógena y exógena; “en la primera predominan las causas de tipo orgánico (predisposición) subdividiéndose en monofásica: cuando se presenta sólo un episodio depresivo o maníaco, y disfásica cuando se alternan los

episodios maníaco y depresivo, y en la segunda predominan las causas de tipo ambiental como los factores socio-económicos, culturales, interpersonales, etcétera, subdividiéndose a su vez en abúlica (apática) y neurótica con componente ansioso” (p.17).

De acuerdo con el modelo conductual, la depresión es una derivación del concepto de neurosis, que es, definida como, un hábito desadaptativo persistente, adquirido por medio del aprendizaje en una situación generadora de angustia; o en una sucesión de tales situaciones (Wolpe, 1979), por lo tanto, la principal característica de la neurosis depresiva será la angustia que es evocada por los estímulos que no presentan ningún daño real para el sujeto, (por ejemplo, sentimientos de escrutinio social, o el ser ignorado por otros), es decir, el sujeto no está reaccionando a la estimulación presente, sino a peligros y temores imaginados o irreales. Las depresiones neuróticas tienen un carácter fluctuante que depende de la fuerza variable de la angustia evocada.

Wolpe (1979) describe tres tipos de depresión: la depresión normal, la endógena y la reactiva (o neurótica). La depresión normal ocurre en circunstancias como fracaso, pérdida o de privación, y suele ser una depresión justificada por la realidad y generalmente de corto plazo. La depresión endógena es provocada por agentes biológicos y desaparece como una función de la remisión de procesos biológicos relevantes. La depresión neurótica (reactiva) consiste básicamente en una reacción habitual persistente y desadaptada, adquirida por aprendizaje en situaciones generadoras de ansiedad. Es decir, la depresión neurótica es básicamente una reacción neurótica conocida por ansiedad. Así pues, según Wolpe, la depresión reactiva ocurre bajo cuatro conjuntos separados de circunstancias, a los que se les pueden llamar "tipos". Estos conjuntos son siempre provocadores de angustia y están clasificados de acuerdo a la fuente principal de angustia. Muchas veces los tipos de dos o más fuentes de angustia, se combinan para lograr las fuentes de angustia de un caso determinado.

Tipos de depresión predominante, de acuerdo a Wolpe (1979):

Tipo 1. En el que la depresión neurótica es vista como una consecuencia de una angustia severa, directamente condicionada.

Tipo 2. La depresión neurótica es vista como una consecuencia de ansiedad basada en cogniciones erróneas autodevaluativas, un primer requisito para la cura de angustia en estos casos es el descondicionamiento de ésta.

Tipo 3. La depresión neurótica es debida al fracaso en controlar situaciones interpersonales.

Tipo 4. La depresión neurótica es vista como una respuesta exagerada, excesivamente prolongada y severa ante una situación de pérdida.

Autores que profundizan la depresión nerviosa: (Beck, 1975, Nathan, 1975, Zubin, 1961 en Macías , 1982) describen brevemente la depresión con estos puntos:

- Una específica alteración del humor manifestado en tristeza, aislamiento y apatía;
- Concepto negativo de sí mismo, en el cual además se ve un reproche hacia sí mismo, con fuertes manifestaciones de culpabilidad;
- Deseos regresivos de escapar, de golpear, de castigo a sí mismo, de morir;
- Cambios en el sistema vegetativo como pueden ser la anorexia, dificultad para dormir o verdadero insomnio, en muchos casos pérdida o disminución de la libido;
- Cambios en el nivel de actividad.

Es importante aclarar que no se va a hablar de depresión cuando a la persona le cambia un poco el humor, debido al tiempo climatológico. Se pueden tener días y horas desagradables, pero no por esto se hablará científicamente de depresión. A nadie se le ocultan las dificultades referentes a la semántica de la palabra depresión. El mismo "continuum" tristeza-alegría se emplea para expresar cambios de sentimientos o de humor sin que exista una verdadera depresión. Cuántas veces se usa la palabra tristeza en un estado que solamente tiene su origen en algo de fiebre con sus normales consecuencias de comportamiento, especialmente por lo que se refiere a las características de actividad, pero

no por esto es depresión. Beck (1975 en Macías 1982) hace una comparación para diferenciar empíricamente lo que es depresión de lo que no lo es: "todos tenemos cierta temperatura en el cuerpo, pero cuando pasamos ese nivel con sus márgenes entonces hablamos de fiebre o calentura. Para la depresión pasa lo mismo porque todos tenemos un cierto "comportamiento" de tristeza pero cuando se pasa ciertos límites hablamos de depresión". Lo difícil es fijar esos límites, por tal motivo se tomará en cuenta más adelante la gama de síntomas por los cuales la depresión puede ser delimitada de una manera más acertada.

Bajo el punto de vista conductual se ha intentado analizar el fenómeno de la depresión de varias maneras; encontrando que la mayoría de los autores como Skinner (1953), Ferster (1965), Lewinsohn (1974), Wolpe (1979) y Bandura (1976) le asignan un papel determinante al reforzamiento, aunque de diferentes maneras.

Se puede hablar de que la depresión es un episodio conductual en el cual un sujeto deja de tener acceso a una fuente de reforzamiento, éste pierde su efectividad, o deja de ser contingente a la respuesta; está acompañado de la pérdida de control sobre la situación, obteniendo como resultado una ausencia de conducta orientada a metas. Esta definición hace alusión a los factores que intervienen en la depresión; entre las posibles contingencias encontramos que el reforzamiento sea inadecuado, por tanto, puede suceder que haya una reducción de reforzamiento (Lazarus, 1968 en Guerrero e Hidalgo, 1992).

Beck (1970 en Guerrero e Hidalgo, 1992) define a la depresión como un conjunto de operaciones enfocadas en las cogniciones del paciente y en las premisas, suposiciones y actitudes que subyacen a estas cogniciones.

El modelo de indefensión aprendida propuesto por Seligman y cols. (1974 - 1976) es una explicación de las causas de la depresión en base a una estructura cognoscitiva llamada "desamparo aprendido". Tal concepto se originó de la experimentación con animales, independientemente de la depresión. Operacionalmente, un animal se comporta como desamparado cuando ha aprendido que no existe ninguna reacción para lograr un

reforzador positivo o evitar un estímulo aversivo. Esto suele suceder en situaciones donde el animal no puede ejercer ningún control. En este modelo, Seligman postula que la depresión se debe básicamente a lo que el sujeto ha aprendido y que lo lleva a la creencia de que no puede controlar aquellos elementos de su vida que le quitan el sufrimiento o que le traen gratificación, es decir, el sujeto ha aprendido que es incapaz o impotente (Guerrero e Hidalgo, 1992).

De acuerdo a Matson (1984 en Petti, 1985) la depresión se define en base a sus características topográficas y funcionales. Topográficamente el depresivo: 1) aumenta la frecuencia de conductas “bizarras”, no productivas como las conductas de evitación y escape de los estímulos aversivos (escape es poner fin a un estímulo aversivo después de que éste se ha presentado, y evitación es posponer o evitar mediante una respuesta el comienzo de un estímulo aversivo) usualmente en la forma de quejas, peticiones de ayuda, aislamiento social y como última alternativa el suicidio; y 2) disminuye las conductas reforzantes activas que ejercen un control directo sobre el medio ambiente.

A la depresión se le ha considerado como una vivencia que todo ser humano ha experimentado en algún momento de su vida. Puede variar en intensidad y duración desde un abatimiento ligero en el cual el individuo se muestra inquieto, infeliz o pesimista durante algunos días; hasta una desesperación extrema que se manifiesta por un periodo, en el que el afectado llega a perder los deseos de vivir (Zamora, 1996).

Cuando la depresión guarda relación con hechos externos y es congruente en duración e intensidad con el factor desencadenante, es posible comentar que se trata de una reacción esperada y con una explicación que la ubica como una respuesta normal. Cuando tal respuesta es desmesurada y tanto su intensidad como duración no corresponden a lo esperado y que además tiende a mantenerse con repercusiones disfuncionales en que la presenta, se trata entonces de un estado patológico que amerita tratamiento, ya que amenaza el funcionamiento e incluso la vida de quien lo sufre y de quienes le rodean (Norberto, 1997).

A partir de esto, la depresión ha sido definida como una alteración que experimenta una persona y que se manifiesta en casi todas las áreas de la esfera humana, como lo son: la conductual, afectiva, sensitiva, cognitiva, de relación interpersonal y de su propio estado de salud, esto es, que existe un desequilibrio en relación del individuo con su medio ambiente (Chávez, 1995 en Zamora, 1996).

La depresión se ha inferido en base a los estados verbales o autoreportes que proporciona el individuo en el que se enumeran términos descriptivos asociados con estados internos como pueden ser la tristeza, desesperación, irritabilidad, falta de valor e intento de suicidio (Zung, 1965). Pero también se han manejado algunas conductas observables: disturbios en el sueño, poco apetito, reducción en el nivel de actividad, etcétera (Lewinsohn y Rosenbaum, 1987).

En las últimas clasificaciones psiquiátricas que se han hecho, se observa que las depresiones se incluyen en el grupo de los trastornos afectivos. La razón de esta clasificación es para considerar como rasgo característico de la depresión a la alteración de la capacidad afectiva. Se dice en general que la depresión es una evidente alteración de la capacidad para captar, sentir y manifestar los afectos (Sabanés, 1990).

Es importante resaltar que a través de las definiciones encontradas, existe un rango común predominante, este es la similitud de comportamientos, aunque esto no quiere decir que se deba presentar todo este cúmulo de comportamientos en un sólo individuo, más bien, puede variar de una persona a otra, lo cual se verá representado con mayor exactitud en los reportes de los pacientes dando los indicadores específicos. Tales comportamientos fueron agrupados en dos categorías por Norberto (1997):

A) Comportamiento Cognitivo-Verbal: En este tipo de comportamiento se incluye tristeza, desesperación, culpa, falta de valor (baja autoestima), irritabilidad, pesimismo, apatía, infelicidad, pánico difuso, autoreproche, distorsión negativa del medio ambiente e incapacidad.

B) Comportamiento Somático-Motor: Retardo en la prontitud de la respuesta, decremento en el nivel de trabajo y en actividades recreativas, baja de apetito, cabeza colgada, llanto, agitación, torcerse las manos, perturbaciones en el sueño, pérdida de interés en la conducta sexual, fatiga, reducción en la producción verbal, evitación o reducción en la interacción social, conducta suicida, carencia de contacto visual; entre muchas otras (Norberto, 1997).

Finalmente, durante el Consenso sobre el Manejo de la Depresión – Ansiedad (1998), se determinó que la depresión puede ser definida como "Un sentimiento persistente de inutilidad, pérdida de interés por el mundo y falta de esperanza en el futuro" (Aguayo y cols., 1998).

En resumen, los hallazgos de estudios revisados indican que la depresión tiene un recorrido histórico bastante amplio, ya que a través de los años han existido diferentes enfoques o conceptualizaciones que permiten contemplar el tema de la depresión. En la actualidad ha venido incrementándose con tanta rapidez que se ha llegado a determinar como parte de un problema psicológico de enorme significado personal, familiar y social, porque impacta con mayor incidencia al individuo que la padece, ya sea por sus déficits motivacionales, conductuales y cognitivos.

El tremendo aumento que se observa hoy en día en el número de deprimidos, permite dar paso al estudio de la sintomatología y la etiología del problema, ya que a partir de estas manifestaciones, el individuo obtiene con mayor exactitud el reconocimiento de la depresión favoreciendo así el diagnóstico y tratamiento adecuados para cada caso.

CAPITULO 2

ETIOLOGÍA Y CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN

2.1. Etiología de la Depresión

La etiología de la depresión, como todo padecimiento, es de orden múltiple y complejo para entender, ya que existe una amplia variedad de acontecimientos y situaciones que, actuando como factores desencadenantes para alterar el equilibrio psicológico del individuo, pueden facilitar el camino para el advenimiento de la depresión.

La frecuencia elevada de los síndromes depresivos parece depender en gran parte de la cultura y el ambiente en que se manifiestan, y actualmente se atiende mucho a las investigaciones dedicadas a identificar los factores sociales que influyen en su génesis y curso clínico. Cuanto más se averigüe de la depresión y más se difundan esos conocimientos, mayor será la cantidad de casos en los que pueda diagnosticarse acertadamente la enfermedad.

Hay muchas cosas que afectan nuestra vida: el estado atmosférico, la época del año, la política, los acontecimientos sociales e infinidad de circunstancias. Por ejemplo, los psiquiatras están muy familiarizados con el fenómeno de la "depresión posnavideña" y por ello la denominan: la Paradoja Festiva. Hay varias razones debido a las cuales se instala la depresión. La temporada festiva actúa al revolver y despertar asociaciones y traumas familiares y de la infancia profundamente arraigadas. El darse regalos revive, el agudo dolor de resentimiento entre hermanos sobre quién recibió más y mejores; la reevaluación, cuando se comparan las esperanzas de la juventud pasada con las realidades de la adultez, entre muchas otras. Para las personas predispuestas a la depresión, las fiestas pueden ser trágicas y a veces, fatales. "Diciembre y Enero no son meses con una alta tasa de suicidios, pero sí lo son los días inmediatamente posteriores a la Navidad y Año Nuevo. Los peores casos de depresión y suicidios alcanzan su más alto porcentaje los días 2, 3 y 4 de Enero" (LaHaye, 1988).

El factor estacional no sólo afecta la disposición de ánimo de los deprimidos, sino que puede influir en toda una población como resultado de acontecimientos de orden mundial, por ejemplo, las guerras. La frecuencia en las disposiciones de ánimo varían en intensidad y tiempo según sean las condiciones del individuo y su ambiente. La mayoría tiende al desánimo luego de sufrir alteraciones de una tensión física o emocional, cuando la gente no come lo adecuado (ya sea demasiado por la noche o comidas no aptas), trabajan demasiado o se acuestan muy tarde, por consiguiente son más vulnerables a tal desaliento (Lidman, 1973 en LaHaye, 1988).

No solamente todo el mundo está sujeto a los cambios en cuanto a su estado de ánimo por su temperamento, personalidad, circunstancias de vida y actitudes mentales, sino también a ciclos de depresión, es decir, durante ciertos ciclos la gente es más susceptible a la depresión que en otros.

La individualidad propia de cada persona, hace que algunos pasen por alto determinado periodo, mientras que otros se dejan envolver por él. Teniendo en cuenta tales características, es factible separar los ciclos según las décadas de vida del afectado. Por supuesto que no todos experimentan la totalidad de los ciclos, pero debido a los cambios en los estilos de vida y en las tensiones que estas épocas producen, se puede afirmar que ocurren todos ellos (Kielhold, 1983; LaHaye, 1988).

En casi todos los casos la primera década de la vida de un niño es feliz, a menos que, por supuesto, provenga de un hogar destruido donde, en lugar de disfrutar de la seguridad que le brinda la presencia de sus padres, está sujeto a la separación y a la inseguridad. Estos son sin duda alguna, los más importantes años en la formación del carácter del niño y en el afianzamiento de todos los elementos que llevan a su madurez emocional (LaHaye, 1988).

La aparición de la depresión en la niñez, por ejemplo, puede señalar la existencia de una atmósfera desagradable en la familia y de tensión entre los padres, dando como resultado que el niño tenga una relación deficiente con su ambiente (Kielhold, 1983).

Phillips (1979 en Petti, 1985) elaboró un cuadro evolutivo de la depresión infantil e hizo hincapié en interacciones psicológicas, tales como la incapacidad de los padres (depresión, rechazo, abuso o abandono, separación y enfermedad crónica), que interfieren la interacción padre-hijo y dificulta el desarrollo de la relación necesaria para que el niño manifieste su potencial innato. De ahí que los niños con trastornos de aprendizaje incurrir en un patrón de respuesta propio de la indefensión aprendida, y que, si no se interviene sobre ellos, continúa atribuyendo el fracaso a su falta de capacidad o a otros factores incontrolables (Kistner, White, Haskett y Robbins, 1985).

Dweck y Reppucci (1973 en Petti, 1985) demostraron que los niños experimentan indefensión y cogniciones negativas tras haber fracasado en una tarea. Se define la indefensión como la percepción de que el hecho aversivo no permite que el individuo tenga control sobre los acontecimientos y que los resultados negativos persistirán aun cuando el individuo intente modificar aquellos acontecimientos. Dweck (1977 en Petti, 1985) afirmó que la indefensión probablemente desempeña un papel primordial en los trastornos del humor de la psicopatología infantil, encontrando que los niños indefensos se hacen incapaces de resolver problemas que habían solucionado satisfactoriamente poco tiempo antes, incurriendo subsiguientemente en desmoralización y pasividad. Aunque en condiciones experimentales resultan tan competentes como los niños controles no indefensos, los niños indefensos perciben su fracaso como atribuible a su propia falta de confianza o a factores externos no controlables.

En el seno de su familia, el niño establece su relación con el mundo, aprende a contender con los problemas y adquiere comportamientos que al reiterarse devienen en rasgos del carácter. En general los patrones desviados que se establecen en la infancia tienden a persistir a lo largo del desarrollo de la vida (Caraveo, Medina Mora, Villatoro y Rascón, 1994).

De acuerdo a Beck (1979 en Guerrero e Hidalgo, 1992) la predisposición para la depresión tiene relación con la formación de conceptos permanentes. El individuo desarrolla tempranamente en su vida una gran variedad de conceptos y actitudes acerca de

él mismo y del mundo. Algunos de estos conceptos están anclados en su realidad y provocan que el individuo sea vulnerable hacia posibles desórdenes psicológicos.

Ahora bien, Lewinsohn (1968 en Petti, 1985) evaluó sistemáticamente, desde una perspectiva conductual, la depresión y halló que el antecedente histórico del comportamiento depresivo solía ser una tasa deficiente de reforzamiento positivo contingente a las respuestas. Una posible causa de este déficit de reforzamiento positivo contingente podría ser, la ausencia general de reforzadores disponibles en el ambiente del individuo o su incapacidad para obtenerlos a causa de un déficit de las habilidades sociales adecuadas.

Petti (1981) sugirió que ciertas circunstancias (por ejemplo, las de un niño que vive en una vecindad aislada con padres alcohólicos) predisponen a la ausencia general de reforzadores disponibles. Asimismo, los niños que carecen de habilidades para sus relaciones amistosas también son deficientes en su capacidad para acceder a reforzadores. Tres causas posibles de una tasa reducida de reforzamiento positivo contingente a las respuestas son las siguientes: capacidad disminuida de la eficacia de los reforzadores, falta de hechos reforzantes disponibles y ausencia de los comportamientos sociales necesarios para obtener los reforzadores disponibles (Lewinsohn, 1974 en Petti, 1985). Un ejemplo de ello es el de los niños hiperactivos deprimidos tan certeramente descritos por Satterfiel (1979 en Petti 1985). Estos niños extremadamente hiperactivos requerían terapia antidepresiva y enfoques multimodales en orden a tratar sus distintos déficits, incluyendo sus habilidades sociales y académicas. Los niños con problemas de aprendizaje también pueden ser incapaces de obtener reforzamientos positivos de su ambiente escolar. Según este modelo, y considerados como grupo, resultan particularmente vulnerables a la depresión o al aislamiento.

Después de hacer un breve recorrido acerca del concepto de la depresión en la infancia, se contempla una controversia teórica alrededor de la posibilidad de que una verdadera depresión se manifieste antes de la adolescencia, pero ciertas opiniones permiten explicar que sí existen hallazgos acerca de la depresión en los niños. Para Eva Frommer

(1968 en Arieti y Bemporad, 1990) la depresión es relativamente común en los niños, constituyendo el 20% de la totalidad de la psicopatología infantil.

El problema teórico es si corresponde rotular como depresión a niños cuya depresión no es duradera. Aquellos que presentan una depresión encubierta o equivalentes depresivos pueden no estar realmente deprimidos; tal vez los signos de depresión se deben a que están viviendo circunstancias adversas, pero si son capaces de defenderse contra esas dificultades, cabe preguntarse hasta qué punto se justifica decir que sufren una depresión (Arieti y Bemporad, 1990).

La controversia naturaleza-ambiente halla un campo abonado en el estudio de los trastornos afectivos de la infancia. Varios estudios de niños depresivos han hallado una significativa historia de depresión en sus padres. Sin embargo, muchos de esos estudios han sido deficientemente controlados y no han utilizado una metodología estandarizada. Se ha estudiado la competencia, los recursos personales y los recursos sociales de los hijos de padres con trastorno bipolar.

Pellegrini y cols. (1985 en Petti, 1985) afirmaron que las alteraciones de una base social en la infancia y una inadecuada educación de las habilidades para la resolución de problemas, los sentimientos de autovalía, el control y la competencia pueden ser los mecanismos mediante los que se transmite a estos niños vulnerables una psicopatología de acuerdo a las características de sus padres.

Cabe señalar que cualquier elemento presente dentro del contexto temporo-espacial de la experiencia original de cada individuo puede ser identificado como una señal o estímulo desencadenante del estado depresivo. Por ejemplo, el contexto temporario puede incluir fechas de cumpleaños, bodas, fallecimientos de parientes, meses del año, días de la semana, estaciones, etcétera, y el contexto espacial por mencionar algunos elementos como los aromas, sabores, sonidos, temperaturas, impresiones sensoriales de todo tipo pueden tener una relación con el inicio de la sintomatología depresiva y tales señales temporo-espaciales (León, 1981).

Es obvio que los factores desencadenantes de la depresión cambian a medida que el niño madura. Los bebés no tienen problemas de autoestima, como tampoco los niños de edad preescolar se ven acosados por el temor a una futura situación de privación. En última instancia es posible que los interrogantes que plantea la depresión en la infancia encuentren respuesta cuando se sepa más acerca del desarrollo en los seres humanos (Arieti y Bemporad, 1990).

Ha ido quedando claro que los síntomas y síndromes depresivos en la infancia cuentan con múltiples raíces, que son varios los factores que desempeñan un papel en el desarrollo de este trastorno, y que las estrategias para tratar la depresión infantil deben basarse en una evaluación que intente delimitar la relevancia de cada factor. Con frecuencia la familia influye en el desarrollo, curso e intensidad de la depresión, posiblemente a través de la vulnerabilidad genética, del modelamiento de comportamientos depresivos e indefensos, o de frustraciones constantes, separaciones, abandonos psicológicos y rechazos.

El niño también desempeña un muy importante papel en este proceso, de modo que su evolución parece depender de la vulnerabilidad genética, factores temperamentales individuales, nivel intelectual, ciertos cambios fisiológicos internos y su adaptación al estrés crónico. El tipo de organización cognitiva mantenida por el niño puede resultar crucial para determinar cómo se desarrollará el proceso depresivo y en qué medida lo hará.

Durante la adolescencia y la juventud, la depresión suele adoptar una forma más insidiosa y puede culminar incluso en el suicidio. Mediante la valoración cuidadosa del entorno de un joven puede ser factible prevenir los ataques de depresión o, al menos, advertir prontamente una susceptibilidad a la depresión. La que afecta a los jóvenes suele encontrarse en los procedentes de hogares con vínculos familiares débiles, en los que unos equilibrios precarios pueden alterarse fácilmente por influencias externas, o en los que la falta de una base cultural flexible y estable genera sentimientos de desinterés e indiferencia. Los jóvenes que no están bien integrados en su familia suelen ser incapaces de participar plenamente en su ambiente educacional o laboral; además, sus pasatiempos y compromisos

sociales y culturales suelen ser tales que la vida carece para ellos de suficiente razón de ser (Kielhold, 1983).

Los dos o tres primeros años de la segunda década son placenteros para la mayoría de los individuos, aunque pronto entran en lo que para ellos es un periodo difícil de vivir: la adolescencia. El problema radica en diferenciar entre los jóvenes realmente deprimidos y aquellos que en el contexto de su cambiante estado de ánimo presentan episodios pasajeros de abatimiento a modo de exagerada reacción ante frustraciones más o menos triviales. Jacobson (1961 en Arieti y Bemporad, 1990) investigó las causas de ánimo en los adolescentes y supone que el estado emocional refleja la remodelación de la estructura psíquica del individuo, que se produce como consecuencia de los innumerables cambios biológicos, sociales y psicológicos. Jacobson ve la adolescencia como una época en la cual el individuo debe romper los lazos con el pasado, para forjar una nueva imagen de sí mismo. "Las presiones en el ello y el super-yo ejercen en el proceso de formación de la nueva identidad y hacen que se alteren periodos de actuaciones sexuales y agresivas, actitudes penitentes y moralistas, y sentimientos de culpa, vergüenza e inferioridad" (p.116).

Una de las causas generadoras de depresión en el adolescente es la separación de las personas amadas (LaHaye, 1988). Pareciera ser que esta es la primera prueba emocional en la vida de un niño-adolescente. Tal circunstancia provoca que el individuo logre salir de esa situación y llega a unirse a otro objeto de su amor del sexo opuesto (generalmente de su misma edad), que resulta en un deseo más fuerte que el de quedarse con sus padres.

Las manifestaciones depresivas pueden obedecer además a otros motivos, por ejemplo, la renuncia a vínculos y objetivos infantiles, la no consecución de ideales irrealizables o los conflictos derivados de sentimientos de culpa. Sin embargo, ciertos individuos contemplan a la adolescencia como una época apacible y muy gratificante (LaHaye, 1988). Aunque nuestra cultura forma parte del cúmulo de factores que imponen fuertes tensiones al individuo en general y en este caso al adolescente, ya que limitan su libertad, inhiben su sexualidad, exigen triunfos sociales, académicos, etcétera, los cuales

conlleven a que tales personas experimenten problemas y dificultades y se produzca algún trastorno.

Otro factor que incide en el adolescente es la inmadurez de sus juicios, independientemente del medio cultural que puede predisponerlo a los actos impulsivos, y las reacciones extremas. En relación con la depresión, el apremio y la total desesperación que se notan muchas veces en el adolescente, así como la propensión a las actividades autodestructivas, suelen hacer sospechar un proceso de tipo esquizofrénico (Arieti y Bemporad, 1990).

Jiménez, Sentíes y Ortega (1997) señalan que tanto la impulsividad como el estilo de vida del individuo tienen un rasgo de asociación bastante alto con el intento suicida y que de alguna manera el estado de ánimo depresivo comparte cierta relación, ya que en su informe lograron identificar la asociación entre el intento suicida y la depresión, los trastornos de personalidad y el abuso de sustancias psicoactivas.

Otra característica de las facultades cognitivas del adolescente es la falta de moderación, esto es, la gente, la sociedad o ellos mismos son totalmente “buenos o malos”, según haya sido su experiencia más reciente, tal reacción emocional conlleva al individuo en muchas ocasiones a no saber manejar situaciones que tienen una solución pronta y llegan a alterarlas tanto que provocan inseguridad y rechazo ante los demás y el mundo que le rodea. Por fortuna, muchas de las depresiones de la adolescencia se caracterizan por su brevedad, tanto como su intensidad (Arieti y Bemporad, 1990).

Los adolescentes experimentan problemas y dificultades en la presencia de su desarrollo sexual, que les crea nuevos impulsos difíciles de controlar. Y ya que la sociedad y los principios morales exigen que “deben” regular esos impulsos en un adecuado comportamiento, se les plantea a menudo un problema de culpabilidad que lleva a la depresión. "Ese sentimiento de culpabilidad se produce porque pierden todo control y violan los principios morales o dan rienda suelta a la imaginación sexual que los lleva a la masturbación, de lo cual luego se sienten avergonzados" (LaHaye, 1988 p.36).

El trastorno depresivo en los jóvenes, es un padecimiento que, habitualmente se considera como un trastorno de conducta, el cual se identifica con una frecuencia de alrededor del 30% entre la población estudiantil adolescente (Manelic y Ortega, 1995).

Por otra parte, la depresión en la tercera década de la vida está asociada, por lo general, con el matrimonio, particularmente en las mujeres casadas, que reducen toda su atención mental al hogar durante este periodo. Los hombres casados en la década de los 20 a los 30 años, se inclinan más a su educación o logro vocacional, que los estimula mentalmente (LaHaye, 1988).

La etapa de la vida correspondiente a los estudios superiores se caracteriza por una gran cantidad de estresores psicosociales, como vivir solo, carecer de un apoyo económico y social seguros, el reto que implica obtener calificaciones satisfactorias y la incertidumbre de futuro, etcétera. Todos estos factores aumentan el riesgo de desarrollar un cuadro depresivo. Es bien sabido que los fenómenos depresivos pueden tener precipitantes internos y externos. En los estudiantes universitarios los factores externos son los principales disparadores de las alteraciones afectivas que activan a su vez las alteraciones cognoscitivas negativas, que más tarde afectan el desempeño académico del sujeto (Manelic y Ortega, 1995).

En la depresión se presentan alteraciones en las funciones cognoscitivas: en la capacidad de concentración y en la memoria, dificultades para solucionar problemas, alteraciones en la autopercepción y la capacidad para elaborar juicios, el pesimismo y la ansiedad, entre muchas otras (Mikulincer, Gerver y Weisenberg, 1990 en Manelic y Ortega, 1995).

Las recién casadas son víctimas de la depresión al poco tiempo de su casamiento o al volver de la luna de miel. Muchas razones dan explicación a este hecho, una de ellas es la relajación que produce la vida rutinaria cuando se le compara con los excitantes

preparativos previos al casamiento. Otra de las causas es que sus sueños y expectativas fueron tan idealizados que la realidad se torna decepcionante (LaHaye, 1988).

Las mujeres con depresión tienen un porcentaje mayor que los hombres. La incidencia de depresión aumenta con la edad; este trastorno es unas dos veces más prevalente en la población femenina, con independencia de la edad. Se creía que estas diferencias entre sexos eran el reflejo de factores socioculturales, pero hoy se sabe que la tendencia a la depresión de las mujeres adultas tiene, en gran medida, un origen genético y que el efecto de los efectos ambientales es transitorio y no influye en la prevalencia vital. La relación entre estrés psicológico, experiencias vitales negativas y aparición de episodios depresivos no se ha demostrado. Desde luego, los acontecimientos negativos pueden precipitar una depresión y contribuir a ella, pero la propia depresión puede ser, a su vez, el origen de las experiencias negativas (Reus, 1998).

¿Por qué la depresión prevalece más en mujeres que en hombres? Esta es una pregunta de difícil respuesta. En la actualidad, múltiples estudios tratan de averiguar las razones de esta diferencia, ya que se dispone de buena cantidad de teorías. Una de ellas dice que, en efecto, el ambiente reproductivo de la mujer cambia cada mes. Como sucede en el ciclo menstrual, cambia durante el embarazo, después del parto, cuando amamantan, cuando no se embarazan, cuando los ciclos se tornan irregulares, cuando llegan a la menopausia, etcétera. Todos estos episodios de la vida reproductiva reflejan cambios en la producción de hormonas que, sin duda, tienen repercusión en el estado de ánimo. Lo anterior constituye una razón de peso suficiente para que los fenómenos depresivos sucedan más entre las mujeres que entre los hombres (Burt, 1998).

"Los años fértiles de la mujer son la etapa de la vida en la que las mujeres muestran las máximas diferencias sexuales con respecto a la prevalencia de depresión mayor tanto casos nuevos como recaídas" (p.5). Ello puede deberse a los cambios biológicos relacionados con el embarazo, a una situación de estrés derivada del hecho de convertirse en madre sin demasiado apoyo social, a una personalidad de tipo vulnerable, a aspectos psicosociales relacionados con la vida conyugal y al cese de una actividad laboral a

dedicación completa, o a la combinación de estos factores. La prevalencia de depresión aumenta con la historia de episodios previos, con una historia familiar destacable de depresión y de trastorno bipolar, y también después de una cesárea (Wilhelm, 1997).

La mujer casada puede experimentar luego del nacimiento de su primer hijo, la llamada depresión posparto. La mayoría de las mujeres se ven afectadas después del parto, pero no necesariamente en todos los casos, si bien las mujeres con tendencia a la depresión son más propensas a esta experiencia. En algunos casos la depresión se instala por un largo periodo y toma dimensiones de gravedad si la madre mira al hijo como un intruso. Ocasionalmente los padres experimentan una moderada depresión por tener que compartir el amor y la atención de la esposa con el bebé y por tomar conciencia de las nuevas e incrementadas responsabilidades. En caso de que la pareja tenga dos o más hijos se vuelven menos vulnerables a la presencia de depresiones, no es inusual que la madre experimente un estado de depresión y frigidéz en la última parte de la tercera década. Si en tales circunstancias comienza a sentir lástima de sí misma, no tardarán en presenciarse problemas depresivos, ya que puede llevarla a perder interés en su aspecto exterior, con pérdida de su propia imagen, etcétera. También corre el riesgo de que el varón se interese menos en ella por su mal aspecto, tanto físico como emocional, los varones se sienten rechazados al notar que ya no son el centro de interés de su esposa. Otra circunstancia desencadenante ocurre cuando el último hijo inicia su ciclo escolar, ya que ambos padres adquieren responsabilidades diferentes a las que con frecuencia realizaban (LaHaye, 1988).

La manera en que el individuo enfrenta las crisis y las tensiones de su vida, es determinante con frecuencia, del estado de salud del depresivo, ya que las experiencias que se suscitan en el contexto crean conflictos emocionales y físicos en el ser humano. Algunos ejemplos de tensión por los que vive el individuo son: la muerte del cónyuge, el divorcio, separación matrimonial, encarcelamiento, muerte de un familiar de primer grado (familia nuclear), accidente o enfermedad, pérdida del puesto de trabajo, reconciliación matrimonial, dificultades sexuales, cambio de salud en un miembro de la familia, problemas con el jefe, comienzo o final del periodo escolar si es que existen hijos, cambios

de horario, cambios de hábito personales, entre muchos otros (Holmes, 1972 en LaHaye, 1988).

Todos estos factores aparentemente son inofensivos puesto que la mayoría de los individuos pasan por ellos, pero la diferencia radica cuando no puede controlarse el sujeto que se enfrenta a ellas y va creando conflicto tras conflicto hasta el momento de crear una sintomatología depresiva.

Cabe mencionar que en estudios realizados por Angold (1988 en Caraveo, Medina Mora, Villatoro y Rascón, 1994) indica que los adultos deprimidos, frecuentemente muestran pobres habilidades como padres, así como otros defectos en el funcionamiento social. Weissman (1990 en Caraveo, Medina Mora, Villatoro y Rascón, 1994) encontró que los hijos de padres con depresión, presentan un incremento de hasta tres veces más probabilidades de sufrir algún tipo de trastorno depresivo.

Entre las condiciones asociadas a la presencia de patologías, se destacan la disfuncionalidad familiar, el alcoholismo y la presencia de trastornos depresivos de primer grado. Respecto a la disfuncionalidad familiar, la literatura ha señalado cierta asociación con la presencia de consumo de drogas en los hijos. Por otra parte, la depresión materna y el alcoholismo paterno han sido identificados como factores de riesgo en la presencia de cuadros depresivos en los hijos (Caraveo, Medina Mora, Villatoro y Rascón, 1994).

De ahí la importancia que tiene saber el contexto en el cual se ha involucrado el sujeto durante toda su vida, ya que en muchas ocasiones los padecimientos depresivos surgen a partir de una serie de causas que posteriormente logren afectarle de manera severa, en muchos casos.

En la cuarta década de su vida la mayoría de las personas actúan en el papel de padres de adolescentes-jóvenes. Esta es una etapa de mucha actividad familiar, puesto que el mayor porcentaje se dedica al comportamiento emocional del hijo (s). Se logra sobrellevar este periodo cuando ambos padres se encuentran satisfechos con sus logros

anteriores, ya que de alguna manera anticiparían la llegada de esta época. De lo contrario, si han accedido a la voluntad del hijo y lo han protegido con demasía, pueden enfrentarse ante jóvenes que "supuestamente" no cubren con las necesidades del entorno y mucho menos de sí mismo. Sin embargo, a pesar del ritmo tan agitado que se lleva en este momento, es sorprendente la baja incidencia de depresiones (LaHaye, 1988).

Sin embargo, Caraveo, Medina Mora, Villatoro y Rascón (1994) han ido documentando la aparición de diferentes condiciones adversas durante la niñez, en la aparición de cuadros depresivos. La presencia de enfermedad mental en alguno de los padres, se asoció con la incidencia temprana de sintomatología depresiva antes de los 20 años y posterior, así como en la incidencia, prevalencia y recurrencia de una patología.

Jiménez, Sentíes y Ortega (1997) señalan que las mujeres menores de 35 años son las que con mayor frecuencia intenta suicidarse. En 90% de los casos existe un trastorno psiquiátrico; con mayor frecuencia se menciona a la depresión y al trastorno de la personalidad.

La depresión que se produce en la mediana edad suele igualmente reflejar deficiencias del "ethos sociocultural" del paciente, sobre todo en la época actual, en la que se han derrumbado la mayoría de las ilusorias defensas del pasado y que la rápida sucesión de ideologías pasajeras han originado en la humanidad un escepticismo cada vez mayor. Asimismo, la vulnerabilidad para la depresión se agrava ahora por las presiones tecnológicas, por la despersonalización del trabajo y por la mayor tendencia a emplear el tiempo libre para huir de las realidades de la vida moderna. Además de todo ello, las personas de mediana edad están expuestas a una tensión doble, debida al ensanchamiento de la brecha generacional: por una parte tienen que luchar contra la agresividad de los jóvenes y, por otra, les resulta cada vez más difícil mantener una base de entendimiento con los ancianos. Cuando terminan, si ello ocurre, contrayendo una afección depresiva, la depresión adopta generalmente una forma en virtud de la cual simplemente abandonan la lucha y deniegan los valores mismos en que han fundamentado toda su vida, es decir, caen

en una actitud mental que contradice radicalmente las ideas fundamentales que acepta la comunidad en su conjunto (Kielhold,1983).

La mayoría de los psiquiatras concuerdan en que durante la quinta década de la vida hay un aumento en el número de personas afectadas por la depresión. Se puede atribuir la depresión en este tiempo, a una gradual disminución de las energías vitales, ésta declinación de las energías es la responsable de los cambios temperamentales que se pueden presenciar tanto en la quinta como sexta década de la vida. Tales cambios como el logro de la madurez, la disminución en cuanto a ambiciones, agresividad y una pérdida de interés en todo lo nuevo, acompañan con mayor frecuencia a lo viejo y lo pasado.

En los hombres la quinta década es la de mayor incidencia depresiva. No es raro que los hombres que nunca hayan conocido lo que es una depresión la experimenten por primera vez durante este periodo, ya sea vocacionalmente, sexualmente, o bien en ambas formas a la vez. La gradual disminución de sus energías vitales puede provocar una disminución de sus impulsos y de su actividad sexual. Se pueden llegar a presenciar ciertos indicios de impotencia o dificultad para ejecutar el acto. Como esto, para el hombre es la mayor amenaza que puede haber contra su masculinidad, le asusta la posibilidad de la impotencia total, lo que puede llevarlo a la depresión (LaHaye, 1988).

En pacientes con depresión, la causa de la disfunción eréctil, por ejemplo, puede ser psicológica o física, y en algunas ocasiones, la combinación de ambas. Para muchos hombres, la disfunción genera depresión adicional, pérdida de autoestima, una pobre autoimagen, ansiedad y tensión con ellos mismos y sus parejas (Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, 1999).

Las mujeres en la década de los 40, también tienen sus particulares problemas, no siendo el menor de ellos el periodo de graduación de los hijos, aún más grave cuando parten a otro lugar, ya sea por un posible casamiento o bien por razones laborales, personales, etcétera, son factores que pueden desencadenar una depresión. La gravedad y el tiempo que dure tal padecimiento dependerá de los planes futuros que tenga la madre,

puesto que se tiende a crear inseguridad en todos los niveles psicológico, social y emocional (LaHaye, 1988).

Davis, Murria, Nugent y Vorkers (1997) comentan que durante la menopausia la depresión tiene una incidencia menor que durante el periodo premenopáusico y puede correlacionarse con una historia previa de presentación de la enfermedad. No existen evidencias suficientes de que en los años peri y posmenopáusicos exista un aumento de la vulnerabilidad a la depresión clínica en la población general. Sin embargo, en las pacientes con historia previa de depresión mayor, puede haber más riesgo de decaída durante los años perimenopáusicos, además puede existir una depresión subclínica de poca intensidad que puede responder a tratamiento con medicamentos en un periodo corto de tiempo.

En este periodo la pareja necesita de amor, comprensión, atención, etcétera para su cónyuge, ya que en la mayoría de las familias los hijos han partido. Claro está que los padres comienzan una nueva etapa en donde lo más importante son nuevamente ellos, sin olvidar a los nuevos miembros y a los hijos. Conforme va pasando el tiempo la pareja ya ha pasado de ser padre y madre a abuelos o bisabuelos, pero eso no es todo, el hecho de tener 50, 60 años, lleva a pensar en la serie de metas que lograron obtener y las que a partir de este momento logren cumplir, ya que el tiempo no es demasiado favorable para ambos.

Por lo general se entregan a su pasatiempo favorito, a jugar ajedrez, golf, y a ciertas actividades que no les exija demasiado esfuerzo físico y que les dan un genuino placer. Se integran con grupos de su misma edad y con quien tienen mucho en común, ya que todo esto enriquece su vida (LaHaye, 1988).

En una considerable cantidad de personas que se acercan a la ancianidad, nuevamente los trastornos sexuales pueden ser factores desencadenantes de la depresión. Algunos pacientes tienen dificultades para alcanzar el orgasmo, frigidez total o incluso repulsión hacia las relaciones sexuales. En una minoría de casos de ambos sexos se llega a la masturbación compulsiva y hasta la promiscuidad, en un intento de sobreponerse a la depresión (Arieti y Bemporad, 1990).

El agravamiento del problema depresivo durante la séptima y octava década se plantea principalmente por la incapacidad que demuestran las personas para lidiar con el retiro o con la pérdida de su cónyuge. Su mundo se trastorna considerablemente, puesto que el individuo está acostumbrado a compartir con el otro, todo lo que le rodea y en este momento algunos de ellos pierden el contacto con la gente, se sienten tristes, abatidos, no contemplan metas futuras y en muchas ocasiones pierden hasta el deseo de vivir (LaHaye, 1988; Arieti y Bemporad, 1990).

La depresión en los ancianos suele pasar inadvertida o subestimarse, sobre todo cuando se manifiesta tan sólo como un estado de ánimo sombrío. Dado que los ancianos suelen entregarse a pensamientos tristes y aparentemente injustificados, tal melancolía puede interpretarse erróneamente como señal típica de la vejez, y no como indicativa de un estado depresivo. Uno de los problemas más graves que amenazan actualmente a las personas mayores en nuestra sociedad es el hecho de que ya no pueden encontrar por sí mismas ningún papel claramente definido que desempeñar en una estructura social en la que cada vez es mayor el abismo que separa a los modos de vida antiguos de los nuevos. Cuando sus hijos abandonan el hogar y cuando a ellos les llega el momento de jubilarse, experimentan una pérdida por partida doble: la pérdida en la familia y la pérdida en su ocupación. Si en última instancia ingresan en un hogar de ancianos, su situación, ya difícil, empeora aún más: no sólo pierden contacto con su familia, sino que también ven desvanecerse la sensación de seguridad que les daba su propio hogar (Kielhold, 1983; LaHaye, 1988).

El panorama presentado hasta este momento permite señalar las razones por las que se considera la depresión un problema de Salud Pública. En primer lugar la frecuencia de éstos trastornos, los ubica entre las principales causas por las que solicitan atención médica los pacientes adultos que acuden al primer nivel de atención médica.

Se ha reconocido un incremento gradual de dicha frecuencia debido, principalmente, a la influencia de las causas ecológicas como el ruido generado en las industrias, el exceso de tráfico automovilístico en las ciudades, además de la

sobrepoblación demográfica con sus consecuencias sociales de desempleo y pobreza. Por otro lado, aunque las diversas causas del síndrome depresivo se interrelacionan constituyendo la denominada multicausalidad, con fines prácticos se puede dar referencia a los factores psicológicos como las alteraciones de la personalidad, inadaptación al ciclo vital de la familia y reacciones de adaptación a pérdidas materiales y afectivas, los cuales al igual que la insatisfacción en el desarrollo laboral y profesional, contribuyen al incremento de dicha patología (Calderón, 1984; Estrada, 1987; Rojas, 1981 en Mendoza y Soto, 1990).

Asimismo, otro de los factores que con frecuencia el médico general no considera como causa desencadenante del síndrome depresivo son los cambios fisiológicos y evolutivos como la adolescencia, el embarazo, la menopausia, la andropausia y la senectud, de lo cual se ha demostrado que éstos pacientes presentan cierta reacción de adaptación que si no es manejada oportuna y adecuadamente puede propiciar trastornos depresivos (Kolb, 1985 en Mendoza y Soto, 1990).

Otros aspectos que se toman en cuenta para catalogar a la depresión como un problema de Salud Pública en México son las repercusiones biológicas, psicológicas y sociales de dicho trastorno. Al respecto la depresión cuando no se diagnostica y se trata oportunamente, tiende a cronificarse, intensificándose la sintomatología afectiva y agregándose otros equivalentes fisiológicos y psicológicos, incluso puede llevar hasta la muerte a causa de suicidio. Así mismo, se ve afectada la productividad laboral y escolar de los pacientes generando círculos viciosos, ya que su bajo rendimiento de dichas actividades se convierten en causas que fortalecen el síndrome depresivo (Mendoza y Soto, 1990).

La depresión reconoce casi siempre como causa una experiencia externa. Por ello es muy beneficioso conocer las causas más comunes del problema, y no dejarse envolver por esa depresión en potencia. A partir de lo antes mencionado se debe tomar en cuenta que el individuo que padece depresión tiende a presenciar síntomas determinantes para establecer y diagnosticar un periodo de depresión. Por tal motivo, a continuación se estudia con mayor exactitud la posible sintomatología del individuo deprimido.

2.2. Clasificación de la Depresión

Es de suma importancia considerar que la depresión cuenta con una serie de síntomas, que el individuo en ocasiones se da cuenta de ellos, sin embargo, en la mayoría de los casos el paciente deprimido al sentirse atacado por circunstancias que no le permiten seguir adelante, tiende a desfasarse de la realidad en que se puede desenvolver. Hay muchas situaciones que le provocan conflicto y por consiguiente no percibe lo que las demás personas y niega su posible padecimiento. De ahí que se ha posibilitado la existencia de una serie de características, las cuales permiten identificar un cuadro depresivo con mayor exactitud.

A continuación se muestran algunas de las clasificaciones de la depresión que han permitido a través del tiempo detectar con mayor exactitud un trastorno depresivo, lo cual a su vez permite ser más precisos con respecto al diagnóstico de la depresión.

Casi todas las personas se sienten deprimidas de vez en cuando, pero no existe razón para pensar que estén enfermas mentalmente, si siguen cumpliendo sus ocupaciones diarias y recuperan la alegría de vivir. La diferencia entre sentirse deprimido y tener la enfermedad mental llamada depresión es que los verdaderos enfermos no pueden escaparse de su desgracia; su depresión persiste, se profundiza y al cabo interfiere su capacidad de vivir de modo normal.

Existen diferentes apreciaciones con respecto a la clasificación de la depresión, pero lo que hasta el momento se ha trabajado es lo siguiente:

Depresión Endógena

Este tipo de depresión va de lo interior a lo exterior (que nace de dentro), es decir, surge por factores tales como problemas bioquímicos, hormonales o genéticos, predominan las causas de tipo orgánico (predisposición) subdividiéndose en monofásica cuando se presenta sólo un episodio depresivo o maníaco y disfásica cuando se alternan los episodios maníacos y depresivos. Lo endógeno ha sido definido por una serie de factores clínicos:

Ausencia de un factor precipitante, comienzo brusco, curso autónomo del humor (ausencia de reactividad a factores externos, no se alivia con circunstancias placenteras), cualidad diferente de la experiencia, inhibición la cual puede afectar a diversas áreas, cognitiva, motora y motivacional (Campillo y Caraveo, 1980 en Mendoza y Soto, 1990; Chinchilla, 1998).

La depresión Endógena ocurre por lo general sin causa aparente, pero se sabe que en ocasiones es secuela de una infección vírica como la fiebre; también puede derivarse de cambios hormonales después del parto o puede estar relacionada con la esquizofrenia. Toda depresión grave, sobre todo la endógena, va acompañada de un probable cambio químico que afecta a las funciones del cerebro. Las personas que padecen depresión endógena se exponen a síntomas psicológicos graves: perder el contacto con la realidad, sentirse culpables e inservibles sin causa alguna, creer que les persiguen justificadamente o que sus cuerpos se descomponen y tener alucinaciones. La ansiedad aguda acompaña en ocasiones a la depresión, y la inquietud y la agitación consiguiente tal vez enmarcan los síntomas más evidentes de la depresión. La intensidad de los síntomas varía a menudo según la hora del día. Típicamente, el paciente de depresión endógena despierta temprano, tiende a manifestar inhibición o agitación motora que desaparece a medida que avanza el día (Polaino-Lorentte, 1988; Sabanés, 1993; Aguayo y cols., 1998; Chinchilla, 1999 y Farreras-Rozman, 2000).

Aproximadamente 1 persona de cada 25 experimentará al menos un periodo de depresión tan grave, que necesitará ayuda médica, aunque los síntomas no se identifiquen como los de la enfermedad depresiva. El riesgo más grave es el suicidio, último recurso de quien encuentra la vida insoportable. La depresión produce notable proporción de suicidios que se registran anualmente en los países industrializados. En casos raros, la enfermedad desequilibra la mente de los pacientes hasta tal punto de que se sienten impulsados a matar a otros y a sí mismos para ahorrarles la agonía de estar vivos.

Este tipo de depresiones son a menudo repetitivas. El estrés emocional llega a conducir a depresiones reactivas, si se es propenso. Sin embargo, muchos que sufren

ataques reiterados de depresión, consiguen vivir de modo satisfactorio solicitando tratamiento precoz en cada ataque (Chinchilla, 1999).

Se asocia a síntomas psíquicos, Sabanés (1993 y Ferrey, LeGovés y Bobes, 1994) refieren que este tipo de depresión se experimenta con mayor frecuencia, ya que se origina por causas ambientales y como cada persona responde a los eventos de manera distinta, no podrían enumerarse los acontecimientos que la producen, sin embargo, se menciona que entre los más comunes se encuentran: la muerte de un cónyuge, divorcio, separación, prisión, muerte de un pariente cercano, pérdida de empleo, embarazo, jubilación, discusiones conyugales, cambios en las condiciones de vida, entre muchos otros (González, 2002).

Depresión Reactiva

Se encuentra caracterizada por reactividad del humor ante circunstancias externas, inicio engañoso, ánimo con un sentimiento de tristeza normal, es decir, cualitativamente no es diferente a la experiencia habitual ante situaciones negativas y/o adversas, actitudes hipocondríacas, tendencia a la agresividad verbal contra el medio en el que el paciente se desenvuelve, ansiedad, irritabilidad y conductas fóbicas (Campillo y Caraveo, 1980 en Mendoza y Soto, 1990 y Chinchilla, 1998).

Los neuróticos a veces reaccionan de manera exagerada a esas desgracias, y el resultado puede ser el colapso mental. Las depresiones reactivas a menudo empeoran durante la noche. Así que, avanza la enfermedad, esto es, que la depresión puede profundizarse hasta no desaparecer, entonces el enfermo se vuelve totalmente retraído y pasa mucho tiempo en cama, en la mayoría de las ocasiones la historia familiar no se considera tan importante, se siente ansioso, con menos sentimientos de culpa y más síntomas histéricos o de personalidad inadecuada, así como menos suicidio y menos pérdida de peso (Polaino-Lorentte, 1988; Chinchilla, 1999; Elkin, 2000 y Sánchez, 2003).

Depresión Neurótica

La Sociedad Mexicana de Psiquiatría Biológica (1986 en Calderón, 1998) considera que las depresiones neuróticas presentan un cuadro clínico muy similar a las depresiones reactivas y también el mecanismo que la desencadena es externo, pero la reacción producida suele ser desproporcionada con respecto a la causa que la produce.

En las reacciones neuróticas, el individuo se encuentra alerta ante situaciones que le producen molestia poniendo énfasis en síntomas afectivos como la tristeza, la indiferencia y el pesimismo, pero sin que el paciente pierda contacto con la realidad. La ansiedad es un síntoma casi siempre presente en la neurosis, es un temor sin objeto preciso, la aprehensión de un peligro indefinible, una sensación de malestar acompañada de una aceleración del ritmo cardíaco, taquicardias, mala digestión, fatiga, insomnio, entre otras manifestaciones físicas que van asociadas con las emociones (Wuidart, 1991 en Méndez, Nieves y Zepeda, 2001).

En la depresión neurótica el individuo intenta relacionarse y entablar una relación más estrecha con los demás, aunque no tolera la frustración y por consiguiente aumenta la agresividad y a su vez, tal agresión produce un sentimiento de culpabilidad que puede volverse contra el individuo mismo. En ocasiones, la explosión de cólera provoca un alivio temporal y puede parecer como un signo de mejoría, también es importante mencionar que el neurótico no se encuentra consciente de la inmadurez de su manera de actuar y aunque mantenga un excelente contacto con la realidad y le cuesta trabajo comprender qué es lo que le sucede y finalmente producir periodos de ansiedad y tristeza más amplios. Estos síntomas aparecen tras un acontecimiento estresante generalmente de tipo psicosocial, el cual resulta de conflictos inconscientes, produciendo hipocondrías, obsesiones, fobias que son más frecuentes aunque menos graves que los psicóticos. Se puede mencionar que es un trastorno psicológico que normalmente provoca malestar, pero permite pensar racionalmente y funcionar en el contexto donde se desenvuelva el individuo (Zamora, 1996; Chinchilla, 1999 y Miers, 1999).

Depresión Psicótica

Al hablar de psicosis nos enfrentamos con una enfermedad mental que se ubica en una posición de locura. Tal enfermedad afecta el funcionamiento de la actividad psíquica, del juicio, de la percepción del mundo y la afectividad, ya que el individuo es invadido por el pánico y por consiguiente, es incapaz de apreciar el significado y la naturaleza de los síntomas que experimenta.

La depresión psicótica, es una depresión profunda y puede generar una psicosis maníaco-depresiva (trastorno bipolar), en la cual el afectado alterna entre estados de melancolía y exaltación, aquí las ideas de culpa e indignidad de no servir para nada, pueden conducir a la persona que la padece a ideas de suicidio. Se presentan percepciones alteradas de la realidad, esto es, el individuo cree que escucha voces, que observa figuras inexistentes, que percibe estímulos inexistentes, padeciendo de fantasías y alucinaciones, además de delirios (ideas irracionales) y episodios maníacos de euforia exagerada e incongruente o bien un notable trastorno en el pensamiento formal. Su estado principal es la depresión y por tal razón la depresión psicótica tiene semejanza con el tipo esquizoafectivo en el aspecto estructural, se observan perturbaciones del pensamiento y de la afectividad, pero el cuadro de depresión predomina (Beck, 1976 en Sánchez, 2003; Macías, 1982; Núñez, 1985; Wuidart, 1991 en Méndez, Nieves y Zepeda, 2001 y Aguayo y cols., 1998).

Al hablar de trastornos psiquiátricos se encuentran con mayor frecuencia los trastornos depresivos que sin duda han ido tomando mayor auge al clasificar de manera más precisa, posibilitando un diagnóstico apto para cada caso en particular. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Cuarta edición (DSM-IV), de la Asociación Psiquiátrica Americana en coordinación con la Décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10), han sido tomados como las herramientas más útiles y prácticas para determinar y describir trastornos como el trastorno depresivo, el trastorno de depresión mayor, la distimia, el trastorno bipolar, la ciclotimia, etcétera, los cuales funcionan como intermediarios

para llevar a cabo tanto la evaluación como el diagnóstico con respecto a tal clasificación. Esto da pauta a describir con mayor amplitud a este tipo de trastornos del estado de ánimo.

En el DSM-IV los trastornos depresivos (trastorno depresivo mayor, el trastorno distímico y trastorno depresivo no específico) se distinguen de los trastornos bipolares por el hecho de no haber historia previa de episodio maníaco, mixto o hipomaníaco. En cambio los trastornos bipolares (Bipolar tipo I y II, el trastorno ciclotímico y trastorno bipolar no específico) implican la presencia o historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos acompañados por la historia de episodios depresivos mayores.

Trastorno de Depresión Mayor

El trastorno depresivo mayor se caracteriza por 1 o más episodios depresivos mayores, por ejemplo, al menos 2 semanas de estado de ánimo depresivo o pérdida de interés acompañados por lo menos otros cuatro síntomas depresivos, esto es, se mantiene un estado de ánimo deprimido que diariamente afecta en un periodo mínimo de 2 semanas (DSM-IV, 1995).

La depresión mayor se produce de manera episódica en la mayoría de los casos y sus síntomas desaparecen y el estado de ánimo y el funcionamiento se hacen normales o casi normales entre episodios, sin embargo, “el episodio depresivo promedio dura de 7 a 14 meses aunque persiste más de dos años hasta en un 20% de los sujetos deprimidos” (Elkin, 2000 p. 67).

Hay que tomar en cuenta que, desde el punto de vista evolutivo, el criterio de depresión mayor conforma varios síndromes: el correspondiente a los menores de edad, el de los adultos jóvenes, el de la edad madura y el de la senilidad. La etiología de cada uno de ellos es diferente; hay características más neuróticas y reactivas en los jóvenes; se asocia a la menopausia en los adultos mayores y a la senilidad y los trastornos vasculares. Esto permite considerar tres subtipos dentro del rubro de la depresión mayor: el que se presenta en individuos jóvenes, quienes presentan características neuróticas desde el punto de vista

etiológico, dentro del criterio de depresión mayor y no de distimia; el de los adultos mayores, en periodos relacionados con el climaterio, pero que puede distinguirse mediante la discriminación de la sintomatología presente en dicho periodo, y un tercero en la edad avanzada, con características involutivas, que se puede diferenciar de los trastornos vasculares cerebrales con depresión (Lara y Meléndez, 2001).

De acuerdo a la valoración diagnóstica se deben tomar en consideración algunos síntomas que en determinado momento pueden presentar los pacientes deprimidos:

- depresión del estado de ánimo (sensación de tristeza abrumadora) o signos de tristeza evidentes para otras personas (p.ej. ojos llorosos),
- anhedonia (pérdida del placer y el interés en actividades que el paciente disfrutaba previamente),
- insomnio o hipersomnia,
- perturbación del apetito y del peso (los cuales aumentan o disminuyen),
- disminución de energía (anergia) y sensación de fatiga o letargo
- leve alteración cognoscitiva de concentración, memoria a corto plazo y capacidad para tomar decisiones,
- aislamiento social,
- disminución de la libido (disminución del impulso sexual),
- síntomas y pensamientos generalizados de culpa, vergüenza o pesimismo,
- pensamientos frecuentes sobre la muerte o el suicidio.

El DSM-IV especifica que para diagnosticar la depresión es necesario que estén presentes cinco o más de los síntomas mencionados por lo menos durante dos semanas. Además, uno de los cinco síntomas debe ser ya sea el estado de ánimo deprimido o la anhedonia. Ahora bien, el clínico también debe estar alerta ante los siguientes síntomas:

- síntomas de ansiedad, como sensación de inquietud, preocupación o enojo,
- quejas somáticas de dolores leves o graves de tipo difuso o ambiguo,
- síntomas psicóticos, incluyendo alucinaciones auditivas y visuales, ilusiones y paranoia,

- hipersensibilidad al rechazo,
- comportamiento de toma de riesgos excesivos,
- examinar y pensar las cosas de manera obsesiva.

En dos terceras partes de los individuos deprimidos se observan síntomas de ansiedad, como preocupación e irritabilidad. La depresión mayor con síntomas psicóticos pueden manifestarse de manera sutil hasta declarados. La presencia de ansiedad y el hecho de examinar los pensamientos y los síntomas psicóticos, aumentan la posibilidad de que el deprimido intente suicidarse. El signo más temprano de síntomas psicóticos en la depresión mayor es que la persona escucha que alguien dice su nombre y al darse vuelta ve que no hay nadie. Las alucinaciones auditivas son más frecuentes en casos avanzados de depresión mayor con rasgos psicóticos: muchos escuchan las voces de otras personas haciendo comentarios de menosprecio sobre ellos y a veces se desarrolla paranoia y el pensamiento ilusorio a menudo se centra en torno a la supuesta culpa del paciente (Elkin, 2000).

Si el paciente presenta síntomas de depresión, el clínico debe descartar en primer lugar las causas médicas, la depresión inducida por drogas y otros trastornos psiquiátricos antes de diagnosticarle depresión mayor.

Los síntomas que sugieren depresión, incluyendo pérdida de peso, dificultad para concentrarse y pérdida de la memoria, en ocasiones se derivan de diversas afecciones clínicas. Los antecedentes médicos del paciente y la presencia de difusión cognitiva grave o de examen físico anormal, por ejemplo, pérdida o caída del cabello, cambios en la piel, respuesta lenta en los reflejos de los tendones en caso de hipotiroidismo, sugieren una simulación clínica de la depresión.

El 80% de los pacientes con depresión mayor presenta ideas suicidas y el riesgo incrementa si existen problemas económicos. Ahora los trastornos depresivos están dentro de las diez primeras causas del internamiento psiquiátrico y son la sexta causa de egreso hospitalario en instituciones psiquiátricas (Soriano, Valencia, García y Díaz, 2003).

Trastorno Distímico (Distimia)

El trastorno distímico presenta como sintomatología esencial una alteración crónica del estado de ánimo en la que se da tanto el estado de ánimo depresivo como una pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades o pasatiempos habituales, con síntomas acompañantes, de una gravedad y duración suficientes como para cumplir los criterios requeridos para el diagnóstico del episodio depresivo grave (síndrome afectivo grave). Para los adultos se requieren dos años de duración, para los niños y adolescentes, es suficiente con un año. El paciente distímico describe su estado de ánimo como triste, melancólico, abatido o disminuido. El estado de ánimo deprimido o la pérdida del placer o interés pueden ser de modo relativo persistente o bien intermitente y separado por periodos en los que el interés, la capacidad para dar placer, o el estado de ánimo pueden ser normales. Esta normalidad puede durar de unos días a pocas semanas. No deberá diagnosticarse este trastorno si el curso crónico ha sido interrumpido en apariencia por un periodo de unos meses con estado de ánimo normal. Durante los periodos depresivos se encuentran presentes como mínimo, tres de los siguientes: 1. Insomnio e hipertensión; 2. Bajo nivel de energía o cansancio crónico; 3. Sentimientos de incapacidad, pérdida de la autoestima, autolamentaciones o desaprobación; 4. Disminución de la eficiencia, productividad o capacidad para pensar con claridad; 5. Disminución de la atención, concentración y cualidad para pensar claramente; 6. Retraimiento social; 7. Pérdida de interés o de la capacidad para disfrutar de las actividades placenteras; 8. Irritabilidad o cólera excesiva (que se expresa en los niños hacia los padres o padres sustitutos); 9. Incapacidad para responder con placer a los elogios o estímulos; 10. Menos activo o hablador de lo habitual, sensación de lentitud o inquietud; 11. Actitud pesimista hacia el futuro, repetición negativa de acontecimientos pasados o sentimientos de lástima hacia uno mismo; 12. Llanto o sollozo; 13. Pensamiento repetitivo de muerte o suicidio. Además se observa ausencia de síntomas psicóticos, como ideas delirantes, alucinaciones, incoherencia o pérdida de la capacidad asociativa (Núñez, 1985; De la Fuente, 1997; Aguayo y cols., 1998; Chinchilla, 1998; Elkin, 2000; Pichot, 1996 en Medina, 1999; Saranson, 1990 en Méndez, Nieves y Zepeda, 2001).

Cabe mencionar que es la distimia un episodio menos grave y agudo que el de la depresión mayor, es decir, está inmersa dentro de las depresiones leves y con mayor frecuencia. El individuo se encuentra abatido y quejumbroso, duerme mal y se siente incapaz de todo; la mayor parte del tiempo se siente cansado y deprimido, todo le supone un esfuerzo y nada le satisface. Suele comenzar al iniciarse la vida adulta y evoluciona a lo largo de varios años, o bien, es de duración indefinida (Aguayo y cols., 1998; Chinchilla, 1998 y Elkin, 2000).

Los enfermos de distimia a menudo manifiestan que nunca dejan de sentirse deprimidos, aunque quizá continúan funcionando, se sienten constantemente tristes, plagados de dudas acerca de sí mismos y experimentan ataques ocasionales de desesperación. Los pacientes a menudo experimentan el inicio de su enfermedad durante la adolescencia o de los 20 a 25 años. Para que califiquen para el diagnóstico, su depresión debe incluir tres de los criterios para trastornos depresivos y haber durado cuando menos dos años. El individuo con distimia suele presentar perturbación del apetito con menos frecuencia que los pacientes deprimidos (5 contra 53%). La anhedonia y las dificultades de concentración también son mucho menos comunes. Las personas que padecen distimia a menudo piensan que para lograr lo mismo que los demás tiene que ejercer un esfuerzo mucho más grande y se va por la vida como si llevara un ancla tras ellos (Chinchilla, 1998; Medina, 1999 y Elkin, 2000).

El examen del estado mental del paciente distímico es similar al que padece depresión leve a moderada. Los pacientes con distimia no presentan síntomas psicóticos, a menos que exista un episodio de depresión mayor superpuesto, uso de drogas, o algún trastorno de la personalidad. Como en el caso de otros trastornos depresivos, es necesario diferenciar la distimia de otras afecciones médicas, de episodios depresivos crónicos y recurrentes, de trastornos bipolares y del uso de sustancias. Los pacientes con distimia también deben ser sometidos a investigaciones en el área de la ansiedad, la personalidad y los trastornos alimenticios, ya que todos ellos son trastornos comórbidos comunes (CIE-10; 1992; Elkin, 2000).

Trastorno Unipolar

El principal avance en la genética de la depresión es el deslinde, con base en su forma de transmisión, de dos formas de depresión genéticamente diferentes: la depresión bipolar y la depresión monopolar (unipolar). Las depresiones monopolares se expresan en formas más variables y con frecuencia son más leves o suelen estar enmascaradas. En tanto que las formas monopolares se transmiten por un mecanismo multigénico, algunas bipolares se transmiten por un gene autosómico ligado al cromosoma X. Se considera que la herencia juega un papel más decisivo en las formas bipolares que monopolares. La pérdida de un objeto de amor o la ruptura de losos de apego, precede a la iniciación de estados depresivos, particularmente de la forma monopolar. Los objetos son personas, posesiones, adhesiones, expectativas, etcétera. La relación entre situaciones adversas de la vida y la iniciación de procesos morbosos es un hecho de mayor interés, no sólo en lo que se refiere a la depresión. Muestran una evolución más larga, la recurrencia es menor, con unos intervalos asintomáticos más prolongados y presentan un cuadro clínico más puro (De la Fuente, 1997).

Trastorno Bipolar

Una categoría más es el trastorno afectivo bipolar, el cual se caracteriza por episodios reiterados de elevación del estado de ánimo y del nivel de actividad. El trastorno bipolar, antes conocido como trastorno maniaco-depresivo, es un trastorno crónico de regulación del estado de ánimo que da lugar a episodios de depresión y manía. En cualquiera de los polos de depresión o manía pueden aparecer síntomas psicóticos. Igual que la depresión grave (o unipolar) el trastorno bipolar también es simulado por enfermedades médicas o abuso de sustancias. A diferencia de la depresión grave, casi todos los casos de trastorno bipolar predisponen al paciente a sufrir episodios de depresión y manía a lo largo de toda su vida (Aguayo y cols., 1998; González, 2002).

El trastorno bipolar ocurre con la misma prevalencia en hombres y mujeres (a diferencia de la depresión, que afecta con el doble de frecuencia a las mujeres). Afecta a

cerca del 1% de la población y se produce en proporción ligeramente más alta en grupos de nivel socioeconómico alto. Cuando alguno de los progenitores padece trastorno bipolar, cualquiera de los hijos tiene 25% de probabilidad de presentar algún trastorno del estado de ánimo y éstas probabilidades aumentan a 50-70% cuando ambos progenitores padecen trastorno bipolar (Elkin, 2000).

El paciente que padece trastorno bipolar experimenta ciclos que incluyen episodios de depresión, estado de ánimo normal y estado de ánimo elevado. Algunas personas presentan solamente estado de ánimo ligeramente elevado (hipomanía); en casos de manía declarada, los individuos experimentan euforia pura o una presentación mixta de exaltación y depresión o irritabilidad. En forma más grave de manía, los sujetos también desarrollan síntomas psicóticos.

Con frecuencia a los pacientes hipomaníacos se les describe como activos, energéticos, extrovertidos y asertivos con otras personas. Cuando están mejor, son comprensivos y tienen buen criterio, son capaces de canalizar sus ideas de manera constructiva. En este tipo de estado, generan y clasifican mucho pensamientos a gran velocidad y en ocasiones muestran aptitud para resolver problemas. En el trastorno bipolar tipo II, los pacientes alternan entre episodios de depresión, estado de ánimo normal e hipomanía, pero no entran en el estado de manía. La hipomanía suele ser el estado ideal para muchos enfermos de trastorno bipolar o ciclotimia.

En sujetos con presencia más completa del episodio de manía (como ocurre en el trastorno bipolar I), el estado de ánimo aumenta hasta el grado de euforia. En consecuencia, estos pacientes exhiben pensamientos de grandiosidad y en ocasiones se encuentran paranoicos o irritables. Además, es posible que haya estados mixtos de manía y depresión. La paranoia y la grandiosidad a menudo se acompañan de delirios. Los pacientes de este tipo suelen ser hiperactivos y es mucho más probable que traspasen el espacio personal de los individuos que los rodean. Inclusive en casos moderados de manía, el criterio y la comprensión se ven comprometidos y el control de impulsos se reduce notablemente.

Quienes actúan llevando a cabo planes o siguiendo ideas durante su estado eufórico dañan sus relaciones personales, empleos o estado financiero (DSM-IV, 1995; Chinchilla, 1998).

El trastorno bipolar se manifiesta con el transcurso del tiempo. ‘La posibilidad de que se inicie abarca desde la niñez hasta los 50 años, con una edad media de inicio de 30 años. El paciente promedio (tres cuartas partes son mujeres y dos tercios varones) con trastorno bipolar experimenta un episodio de depresión grave que precede a algún episodio de manía. El trastorno bipolar ocasionalmente se inicia en la niñez o adolescencia y probablemente sea diagnosticado de manera errónea como trastorno de deficiencia de atención e hiperactividad. El episodio promedio de manía tarda tres meses sin tratamiento, pero con el transcurso del tiempo, el intervalo entre los episodios se reduce. Dicho intervalo se estabiliza tras cinco episodios, con una frecuencia de aproximadamente cada seis a nueve meses. Los cambios del estado de ánimo ocurren con mucha mayor rapidez en la variante cíclica rápida del trastorno bipolar y los intervalos promedio entre los cambios repentinos de estados de ánimo suelen ser menores de tres meses. El número promedio de episodios de manía en el curso de la vida del enfermo es de nueve aunque los sujetos que padecen trastorno bipolar de ciclos rápidos pueden presentar hasta 30 episodios’ (Elkin, 2000. p.91).

El paciente con manía presentan retos especiales. Estas personas suelen exhibir euforia, irritabilidad, grandiosidad o síntomas psicóticos como alucinaciones auditivas o visuales y paranoia. Algunos se notan sumamente agitados y son capaces de atacar a otros pacientes o al personal durante sus interacciones con ellos. Los sujetos en estado deprimido o mixto pueden albergar ideas suicidas. Estas personas con frecuencia son recluidas en hospitales psiquiátricos de manera involuntaria por el peligro que constituyen para sí mismos o para otros, y son recluidos en alguna unidad psiquiátrica cerrada (Farreras-Rozman, 2000).

Los pacientes maníacos se caracterizan por su capacidad para inducir fuertes emociones en otras personas. Este tipo de sujetos, en especial los de tipo hipomaniaco, pueden resultar encantadores, interesantes y divertidos y con frecuencia inducen

sentimientos iniciales de buen humor y bienestar entre las personas que interactúan con ellos. Sin embargo, inclusive el maníaco de mejor naturaleza llega a sobrepasar los límites y da lugar a molestias y frustración. Quienes padecen formas de manía grave, en especial estados mixtos en presencia de irritabilidad, pueden ser sarcásticos, dominantes y manipuladores y dejar a los miembros del personal sintiéndose frustrados, enojados, irritables, asustados, incompetentes o fuera de control. Los casos más graves de manía con rasgos psicóticos inducen en el personal de tratamiento reacciones similares a las que presentan quienes trabajan con pacientes que padecen esquizofrenia (CIE-10, 1992; Elkin, 2000).

Trastorno Ciclotímico (Ciclotimia)

Se denomina así a un trastorno caracterizado por una inestabilidad persistente del estado de ánimo, que implica la existencia de muchos periodos de depresión y de euforia leves. Esta inestabilidad aparece por lo general al inicio de la edad adulta y sigue un curso crónico, aunque a veces el estado de ánimo permanece normal y estable durante meses de manera continua. El individuo no percibe relación alguna entre las fluctuaciones del humor y los acontecimientos vitales, se caracteriza por lo menos 2 años de numerosos periodos de síntomas hipomaníacos que no cumplen los criterios para un episodio maniaco y también se presentan periodos con síntomas depresivos que no cumplen con los criterios para un episodio de depresión mayor (en los niños y adolescentes la duración debe ser de al menos 1 año); durante los primeros 2 años de la alteración no se ha presentado ningún episodio depresivo mayor, episodio maníaco o episodio mixto, luego de 2 años iniciales del trastorno, puede haber episodios maníacos o mixtos; los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga o medicamento) o una enfermedad médica, además de que los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (CIE-10, 1992; DSM-IV, 1995; Chinchilla, 1999).

En resumen, la depresión puede presentarse en cualquier época de la vida, incluyendo la niñez. Entre los primeros síntomas se encuentran: la ansiedad generalizada,

la crisis de angustia, las fobias y muy frecuentemente, trastornos del sueño como el insomnio y la hipersomnia. Los dos principales síntomas del cuadro clínico son la disminución del estado de ánimo y la dificultad o incapacidad para disfrutar de situaciones o eventos que habitualmente le despiertan alegría o gozo al individuo, con disminución o pérdida del interés hacia los mismos y hacia la vida. La depresión comprende: síntomas afectivos (tristeza, anhedonia, irritabilidad, disforia), síntomas cognoscitivos (dificultad para concentrarse, pesimismo, ideas de minusvalía y culpa), síntomas conductuales (falta de trabajo, disminución del rendimiento escolar, intentos de suicidio) y síntomas psicofisiológicos (trastornos del sueño, del apetito, disminución del deseo sexual).

La depresión ha sido tratada en forma más real y específica dando de que hablar para muchos investigadores, una de las características que pueden considerarse como valiosas es el surgimiento de la clasificación que nos permite con mayor precisión detectar e identificar a la depresión. En la actualidad tanto el DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición) y la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades 10), son utilizados con mayor certeza tomando en consideración que cuentan con el mayor número de agrupaciones en cuanto a los trastornos psicológicos, de cualquier modo es de suma importancia tener cuidado suficiente para llegar al diagnóstico idóneo según sea el caso.

A partir de lo anterior se denota que la depresión no puede ser diagnosticada de manera sencilla y accesible, ya que existe una serie de causas por las cuales se puede dar un periodo depresivo, así como un cúmulo de síntomas que conllevan a una especificación y detección de la enfermedad depresiva. Por tal motivo, a continuación se determina con mayor detalle la manera en que se evalúa a la depresión, así como su posible diagnóstico para poder llegar a un tratamiento que favorezca las necesidades de cada uno de los pacientes deprimidos.

CAPITULO 3

EVALUACIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN

3.1. Evaluación y Diagnóstico de la Depresión

La depresión es un síndrome con alto índice de frecuencia en la consulta diaria. Se considera actualmente que de cada 10 pacientes que llegan al consultorio del médico general, uno padece depresión. En 1997, algunas apreciaciones, más bien conservadoras, señalaban que más de 150 millones de personas en el mundo presentaban depresión que requería de tratamiento específico. Sólo en México se calculaba que más de 4 millones de habitantes sufrían de depresión (Aguayo y cols., 1998).

Para tener una apreciación de la magnitud de este problema a nivel mundial es útil considerar las tasas de depresión en instituciones psiquiátricas, hospitales generales, población estudiantil y población general.

Por ejemplo, en las instituciones psiquiátricas de nuestro país, tanto en el Distrito Federal como en el resto de la República, se ha encontrado que los trastornos afectivos (dentro de los cuales se encuentra la depresión) ocupan el cuarto lugar entre los distintos diagnósticos, sólo superando la esquizofrenia, la psicosis orgánica y la adicción a las drogas (Campillo y Caraveo, 1979)

En los hospitales generales esta prevalencia aumenta. Por ejemplo, en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Español de la Ciudad de México, el diagnóstico de depresión ocupó el primer lugar entre todos los demás y alcanzó una prevalencia del 66% entre la población que acude a tratamiento; asimismo, en los Servicios de Medicina Interna y en las salas de pacientes crónicos se encontró un porcentaje del 38% y 48%, respectivamente (Medina-Mora y cols., 1992; Aguayo y cols., 1998).

En relación con el primer nivel de atención médica, un estudio en México realizado por Padilla y Peláez, (1985 en Aguayo, y cols., 1998) sobre detección de trastornos mentales mostró que la frecuencia total de trastornos emocionales fue del 51% en un Centro de Salud, 43% en una Unidad de Medicina Familiar y 34% en un Hospital General, lo cual indica que, en promedio, 40 de cada 100 pacientes con problemas médicos que acuden a un primer nivel de atención presentan trastornos afectivos como cuadro acompañante o principal.

Por lo que se refiere a la población estudiantil, según el Programa de Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM, el síndrome depresivo ocupó el primer lugar entre todos los diagnósticos, con un porcentaje del 48%. La cifra es muy cercana a la reportada por centros similares de Canadá e Inglaterra (De la Fuente, Díaz y Fouilloux, 1997 en Aguayo y cols., 1998).

Por otra parte, entre la población general, las cifras que arrojan estudios de comunidad son reveladoras, tan sólo en una submuestra de la Encuesta Nacional de Adicciones de 1988 se reportó que el 34% de la población estudiantil presentaba uno o más síntomas de depresión, además, un 17% de mujeres y un 8.5% de hombres, (13% en promedio) presentó sintomatología depresiva de moderada a severa. Asimismo, la ideación suicida, se reportó con prevalencia del 10% al 14%, el 1.9% indicó haber estado a punto de quitarse la vida y el 1.6% intentó suicidarse (Medina-Mora y cols., 1992).

Si el problema se observa bajo la perspectiva de las tasas de mortalidad, tampoco es alentador. En las mujeres y los hombres deprimidos, las tasas de mortalidad son dos y tres veces más altas que en población general, respectivamente. Los motivos que explicarían esta mortalidad elevada son varios; entre los más aparentes se encuentran una mayor susceptibilidad de los pacientes deprimidos a las enfermedades, una tendencia alta a los accidentes y, desde luego, al suicidio (Aguayo y cols., 1998).

Lo evaluado hasta la actualidad en cuanto a la depresión es la llamada sintomatología depresiva, ya que pone énfasis en los componentes afectivos, físicos,

conductuales, etcétera. Para ello, se han utilizado instrumentos que han permitido observar con mayor exactitud el diagnóstico preciso de la depresión. Dentro de las modalidades de evaluación, se pueden considerar a los autoreportes, las escalas de clasificación clínica, los métodos de observación directa y mediciones de distorsión cognitiva, estos evalúan fluctuaciones de ánimo, severidad, extensión, frecuencia de la depresión, etcétera.

Los instrumentos son utilizados también como criterio para seleccionar el tipo de población para el estudio o investigación a realizar, o bien, como base de comparación en algunos estudios de tipo longitudinal o bien transversal según sea el caso, además de observar puntajes y posibles mejoras a nivel pre y post tratamiento.

Es importante mencionar que todos los instrumentos de evaluación pueden ser funcionales para cualquier individuo de acuerdo con lo que se desee indagar acerca de su problemática, pero lo más sobresaliente de ellos es que posibilitan el establecimiento de un diagnóstico, así como el documentar el estado clínico de un paciente en un momento determinado y por último complementar la información clínica obtenida por cualquier otro medio. Ampliar el panorama acerca de los instrumentos más utilizados para evaluar la depresión permite ejemplificar con mayor exactitud el diagnóstico del paciente deprimido, por tanto a continuación se hace una recopilación de algunos instrumentos que han sido utilizados con mayor incidencia en la evaluación depresiva.

La detección oportuna de los cuadros depresivos en la infancia es relevante, porque se ha ilustrado cierta concordancia entre la depresión temprana y la aparición de diversas conductas antisociales, y muy en especial, por el riesgo de suicidio. Existen diversas escalas para evaluar la depresión infantil. El Cuestionario de Depresión para Niños (CDS) contiene 66 reactivos intercalados: 18 de tipo positivo y 48 de tipo depresivo. Los 66 criterios se agrupan en 2 subescalas, el total depresivo con 6 subescalas y el total positivo con 2. El CDS es aplicable a niños de 8 a 16 años de edad. Cada reactivo se evalúa del 1 al 5 (escalas de actitud). Los puntajes de la prueba se denominan con siglas: AA: ánimo-alegría, RA: respuesta afectiva, PS: problemas sociales, AE: autoestima, PM: preocupación

por la muerte, SC: sentimientos de culpa, DV: depresivos varios, PV: positivos varios, TP: total positivo, TD: total depresivo (Gutiérrez, Lara y Contreras, 1995).

Inventario de Depresión para Niños de Kovacs (CDI)

El punto de partida del cuestionario fue la prueba para adultos de Beck (1967 en Norberto, 1997) en donde Kovacs (1977) utilizó como modelo un cuestionario de adultos basándose en los puntos comunes existentes entre los trastornos depresivos de jóvenes y adultos que defienden algunos autores. El CDI reconoce una amplia gama de síntomas depresivos como son las alteraciones del humor, la capacidad hedónica, las funciones vegetativas, la autoevaluación y otras conductas interpersonales. Algunos ítems están relacionados con las consecuencias funcionales de la depresión en contextos que son relevantes para el niño. Consta de 27 ítems, cada uno con tres posibles respuestas alternativas, de las que el niño debe señalar la que mejor describa su situación en las dos últimas semanas. De las tres posibles elecciones, en una se refleja la normalidad, en otra la severidad del síntoma (definida como no incapacitadora) y, en la tercera, la enfermedad clínicamente más significativa. Aproximadamente en el 50% de los ítems la primera alternativa refleja la máxima patología; en el resto, el orden de las alternativas ha sido invertido (Kovacs, 1983).

Cuestionario Español de Depresión Infantil (CEDI)

Es una adaptación de la escala de Kovacs la cual ha sido realizada por Rodríguez (1984) de la Universidad de Sevilla.

-CEDI-I, aplicable a niños de 5 a 10 años, es contestado por el padre, la madre u otra persona significativa.

-CEDI-II, para edades de 11 a 16 años, es valorado por los propios niños, en lugar de tres alternativas, cuenta con 4, según la prueba original de Beck (1967).

El número de ítems ha sido reducido a 16 en las dos versiones y cubren los siguientes trastornos: alteraciones del sueño, anorexia, irritabilidad, aislamiento social,

sentimientos de fracaso, fatigabilidad, dificultad para el trabajo, tristeza, llanto, insatisfacción, pesimismo, autoimagen, quejas somáticas, actitud ante la escuela y culpabilidad.

Short Children's Depression Inventory (S-CDI)

El S-CDI es una prueba de autoevaluación aplicable a niños entre 7 a 17 años creada por Carlson y Cantwell (1979 en Kovacs,1983). Consta de 13 ítems con 4 alternativas de respuesta, la puntuación de cada ítem oscila entre 0 (si el síntoma no es un problema) y 3 (si el síntoma es un problema grave). Los ítems hacen referencia al humor, la autoestima, la indefensión, la anhedonia, la culpa, el suicidio, la relación con otros, la motivación, la fatigabilidad, el sueño y el apetito. La duración de los síntomas hace referencia a la anterior semana.

Modified Children's Depression Inventory (M-CDI)

Se trata de una modificación de la primera versión del CDI Kovacs y Beck (1977) realizada por Lefkowitz y Tesiny (1980 en Kovacs, 1983). Los autores redujeron el número de ítems a 12 y el número de alternativas de cada ítem a 2, que corresponden a los extremos de severidad. Estos 12 ítems son los que presentan una correlación más alta con el total de la escala. La correlación de la prueba modificada y los 12 ítems del original de 1977, en una muestra de 346 sujetos fue significativa aunque excesivamente bajo.

Ahora bien, después de caracterizar algunos de los instrumentos más utilizados en la evaluación de la depresión en niños, a continuación se describen una serie de escalas, cuestionarios y métodos que pueden identificar la depresión de una manera más exacta tomando en cuenta diversos factores.

Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D)

El propósito de esta escala es medir el nivel común de la sintomatología depresiva con énfasis en los componentes afectivos y de ánimo deprimido. Esta escala cuenta con 20 reactivos, en donde cada uno describe en primera persona el estado de un síntoma depresivo específico. Las instrucciones cuestionan al individuo para que examine e indique lo que sintió durante el mes previo a su aplicación. La clasificación está hecha en una escala de 0 a 3; 16 ítems describen síntomas negativos y 4 establecen la dirección positiva para evitar una o varias series de respuestas. (Roberts y Vernon, 1983; González y Andrade, 1993; Caraveo, Medina-Mora, Villatoro y Rascón, 1994; González y Andrade, 1995; Norberto, 1997).

Escala de Hamilton para Depresión

La escala consiste en 17 rubros que abarcan las principales manifestaciones clínicas de la enfermedad depresiva. Algunos de ellos son calificados numéricamente entre un rango del 0 a 4 mientras que otros obtienen una calificación de 0 a 2. Generalmente, y de acuerdo con el criterio del entrevistador, si el síntoma está ausente recibe una calificación de 0, pero si su expresión es severa o incapacitante amerita un 2 o 4 según el rango específico. Los síntomas leves o moderados reciben una calificación intermedia. Además, existen 4 rubros adicionales que no son tan frecuentes en el cuadro clínico de la depresión, pero que su presencia es de gran valor pronóstico. Su versión original fue publicada en 1960, y se incluyeron síntomas ansiosos a pesar de encontrarse una relación negativa con los síntomas depresivos. El alto contenido somático de la escala la hace de valor dudoso cuando se usa en pacientes médicamente enfermos. A partir de ésta se han derivado la escala endogenomórgica de la depresión y la subescala de melancolía (que evalúa sobre todo, las manifestaciones de retardo psicomotor), así como una autoaplicable: la Escala de Carroll para Valoración de la Depresión (Norberto, 1997; Aguayo y cols., 1998).

Programa para Desórdenes afectivos y Esquizofrenia de Endicott y Spitzer (1978)

Fue desarrollado como un formato de entrevista estructurada para recolectar información estandarizada en base a decisiones diagnósticas del Criterio de Investigación Diagnóstica (RDC) desarrollado para establecer un criterio operacional estandarizado, cuyo propósito era la selección de sujetos homogéneos para investigación. Existen 3 formas del programa:

SADS forma regular, que consiste en dos partes: la primera sirve para recolectar información concerniente al episodio común y la anterior semana; la parte dos recaba información de acuerdo con episodios anteriores.

SADS-L o tiempo de vida, es similar a la parte número dos del SADS regular, pero en este caso es organizado para ser utilizado con pacientes que no presenten crisis.

SADS-C o para cambio, consiste en ciertos ítems de la parte uno del SADS regular, y tiene el propósito de hacer evaluaciones post- test y seguimiento del estado común. (Norberto, 1997).

Escala de Carroll para Valoración de la Depresión.

Esta escala cuenta con 52 afirmaciones las cuales deben marcarse con un Si o No dependiendo de la manera en que se ha sentido el individuo la última semana. Califica los mismos síntomas que la versión de 17 reactivos de la Escala para Depresión de Hamilton, teniendo ambos una calificación máxima de 52 puntos. La respuesta indicativa de depresión es SI para 40 frases y NO para las 12 restantes. Cada respuesta indicativa de depresión se le da el valor de un punto y la suma de estos nos da la calificación total (Norberto, 1997; Aguayo y cols., 1998).

Lista de Adjetivos de Depresión de Lubin (1965)

Consiste en 7 formas alternas (A a G), de A a D contienen 22 adjetivos positivos y 10 negativos y de E a G, 22 positivos y 12 negativos. Cada forma puede ser calificada por una plantilla. De acuerdo a su sistema calificativo es tomando el número de adjetivos positivos menos los adjetivos negativos. Establece la diferencia entre los sujetos normales, personas que no padecen depresión y personas deprimidas. Para tal evaluación es necesario establecer las fluctuaciones en el ánimo sobre periodos breves, asimismo diferenciar grupos por la severidad del problema (Norberto, 1997).

Escala de Autoevaluación de Zung para Depresión (1960)

Esta es una escala que el paciente responde personalmente de acuerdo con una breve instrucción al comienzo de la misma. Comprende 20 rubros que abarcan tanto las alteraciones del afecto como los síntomas cognitivos y fisiológicos más comunes de la depresión. Una vez que el paciente ha terminado de responder la escala, el examinador asigna los valores numéricos, previamente determinados, a cada categoría y que van del 1 al 4. La obtención de la máxima calificación en cada una es un indicador de un síntoma más grave. La suma total es transformada a un índice que señala la severidad del trastorno depresivo. La calificación final se obtiene mediante la transformación de la puntuación total al índice SDS de acuerdo con la tabla de conversión que para tal efecto se anexa en la escala. La intensidad del cuadro depresivo queda así determinada: 50 a 59 = depresión leve, 60 a 69 = depresión moderada y 70 o más = depresión severa (Alvarez y Alfonso, 1991; Aguayo y cols., 1998).

Escala de Ajuste de Katz (1963)

Se considera como una medida informante, puesto que de alguna manera el paciente da sus respuestas, pero también un informante significativo, a través del cual se evalúan los problemas interpersonales sociales. Consiste en 2 series de escalas, la primera consta de 5 para ser completados por el paciente y 5 por el informante o relativo. El propósito es medir

síntomas psiquiátricos y otros índices de conducta social que pueden ser relevantes al ajuste social. Se desarrollaron tales escalas con el intento de evaluar el ajuste pre y post-hospitalización. La razón de las dos escalas es que la conducta social implica a ambos, esto es, tanto a los sujetos como a las percepciones del medio ambiente social (Norberto, 1997).

Escala de Montgomery-Asberg (MADRS)

Es una escala calificada por observador. Ha ganado difusión gracias a que es más sencilla en estructura que la escala de Hamilton; está compuesta por sólo 10 ítems, cada uno se califica en una escala de 7 puntos (0 a 6), está basada en parte en los síntomas reportados por el paciente (lo que facilita su uso y sus autores tomaron la precaución de demostrar que sus ítems individuales eran sensibles al cambio de severidad del trastorno depresivo). Por otra parte, el énfasis que realiza en síntomas psiquiátricos la hacen particularmente útil en los trastornos psicósomáticos y en la evaluación de pacientes médicamente enfermos. Los 10 ítems cubren las 8 características clínicas listadas en la definición de episodio depresivo mayor del DSM III-R "tristeza aparente, tristeza reportada, tensión interna, insomnio, hipofagia-hiporexia, dificultades en la concentración, debilidad, anhedonia, pensamientos pesimistas y pensamientos suicidas" (Heinze, 1996; Aguayo y cols., 1998).

El Inventario de Depresión de Beck (IDB)

Esta escala autoaplicable evalúa la intensidad del cuadro depresivo de acuerdo con 21 categorías de síntomas o manifestaciones conductuales y somáticas características de la depresión. Para su aplicación el entrevistador entrega una copia del inventario al paciente, quien de manera personal elige la opción que mejor lo defina en ese momento. Su respuesta tiene una estimación numérica entre 0 y 3 asignada en cada rubro donde el valor de la calificación es directamente proporcional a la severidad del síntoma. Los resultados de la escala se evalúan como sigue: de 0 a 13, no hay depresión; de 14 a 20, depresión leve o moderada; más de 20 puntos, depresión severa (Mathew, Weinman y Mirabi, 1981; Petti,

1985; Arieti y Bemporad, 1990; Manelic y Ortega, 1995; Jiménez, Senties y Ortega, 1997; Norberto, 1997; Aguayo y cols., 1998).

Escala Raskin de Severidad Global de la Depresión (1974)

Ha sido muy utilizada en estudios de tratamiento farmacológico, además de ser desarrollada como un método para seleccionar sujetos experimentales. Las áreas se encuentran divididas en tres las cuales son clasificadas en escalas de cinco puntos: a) reporte verbal de síntomas subjetivos; b) conductas depresivas observadas (expresión verbal, baja energía, etcétera) y c) síntomas secundarios "somáticos" (Norberto, 1997).

Lista de Sentimientos y Factores Adyacentes (1961)

Consta de 47 ítems cada uno es calificado en una escala de 4 puntos, de 0 (no presente) a 3 (marcadamente presente). El contenido de éstos ítems es enteramente cognitivo y puede ser útil en combinación con otras escalas. Se mencionan 5 factores que pueden influir en la presencia de la depresión: 1) Tristeza, desilusión, sentimientos dañados; 2) Proyección a eventos externos; 3) Sentimientos de culpa; 4) Ansiedad y 5) Implorar apego por amor (Norberto, 1997).

Escala de Birlson para el Trastorno Depresivo Mayor (DSRS)

La escala fue diseñada para cuantificar la severidad de la sintomatología depresiva, puede utilizarse para supervisar la respuesta al tratamiento. El instrumento es una escala autoaplicable tipo Lickert que consta de 18 reactivos; todos pueden obtener puntajes de 0 a 2, en donde 10 reactivos pueden ser calificados de acuerdo a la escala de 0 a 2 y 8 reactivos de 2 a 0. El paciente debe responder ante las 3 opciones en cada ítem, dependiendo de cómo se ha sentido las últimas 2 semanas (De la Peña, Lara, Cortés, Nicolini, Páez y Almeida, 1996).

Inventario Multifacético de Personalidad Minnessota (MMPI)

Es un instrumento ampliamente utilizado en Estados Unidos, México (con mayor incidencia que tiempos anteriores) y quizá el más utilizado para evaluar la personalidad y la depresión. Ha sido traducido a 30 idiomas y está dispuesto en varios formatos (forma para grupos, página hacia abajo o tarjetas). Consta de 550 ítems, agrupados en 9 escalas psicopatológicas: Hipocondría, depresión, histeria, desviación psicopática, masculinidad, femineidad, paranoia, psicastenia, esquizofrenia y manía. Puede ser aplicada de manera individual o grupal, se le indica al paciente que conteste cada ítem rellenando un ovalo en la hoja de respuestas correspondiente, tomando en cuenta su criterio con respuestas ciertas o falsas (Hathaway y Mckinley, 1942, 1980; Norberto, 1997).

Métodos de Observación directa

El método de observación directa, es una estrategia básica para desarrollar técnicas de evaluación conductual con mayor exactitud y objetividad, dando pauta a medir aquellas conductas que son utilizadas como criterio para diagnóstico de la depresión, por tal motivo se han llevado a cabo investigaciones tanto en locales clínicos, como en hogares, entre otros y se ha diagnosticado el rubro de "depresión" sobre la base de las entrevistas al paciente y registros observacionales tanto a nivel directo como indirecto, tal como registros de conducta verbal motora, además de grabaciones, filmes, etcétera. Por último se puede mencionar que se utilizan programas de actividad, como instrumentos de evaluación, que implican el autoregistro de actividades (Norberto, 1997).

"Aunque las escalas de medición son ahora completamente aceptadas, si algo es real es que se espera demasiado de ellas" (Aguayo y cols., 1998). Sin embargo, permiten una manera estándar de evaluar la condición actual de un paciente (ya sea en relación con el progreso del padecimiento o en respuesta al tratamiento). Por otra parte, numerosos intentos han sido hechos para elaborar escalas diagnósticas que poco a poco han ido mejorando con la actualización de la problemática depresiva .

Por ejemplo, si el que realiza la evaluación no reconoce el fenómeno clínico o no sabe como observarlo, podría hacer inferencias incorrectas, ya que, la información así registrada no podrá servir aun cuando se presenten en forma numérica.

Además, las escalas podrían ser mejoradas por juicio clínico porque definen las categorías de severidad y obligan al clínico a pensar cuidadosamente en cada síntoma. El total de la escala se transforma en un proceso claramente definido de severidad, muy diferente al proceso desconocido y vago de síntesis algunas veces utilizado por el clínico (Aguayo y cols., 1998).

No obstante, las escalas poseen ciertas ventajas: pueden ser usadas para todos los pacientes, en todas las ocasiones; los reactivos son iguales y las calificaciones se definen de la misma manera; la información que proveen es cuantitativa; y, por ende, son fáciles de usar para hacer comparaciones y para ser analizadas por métodos estadísticos. El uso más importante de estas escalas es la investigación clínica. Las escalas también sirven para fines de enseñanza pero, en la práctica, son muy inferiores a un buen registro clínico. (Lara-Muñoz y Ortega, 1995; Aguayo y cols., 1998). "Un gran número de escalas de medición han sido diseñadas para evaluar el constructo de depresión. Estas han sido universalmente utilizadas en la investigación, sin haber puesto mucha atención a sus contenidos o a cómo definen al trastorno depresivo. Las escalas son a menudo arbitrariamente seleccionadas y usadas, asumiendo que todas miden el mismo constructo" (Aguayo y cols., 1998 p.30).

Por otro lado, el análisis por reactivo de las escalas de depresión más extensamente utilizadas revela una variación en las áreas de psicopatología que cubren. Por ejemplo, algunas hacen mayor énfasis en la evaluación de la ansiedad que en el humor depresivo (Lara-Muñoz y Ortega, 1995).

La evaluación de la depresión debe incluir una descripción de los síntomas actuales, de los episodios previos, de antecedentes de algún otro trastorno psiquiátrico, la condición médica, medicamentos que ha recibido o que recibe el paciente, situaciones de su vida que puedan influir en el problema, estresores psicosociales e información sobre el uso de

alcohol u otras sustancias. Se debe identificar el momento de inicio de los síntomas, su relación con circunstancias que conlleven algún problema y el nivel de funcionamiento previo. Por lo tanto, es necesario realizar una historia clínica completa que incluya exámenes físicos, neurológicos y mentales. "Se recomienda realizar estudios de laboratorio de rutina, como son: biometría hemática, química sanguínea, examen general de orina, perfil tiroideo, etcétera. Aunque no se consideran exámenes de rutina el electrocardiograma, el electroencefalograma, la tomografía axial computarizada y las pruebas psicológicas, pero es recomendable realizarlas, si en la historia clínica y/o examen físico se encuentran datos que sugieren otras alteraciones que deban descartarse" (Aguayo y cols., 1998 p.36).

Es de suma importancia la fase de evaluación en cuanto al estado depresivo como se ha visto hasta el momento, pero hay que tomar en cuenta también el diagnóstico, ya que gracias a este paso se logra obtener claramente la detección de un posible trastorno emocional trabajando en conjunto con la evaluación. Por medio de ambos procedimientos el individuo obtiene con mayor exactitud el observar un posible trastorno depresivo además de identificar el tipo de síntomas y signos que puede tener el paciente. Por tal motivo a continuación se enfoca con mayor atención a la fase de diagnóstico de la depresión, dando pauta a especificar la dirección que debe tomar tanto el terapeuta como el paciente dependiendo de su estado actual y así lograr con mayor exactitud el tratamiento más adecuado sin olvidar las características del afectado.

Originalmente la depresión sólo era considerada como una enfermedad a corto plazo, con alguna tendencia a la recurrencia, fue hasta la década de 1980 que un cambio en el pensamiento científico dio pauta a determinar que fuera una enfermedad crónica. "Algunos estudios, como los de laboratorio de sueño en pacientes deprimidos, dieron apoyo a la hipótesis de que ciertas enfermedades afectivas son condiciones crónicas con manifestaciones clínicas periódicas similares a la hipertensión o a la diabetes" (Aguayo y cols., 1998 p.26).

Los casos típicos de depresión no provocan problemas para su diagnóstico, sin embargo, cuando ésta se asocia con otras condiciones psiquiátricas, el diagnóstico se dificulta y en ciertos casos la división entre la depresión y estos trastornos permanecen indefinidos. Cuando un síndrome de depresión mayor está asociado con otra alteración psiquiátrica, la decisión de cuál debe tratarse primero radica en la naturaleza del trastorno afectivo, esto es, "en un trastorno de alimentación o un trastorno obsesivo-compulsivo, estos síntomas son el blanco inicial del tratamiento, si se trata de ansiedad generalizada o de trastorno de personalidad, el trastorno depresivo debe ser atendido primero; si el trastorno no afectivo es una crisis de angustia, se debe decidir cual es el trastorno primario de acuerdo con la historia personal y familiar del paciente" (Aguayo y cols., 1998 p.27).

Existe un sin número de trastornos que se asocian comúnmente con la depresión entre ellos se puede nombrar el cáncer, el SIDA, el dolor crónico, los trastornos alimenticios, el alcoholismo, la drogadicción, la ingesta de sustancias tóxicas, etcétera. Muchas veces la sintomatología de estos trastornos enmascara el cuadro depresivo y por consiguiente el diagnóstico no es sencillo de detectar o más bien de esclarecer; "no obstante, cuando la depresión es diagnosticada, su tratamiento mejora evidentemente el trastorno de tipo médico" (Aguayo y cols., 1998 p.37).

En Psiquiatría y Psicología, la clasificación del diagnóstico permite describir un trastorno, predecir su curso, para que más adelante se establezca un tratamiento apropiado estimulando el estudio de sus posibles causas. La mayoría de los profesionistas clínicos creen que la clasificación ayuda a describir, tratar e investigar las causas de los trastornos psicológicos. Desafortunadamente hay controversia en esto, puesto que no todos se encuentran en acuerdo al momento de denominar tal o cual trastorno. Sin embargo, en la actualidad tanto el DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Cuarta edición) y la CIE-10 (Décima Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud), son utilizados con mayor certeza tomando en consideración que cuentan con el mayor número de agrupaciones en cuanto a los trastornos psicológicos, de cualquier modo es de suma importancia tener cuidado suficiente para llegar al diagnóstico idóneo según sea el caso.

Casi todas las personas se sienten deprimidas de vez en cuando, pero no existe razón para pensar que estén enfermas mentalmente, si siguen cumpliendo sus ocupaciones diarias y recuperan la alegría de vivir. La diferencia entre sentirse deprimido y tener la enfermedad mental llamada depresión es que los verdaderos enfermos no pueden escaparse de su desgracia; su depresión persiste, se profundiza y al cabo interfiere su capacidad de vivir de modo normal.

El diagnóstico de la depresión es clínico, es decir, basado en los síntomas y signos que se recopilan en el examen médico-psicológico de acuerdo con las evaluaciones previamente realizadas. Lo que procede es determinar si el individuo es candidato a algún tipo de tratamiento, sin olvidar que debió haber existido un diagnóstico antes de tomar cualquier decisión acerca de la problemática del paciente.

Para obtener con mayor exactitud un diagnóstico adecuado, es necesario tomar en cuenta el contexto del paciente en todos sus ámbitos (sociocultural, evolutivo, neurofisiológico, genético, conductual, etcétera), ya que en muchas ocasiones el individuo pasa por un periodo desagradable al cual llama depresión sin tomar en cuenta que existen ciertas características representativas de la misma (Lolas, 1983).

Arieti y Bemporad (1990) ilustran claramente una manera para poder obtener un diagnóstico, en este caso utilizan el llamado "diagnóstico diferencial", el cual consiste en dos fases: En la primer fase se intenta determinar si el paciente sufre realmente una depresión o un síndrome que simule la misma. El paciente puede pasar por un estado normal de tristeza. Asimismo puede estar deprimido, sin padecer algún desorden de tipo psiquiátrico que no sea necesariamente una forma clínica de depresión. "La depresión, al igual que la ansiedad, suelen manifestarse como síntoma concomitante en la mayoría de los trastornos psiquiátricos" (op.cit. p.100). Después de haber confirmado que el paciente sufre una depresión se llega a la fase dos, que consiste en determinar de qué tipo de depresión se trata, para que posteriormente se dé el tratamiento adecuado.

En la definición operacional de la depresión debe ser primariamente identificado un estado de humor (disfórico o depresivo), seguido de síntomas acompañantes como ideación suicida, baja concentración, etcétera. Se debe evaluar la "duración" que puede variar en cada clasificación y, por último deben darse uno o más criterios de exclusión, como la depresión debida a un trastorno mental orgánico o la acompañada de síntomas esquizofrénicos (Aguayo y cols., 1998).

Aunque existe controversia en cuanto a la definición y clasificación de este trastorno, lo oficialmente aceptado en nuestro país en lo establecido por la Organización Mundial de la Salud en la Clasificación Internacional de Enfermedades, en la que consideran para el diagnóstico los trastornos afectivos persistentes, equivalentes fisiológicos, equivalentes psicológicos y síntomas psicóticos, esto se ve representado gráficamente en el Cuadro 2 "características clínicas de la depresión" (Mendoza y Soto, 1990).

Cuadro 2. Características Clínicas de la Depresión

1. TRASTORNOS AFECTIVOS PERSISTENTES	2. EQUIVALENTES FISIOLÓGICOS	3. EQUIVALENTES PSICOLÓGICOS
<ul style="list-style-type: none"> - Indiferencia - Tristeza - Inseguridad - Pesimismo - Miedo - Ansiedad - Irritabilidad 	<ul style="list-style-type: none"> - Trastornos del sueño - Disminución de la libido - Cefalea tensional - Trastornos digestivos - Alteraciones cardiovasculares - Senso-percepción disminuida 	<ul style="list-style-type: none"> - Alteraciones de la memoria - Disminución de la atención - Disminución de la comprensión - Ideas de culpa o fracaso - Pensamientos obsesivos - Impulso a la ingestión de alcohol y de drogas - Ideación suicida

En relación a la disponibilidad de medios para abordar dicha problemática, se puede señalar que es responsabilidad en muchas ocasiones del médico general diagnosticar y tratar oportunamente la mayoría de los trastornos depresivos con el auxilio especializado del psiquiatra y/o el psicólogo. "Al respecto, en el Sistema Nacional de Salud de nuestro país se tiene contemplado una estructura asistencial de 3 niveles de atención médica, de los cuales en el primer nivel cuya responsabilidad principal recae en el médico general , se

tiene planeado la solución del 85% de los problemas de Salud, ocupando un lugar preponderante los trastornos de depresión" (Mendoza y Soto, 1990 p.20).

Esto no quiere decir que los demás especialistas (tanto psicólogos como psiquiatras) no puedan encargarse de dicho diagnóstico, sin embargo, en la mayoría de los casos los pacientes asisten en primera instancia con su médico general o bien con algún otro tipo de gente que puede dar apoyo inmediato. Desafortunadamente no se toma en cuenta la posibilidad de asistir al psicólogo como parte de su vida, aún en este tiempo existe un sin número de personas que consideran al psicólogo como su última opción, después de agotar todo y no se obtuvo lo deseado llegan al consultorio, no con un tipo de problemática sino muchas veces ya con varias circunstancias y por eso hay que tomar en cuenta que el hecho de hacer un buen diagnóstico de la depresión, posibilita también un mejor tratamiento, dando pauta a la mejoría gradual del paciente contribuyendo de manera adecuada.

En la Primer Conferencia Internacional sobre Trastornos Afectivos (1993) la depresión mayor se propone como el estándar de clasificación más actual y la categoría diagnóstica más importante, tanto en la CIE-10 como en el DSM-IV. Se señalan como sus principales síntomas: el humor depresivo y la pérdida de interés (Heize, 1996; Aguayo y cols., 1998).

En resumen, la depresión es un trastorno muy frecuentemente reportado tanto en la población general como en los hospitales (40% de los pacientes que solicitan consulta en hospitales generales padecen depresión) y los hospitales psiquiátricos. Su prevalencia varía entre 6 y 13% en la comunidad, aunque algunos estudios reportan cifras más altas, debido a la forma en que se ha diagnosticado la depresión en ellos. "Usualmente, se presenta más en mujeres que en hombres, calculándose una proporción de 2:1. Asimismo, en los últimos años, este padecimiento ha incrementado su incidencia en niños y jóvenes" (Aguayo y cols., 1998 p.15).

Por otra parte, la depresión produce un deterioro importante sobre las áreas laboral, familiar y social. Las personas deprimidas muestran tasas de mortalidad dos a tres veces

más altas que las de la población en general debido a que presentan una mayor tendencia a enfermarse, a sufrir accidentes, a descuidar sus tratamientos para enfermedades crónicas como la diabetes y tienen una mayor proclividad al suicidio.

La evaluación de los trastornos emocionales siempre debe incluir el interrogatorio de los antecedentes médicos, de tratamientos farmacológicos, de hábitos en el consumo de alcohol u otras sustancias, eventos estresantes en la vida del paciente y en general, el de las circunstancias en las que se desenvuelve su vida laboral, familiar y social. Los marcadores biológicos y las escalas son útiles en la investigación de los trastornos depresivos, aunque debe tenerse un cuidado estricto, ya que se utilizan ampliamente en los pacientes depresivos, a pesar de que no han sido creados específicamente para tal fin y dar pauta a la fase de diagnóstico.

El diagnóstico de depresión siempre es un diagnóstico clínico, usualmente fácil de elaborar. Sin embargo, cuando se desea clasificar al trastorno depresivo se encuentran ciertas complicaciones, porque hay diversas controversias al respecto. Por ejemplo, la mayoría de los clínicos e investigadores en la actualidad piensan que estos trastornos deberían clasificarse en un sólo lugar y no hacer mayores distinciones ya que se trata de una misma entidad (depresión) que se presenta con variaciones según la edad y otras condiciones, como por ejemplo, el post parto.

A pesar de su alta prevalencia, la mayoría de los trastornos depresivos permanecen sin diagnosticar o tratados en forma inapropiada, la cual da como resultado costos incalculables en términos de dolor y sufrimiento humanos, mortalidad y pérdidas económicas.

De los trastornos médicos generales, los que se presentan comúnmente asociados con la depresión son: el dolor crónico, el cáncer y el SIDA. Muchas veces la sintomatología de estos trastornos enmascara el cuadro depresivo y el diagnóstico no es fácil; no obstante, cuando la depresión es diagnosticada a tiempo, su tratamiento mejora evidentemente.

La mayoría de las personas experimenta gran diversidad de estados de ánimo en un periodo dado (que puede ser de horas o semanas). Los individuos que padecen trastornos depresivos experimentan tristeza persistente y otros síntomas que dan lugar a pensamientos pesimistas y afectados, lo que a su vez los lleva a tomar malas decisiones y empeorar las circunstancias de su vida.

En los trastornos depresivos los síntomas clave incluyen modificaciones del sueño, peso y apetito, estado de ánimo deprimido y pensamientos pesimistas. Los trastornos depresivos tienen sus raíces en factores biológicos, psicológicos y sociales, pueden manifestarse a través de diversas presentaciones clínicas y siempre es necesario descartar las enfermedades médicas que simulan la depresión antes de diagnosticarlos de manera conclusiva.

Las dos principales categorías de trastornos del estado de ánimo son trastornos depresivos y trastorno bipolar (que anteriormente se denominaba trastorno bipolar afectivo, o trastorno maníaco-depresivo). Los trastornos del estado de ánimo se llaman también trastornos afectivos. Los sujetos que sufren uno o más episodios depresivos presentan trastorno depresivo grave (o depresión unipolar). Los individuos que presentan uno o más episodios padecen depresión recurrente. En ocasiones los trastornos depresivos se complican por ansiedad o quejas de insomnio. Las personas que padecen depresión mayor también pueden presentar síntomas de psicóticos. Cuando el individuo experimenta episodios de estado de ánimo elevado (manía) y episodios de depresión padecen trastorno bipolar.

Otros trastornos depresivos incluyen trastorno distímico y trastorno de adaptación y duelo. El trastorno distímico o distimia es una forma más leve pero crónica de depresión que persiste durante toda la vida adulta del afectado. Los pacientes que reaccionan ante alguna circunstancia tensionante de la vida con síntomas leves de ansiedad y depresión que duran menos de seis meses presentan un trastorno de adaptación. El duelo se refiere de manera específica a la respuesta psicológica ante la pérdida o muerte de alguna persona

significativa para el paciente; igual que el trastorno de adaptación, es un fenómeno de duración limitada para la mayoría de las personas.

Es importante tomar en cuenta que las clasificaciones mencionadas en el capítulo anterior, tienden a funcionar en muchos de los casos para que se clarifique y precise el estado del individuo, dando pauta a que los investigadores den por hecho ciertos eventos, sin embargo, no es posible tomar en consideración como una regla el que puedan servir para toda la gente, puesto que cada caso se percibe de manera individual.

Es tiempo de dar paso a la última fase, el tratamiento de la depresión, ya que es la parte donde se debe poner mayor atención, sin olvidar los procesos anteriores, puesto que si no se lleva a cabo de la manera adecuada, el paciente tiende a recaer frecuentemente y a presenciar situaciones que se encuentren fuera de su alcance y en muchas ocasiones se llega al suicidio. De ahí que sea importante que a continuación se concreten algunos de los posibles tratamientos que pueden ser utilizados en los individuos deprimidos.

3.2. Tratamiento de la Depresión

Existen en la actualidad enfoques terapéuticos que solos o en combinación pueden aplicarse al tratamiento de la depresión. Tomando en cuenta la aplicabilidad de cada uno de estos enfoques, el terapeuta debe decidir qué tratamiento o combinación de ellos debe utilizar con cada paciente.

Con el objeto de que los pacientes acepten óptimamente el tratamiento es indispensable que el terapeuta les informe con claridad sobre los lineamientos generales del mismo y que esta información se haga extensiva a sus familiares.

Para el buen manejo se requiere de las siguientes actitudes:

-Aceptar al paciente y reconocer su “enfermedad”

- No minimizar las quejas del paciente
- Señalar el pronóstico favorable
- Explicar el plan terapéutico
- Informar sobre los efectos (terapéuticos e indeseables) de los medicamentos
- Anticipar su curso y evolución (Aguayo y cols., 1998).

La Terapia Psicológica, los Fármacos, etcétera, son muestra de algunas de las posibles alternativas que puede tomar el terapeuta sin olvidar la individualidad del interesado, dando pauta al esclarecimiento del problema con mayor precisión.

Hay una serie de tratamientos que pueden lograr resultados favorables para la vida del paciente, de ahí que a continuación se presentan con mayor claridad algunos de los tratamientos que han funcionado con eficacia.

Terapia de Electroshock

Durante las décadas de 1940 y 1950, el método más efectuado para el tratamiento de la depresión era el electroshock. El Dr. Mortimer Ostow, que parece favorecer la terapia de medicamentos, anota lo siguiente: “Hasta el advenimiento de los medicamentos antidepresivos, el único tratamiento orgánico para la depresión melancólica era el procedimiento de la terapia por electroshock. Esta consiste en administrar un breve shock eléctrico al cerebro, que produce una convulsión instantánea y deja una amnesia temporaria. Según se lo administra de ordinario, se aplica alrededor de tres veces por semana, hasta totalizar cinco, diez o veinte sesiones. A medida que avanza el tratamiento, la amnesia se torna más y más intensa. Los medicamentos energizantes han reemplazado en gran medida al tratamiento por electroshock, si bien este reemplazo es más notable en algunas instituciones que en otras” (LaHaye, 1988 p.65).

De dos cosas se quejan principalmente los pacientes tratados con electroshock. La primera es que experimentan una pérdida de la memoria y la segunda es que temen que el procedimiento les dañe parte de su cerebro. El doctor Cammer (1971 en LaHaye, 1988)

procura descartar esos temores asegurándose que “no se ha hallado ninguna evidencia convincente, ni clínica ni de investigación, que me lleve a pesar que el electroshock daña al cerebro. Luego de ser aplicado en todo el mundo por más de 30 años, no hay duda de que en una abrumadora mayoría de casos el electroshock beneficia a las personas. Por medio de él los pacientes mejora y vuelven a ser racionales. Pero si la pregunta se formula en términos de si el electroshock altera o no la función cerebral, la respuesta es afirmativa. Cuando se estimula al cerebro ya sea eléctricamente o por medio de sustancias químicas en las dosis y duración adecuadas, el tratamiento modifica notoriamente la actividad cerebral en el sentido de un mejoramiento. En efecto, se lo aplica para crear respuestas que son parte de estas modificaciones” (p.67).

El electroshock está indicado en los casos en que la terapia con psicofármacos resulta totalmente ineficaz y o es posible practicar psicoterapia, o bien cuando existen razones que urgen un cambio inmediato en la persona afectada, por ejemplo, una enfermedad física simultánea, alto riesgo de suicidio o sufrimiento extremo (Arieti y Bemporad, 1990).

La depresión termina muchas veces sin una terapia y aún dándola puede fallar. Además el electroshock tiene un resultado positivo. No se puede encontrar una razón válida a nivel estrictamente neurológico que explique las conclusiones de muchas investigaciones sobre el pronóstico de la depresión. Se dice que una completa recuperación de un episodio de depresión ocurre entre un 70 y 95% de los casos y que cuando un estado de depresión ocurre antes de los 30 años tiende a ser más corto que cuando ocurre después de los mismos (Shuyler, 1974 en Macías, 1982).

Terapia Farmacológica (uso de medicamentos)

Cuando se ha realizado la evaluación y se ha diagnosticado un cuadro de depresión, el tratamiento con medicamentos puede manejarse en dos fases (Fase Aguda y Fase de Continuación y Mantenimiento). En la Fase Aguda deben indicarse los antidepresivos a las dosis adecuadas, con los que se esperan respuestas de mejoría de los síntomas entre dos a

cuatro semanas como promedio, dependiendo del tipo de antidepresivo. Es necesario tomar en cuenta algunos aspectos que conllevan a una mejor elección del antidepresivo para cada uno de los pacientes:

- 1) La edad del paciente.
- 2) Determinar si existen antecedentes de buena respuesta a un fármaco en el paciente o en un paciente de primer grado; si existe, seleccionar ese agente, en caso contrario, evaluar las características del paciente y elegir el fármaco más adecuado; considerar su estado de salud, el perfil de efectos secundarios, la conveniencia, el costo, las preferencias del paciente y el riesgo de interacción de medicamentos (Reus, 1998).
- 3) La respuesta que un familiar del paciente haya tenido ante un fármaco antidepresivo.
- 4) La sintomatología depresiva predominante. Por ejemplo, si predomina la abulia, el desinterés, o el retardo psicomotor, se recomienda un antidepresivo con efecto “activante”, como podría ser la imipramina o la desipramina que fundamentalmente actúan sobre la recaptura de noradrenalina. O si predominan síntomas de ansiedad, insomnio y agitación psicomotora se recomienda un antidepresivo con efecto “sedante” como podría ser la amitriptilina, o bien los Inhibidores (ISRS).
- 5) Los efectos secundarios potenciales (LaHaye, 1988; Arieti y Bemporad, 1990; De la Peña y Almeida, 1994; Aguayo y cols., 1998; Reus, 1998).

Asimismo, al elegir el tratamiento antidepresivo para pacientes ancianos deprimidos, o que cursan con alguna enfermedad médica concomitante, también debe tomarse en cuenta:

- a) El diagnóstico médico.
- b) Las posibles complicaciones de dicho diagnóstico.
- c) El tratamiento farmacológico concomitante, para evitar interacciones medicamentosas que pudieran ser riesgosas para el paciente (Aguayo y cols., 1998; Reus, 1998).

La selección y ajuste de las dosis del medicamento antidepresivo son muy importantes para lograr el efecto esperado, sobre todo para mejorar el estado de ánimo y el sueño. Así, al inicio del tratamiento se recomiendan dosis bajas de los distintos

antidepresivos, los cuales se deben incrementar de forma individual para cada paciente. A continuación el Cuadro 3 muestra algunos de los medicamentos que se han utilizado con mayor frecuencia durante los últimos tiempos para el trastorno de la depresión.

Cuadro 3. Medicamentos utilizados en Tratamiento Antidepresivo.

FÁRMACOS/NOMBRE COMERCIAL	LIMITE DE DOSIS TERAPÉUTICA ORAL DIARIA HABITUAL mg/día
Imipramina (Tofranil, Talpramin)	75-300
Amitriptilina (Tryptanol, Anapsique)	75-300
Desipramina (Norpramin)	75-300
Doxepina (Senequan)	75-250
Clomipramina (Anafranil)	100-200
Maprotilina (Ludiomil)	150-450
Amoxapina (Demolox)	150-600
Trazodona (Sideril)	30-90
Miaserina (Tolvon)	20-40
Fluoxetina (Prozac, Fluoxac)	50-200
Sertralina (Altruline)	20-60
Paroxetina (Paxil, Aropax)	50-300
Fluvoxamina (Luvox)	37.5-225
Venlafaxina (Efexor)	20-60
Citalopram (Seropram)	300-600
Moclobemide (Aurorex)	50-100
Hipericum (Remotiv)	75-30

(Morris, 1974; Rogers y Clay, 1975 en Calderón, 1990; Pharmacia Upjohn, 1995; Laboratorios Pfizer, 1995; Laboratorio Química Knoll, 1998; Aguayo y cols., 1998; Reus, 1998).

El papel de los antidepresivos requiere una consideración cuidadosa, en relación a los posibles efectos durante el embarazo y el periodo postparto tanto para la madre como para el niño. Ciertos antidepresivos son relativamente seguros cuando se administran durante el embarazo (en relación al desarrollo de malformaciones congénitas), y en un estudio reciente sobre el desarrollo neurológico de niños expuestos a fármacos antidepresivos durante su vida intrauterina se ha llegado a la conclusión de que los

antidepresivos tricíclicos y la fluoxetina no afectan al CI global, al lenguaje, ni al desarrollo conductual (Wilhelm, 1997).

El antidepresivo ideal no existe; ninguno de los compuestos actuales combina un comienzo rápido de la acción, una relación significativa entre dosis y concentración sanguínea, un bajo perfil de efectos secundarios, una interacción mínima con otros fármacos e inocuidad de la sobredosis. Para seleccionar el antidepresivo más adecuado, es preciso “adoptar un enfoque racional, basado en el conocimiento de las diferencias de actividad farmacocinética y el acoplamiento de las preferencias del paciente, y los datos de la historia clínica con el perfil metabólico y de efectos secundarios de los distintos fármacos”(Reus, 1998 p.2841).

El médico o bien el terapeuta que indica la medicación, debe también dar apoyo, consejo, explicaciones sobre el padecimiento y el tratamiento, así como vigilar la presentación de efectos secundarios incluyendo (monitoreo de signos vitales), ajustar las dosis o suspender la medicación, si es necesario. ‘Este manejo clínico’ es difícil con pacientes deprimidos cuyo pesimismo, poca motivación, baja energía, aislamiento social o culpa, pueden conducirlos al abandono, a la no adherencia al tratamiento o a la suspensión del mismo (Aguayo y cols., 1998).

El tratamiento con medicamentos, una vez que se ha logrado la mejoría, debe continuarse durante cuatro a nueve meses. Paralelamente, debe diseñarse un programa de mantenimiento para evitar las recurrencias, en el que deben integrarse la atención de los aspectos psicosociales por medio de la participación de la familia; fortaleciendo las redes de apoyo, la participación en grupos de autoayuda, así como la relación médico o terapeuta-paciente a través de la comunicación, el desarrollo de la confianza o la interacción psicológica (Aguayo y cols., 1998; Reus, 1998).

Finalmente, es necesario ‘reiterar que la medicación es el tratamiento esencial, si no el único recomendado, para mantener la remisión sintomática en depresiones altamente

recurrentes. No obstante, la evidencia de algunos estudios sugiere un campo más amplio de mejoría si la medicación y la psicoterapia son combinadas para el tratamiento en fase aguda. Hallazgos similares pueden ser esperados para el tratamiento combinado en fase de continuación en algunos pacientes” (Aguayo y cols., 1998 p.45).

La segunda parte del tratamiento es la llamada Fase de Continuación y de Mantenimiento, la cual tiene como meta disminuir la probabilidad de recaída del individuo deprimido. Si los pacientes responden bien o muy bien a la Fase Aguda del tratamiento con medicamentos, en general se deberá continuar con el mismo fármaco a la misma dosis durante 4 a 9 meses después de haber llegado al estado clínicamente estable (Reus, 1998; Aguayo y cols., 1998; Burt, 1998).

En general, se prefiere que la fase de respuesta aguda al medicamento sea seguida por tratamiento de continuación con el mismo medicamento y a la misma dosis, ya que, la discontinuación temprana es usualmente seguida por un 25% de recaída dentro de los primeros dos meses (Berlanga y cols., 1990; De la Peña y Almeida, 1994; Reus, 1998; Burt, 1998).

Posterior a la fase de continuación con duración mínima de 4 a 9 meses, el medicamento debe ser retirado, a menos que sea propuesto un tratamiento de mantenimiento indefinido. Durante los meses siguientes al retiro del medicamento se vigila al paciente para asegurar que no surja un nuevo episodio depresivo (recurrencia). En caso de que el paciente presente secuelas al discontinuar el medicamento, éste debe volver a utilizarse porque la probabilidad de buena respuesta con la misma dosis efectiva utilizada previamente es alta.

La decisión de iniciar psicoterapia durante la fase de continuación depende de los síntomas residuales de paciente, de los problemas psicosociales, antecedentes del funcionamiento psicológico entre episodios, así como del juicio del médico o terapeuta y el del paciente sobre la necesidad de tal tratamiento. El tratamiento combinado (psicoterapia + medicamento) en la fase de continuación es una práctica frecuente, especialmente para

individuos con padecimientos de forma crónica o complejas de depresión que con frecuencia son vistas en un tercer nivel de atención (Aguayo y cols., 1998).

En cuanto a la fase de mantenimiento, este tratamiento está encaminado a prevenir un nuevo episodio de depresión. Por ello, pacientes que han tenido tres o más episodios de depresión mayor son candidatos potenciales para el uso de medicación antidepressiva a largo plazo. Las medicaciones de mantenimiento son en general del mismo tipo y con las dosis efectivas que en el tratamiento de la Fase Aguda.

‘Los pacientes que han presentado tres episodios de depresión mayor tienen un 90% de posibilidad de volver a tener otro. De hecho, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda considerar el tratamiento de mantenimiento para pacientes que han sufrido dos episodios depresivos durante un lapso de 5 años’ (Aguayo y cols., 1998 p.47).

Los parámetros clínicos que se toman en cuenta para definir la medicación de mantenimiento incluyen:

- .Lapso entre episodios previos
- .Severidad de los episodios
- .Riesgo de suicidio durante episodios previos
- .Agudeza del inicio del episodio
- .Preferencia del paciente
- .Experiencia del médico o terapeuta en el manejo de pacientes con depresiones recurrentes (De las Heras, 1989; Aguayo y cols., 1998; Reus, 1998).

No debe olvidarse que es de suma importancia considerar algunos aspectos para que se medique en la fase de mantenimiento: 1) El tiempo apropiado para el mantenimiento puede variar de 1 año hasta “de por vida”, dependiendo de la historia del paciente. 2) Tres o más episodios de un trastorno depresivo mayor. 3) Dos episodios de trastorno depresivo mayor, aunados a cualquiera de las siguientes características: (a) Una historia familiar – como antecedente positivo, bien delimitado en uno o más familiares de primer grado- de

trastorno bipolar; (b)antecedente de recurrencia al año después de la discontinuación de medicación previamente efectiva; (c)una historia familiar de depresión mayor recurrente; (d)inicio temprano (antes de los 20 años) del primer episodio; (e)ambos episodios muy severos, repentinos , o amenazadores de la vida en los últimos 3 años. (Consenso, 1998. ‘Manejo del Espectro Depresión -Ansiedad’).

Nuevamente el médico-terapeuta y el paciente deben discutir los pros y contras del tratamiento de mantenimiento antes de iniciarlo. Los medicamentos de mantenimiento utilizados son aquellos con menos efectos secundarios a largo plazo, ya que la adherencia al tratamiento es un aspecto primordial. Durante las fases de continuación y mantenimiento del tratamiento, las dosis deben ser sostenidas. Alternativamente, las dosis diarias pueden ser aumentadas empíricamente hasta que la remisión de los síntomas sea lograda y el tratamiento farmacológico pueda ser discontinuado. Aunque los medicamentos antidepresivos son generalmente seguros, aún a largo plazo, deben ser discontinuados si no son requeridos (Reus, 1998; Aguayo y cols., 1998).

Entre el 10-20% de los pacientes reportan que algunos síntomas depresivos reaparecen durante el tratamiento de continuación o de mantenimiento, esta reaparición de síntomas es frecuentemente breve, leve y autolimitada.

Por otra parte, los síntomas por discontinuación pueden ocurrir cuando el tratamiento no se cumple regularmente, cuando el tratamiento se interrumpe abruptamente o bien, menos frecuentemente, durante la fase de reducción de la dosis.

Estos síntomas han sido reportados en la literatura cada vez con mayor frecuencia. ‘La reacción por discontinuación regularmente ocurre como un grupo de eventos adversos que emerge dentro de las 24 a 72 horas después de la interrupción del tratamiento y dura de 7 a 14 días. El malestar incluye síntomas somáticos y psicológicos. Entre los somáticos, los más comunes son: sensaciones de pérdida del equilibrio (vértigo o mareo), náusea, vómito, parestesias, sensación de ‘choques eléctricos’, y síntomas como fatiga y letargo. Los síntomas psicológicos reportados son la ansiedad y/o agitación, accesos de llanto e

irritabilidad” (Aguayo y cols., 1998 p.49). ‘El síndrome por discontinuación es generalmente moderado, de corta duración y puede ser reversible mediante la reintroducción de la medicación original o bien de otra similar. Este síndrome puede ser minimizado si cuando se va a retirar el medicamento se disminuyen las dosis paulatinamente. Un esquema de disminución de dos a cuatro semanas es usualmente bien tolerado” (op.cit.). Asimismo, una vez retirado el medicamento, los pacientes deben ser motivados para vigilar sus síntomas. Algunos médicos-terapeutas proveen a los pacientes de escalas de autoreporte para ser llenadas mensualmente para su seguimiento.

Usualmente, ‘las personas que desarrollan un nuevo episodio lo presentan dentro de los 8 meses siguientes a la discontinuación. El tratamiento de éste, si el síndrome completo regresa, debe incluir el mismo tratamiento al cual el paciente respondió previamente, ya que la intervención temprana reduce la prolongación del episodio” (Aguayo y cols., 1998 p.50).

Terapia Psicológica

Es importante denotar que el hecho de mencionar a la Terapia Farmacológica con detalle es parte del proceso que el terapeuta debe manejar para tomar decisiones acertadas e incorporarse con mayor eficacia con otros colegas. Además, en la mayoría de los casos de depresión el individuo es controlado bajo medicamentos y es más confiable que cualquier profesional que incorpore a su trabajo pacientes con padecimientos depresivos conozca claramente algunas de las opciones que autores reconocidos han utilizado obteniendo resultados favorables.

En este apartado se toma en cuenta el aspecto del individuo con respecto a su mente (emociones, sentimientos, la forma en que toma el problema, frecuencia del mismo, etcétera) que pueden ser funcionales para el esclarecimiento de su conducta de interés, sin olvidar que el terapeuta juega un papel fundamental, ya que el individuo depende en gran medida de él para que aprenda a mediar su vida bajo su propia perspectiva aceptando su situación como parte de sí mismo. A continuación se mencionan algunos de los autores que

bajo diferentes modelos teóricos han dado seguimiento y apoyo al tratamiento de la depresión.

La Psicoterapia es el tratamiento por la palabra. En tiempos anteriores de los días de Sigmund Freud, la Psicoterapia era el método más común para el tratamiento de la depresión. Fue utilizado casi con exclusividad a todo otro, hasta el advenimiento del electroshock durante la década 1930-1940. En su definición más simple la Psicoterapia es el tratamiento por medio de la conversación. El paciente deprimido habla libremente con su terapeuta, pero como el paciente está deprimido por “una falla en su esquema pensante, el terapeuta debe examinar los méritos del individuo y cómo justifica su presencia ante los demás. De esa manera le ayuda a entenderse y a mejorar su vida de relación. Dado que la causa desencadenante del proceso depresivo es en gran parte el rechazo o la pérdida de un objeto amado, el terapeuta logra frecuentemente proveerle de un sustituto adecuado”(LaHaye, 1988 p.69). Probablemente el aspecto más terapéutico de la Psicoterapia es que el individuo desesperado que se siente rechazado, desesperanzado y solo, tiene acceso a la paciencia, a la comprensión y a la preocupación del terapeuta. Si el terapeuta logra suplir suficientemente las necesidades del paciente, el método puede hacer las veces de apoyo en el cual se afianzará el deprimido.

El Psicoanálisis es no sólo una psicoterapia, sino también la técnica de la que se derivan las demás. Se basa en que el comportamiento adulto está determinado por los conflictos de la primera infancia. Hay numerosas variantes de la teoría de Freud y de su técnica, pero todas tienen el mismo objetivo: ayudar a quienes adolecen de inseguridad mental o a los pacientes trastornados a evocar recuerdos sumidos en el subconsciente. Cuando sus causas primarias se recuerdan y se comprenden, el trastorno pierde fuerza. Este tratamiento exige muchas visitas al psicoanalista, durante las cuales temas como sueños presentes y pasados, recuerdos, pensamientos y sentimientos, se discuten, se analizan e interpretan. Como requiere varias sesiones de larga duración a la semana por lo menos durante 2 o 3 años, el Psicoanálisis de alguna forma tiende a ser para personas que disponen de tiempo y además de dinero. En la actualidad se manejan aspectos diversos para enfocarse al trabajo con la Psicoterapia en la depresión, tomando en cuenta su extensión,

aplicación, etcétera, las cuales varían mucho; por lo común, implican ciertas sesiones de consejo, durante las cuales el terapeuta examina los problemas del paciente, y ofrece ayuda y recomendaciones sin investigar en detalle las experiencias de la infancia. A veces se trata de un grupo de individuos, dando como ventaja en que los componentes aprenden uno de otro, y la presión sobre un miembro para que adopte una actitud más normal ante las exigencias de la vida procede del conjunto del grupo (Smith, 1991).

Ahora bien, el tratamiento con medicamentos es de vital importancia para el mejoramiento de la depresión, ya que en base a la sintomatología del individuo afectado se toma la decisión de iniciar psicoterapia, que en este caso se propone durante la Fase de Continuación y de Mantenimiento, logrando así una recaída. El objetivo de la Psicoterapia de Continuación es el mismo que el de los medicamentos: mantener al paciente en un estado asintomático. No se han publicado estudios que hubiesen evaluado la respuesta aguda al medicamento seguido de Psicoterapia durante la fase de Continuación. Sin embargo, ha sido la más utilizada tanto por psiquiatras como por médicos no psiquiatras. No obstante, en todos los casos, la fase de Continuación del tratamiento debe ser monitoreada con el objeto de detectar tempranamente la reaparición de la sintomatología. Por otra parte, aunque hay reportes de que la Psicoterapia utilizada durante esta fase constituye un beneficio y proporciona mejores resultados por más largo tiempo, según se establece en dos estudios abiertos de continuación sobre terapia Cognitiva y en un estudio controlado y aleatorio con Psicoterapia interpersonal. Lo cierto es que aún hay escasas evidencias para confirmar o rechazar la utilidad de Psicoterapia sola, una o dos veces por semana durante 6 a 8 meses después de la respuesta en la fase Aguda del tratamiento (Aguayo y cols., 1998).

Por ejemplo, “datos de estudios de seguimiento naturalísticos señalan que el rango de recaída/recurrencia después de que la terapia Cognitiva en la fase Aguda, en aquellos que respondieron, está en el orden del 40-60%. En contraste, sólo un rango de recaída del 23% fue detectado a un año de seguimiento para aquellos que respondieron a terapia Cognitiva y que recibieron dicha terapia de Continuación por 8 meses. Similarmente, el rango de recaída fue de 19% en aquellos que respondieron a la terapia Cognitiva, a la cual

asistieron cada 2 semanas, como terapia de Continuación por 8 meses, comparado con una recaída del 44% para aquellos que tuvieron terapia cognitiva sólo en fase Aguda” (Otto, 1994 en Aguayo y cols., 1998 p.46).

En cuanto a la fase de Mantenimiento, este tratamiento está encaminado a prevenir un nuevo episodio de depresión. “La Psicoterapia de mantenimiento no parece ser efectiva en la prevención de la recurrencia, aunque puede retrasar el inicio del próximo episodio. Por lo menos en sesiones de una vez al mes, no parece ser efectiva para prevenir una recurrencia, aunque puede retrasar por meses la presentación del próximo episodio” (Aguayo y cols., 1998 p.47). Así se mostró en un estudio, donde la ‘Psicoterapia Interpersonal de mantenimiento retardó, pero no previno una nueva recurrencia en pacientes externos con trastornos de depresión mayor altamente recurrente. La eficacia de sesiones más frecuentes de Psicoterapia no ha sido evaluada” (Op.cit.).

Sin embargo, esta psicoterapia en pacientes seleccionados con riesgo de recurrencia puede tener un rol importante, si éstos han tenido una adecuada respuesta al tratamiento farmacológico en fase Aguda y de Continuación. Asimismo, la Psicoterapia como único tratamiento para prevenir la recurrencia del trastorno depresivo mayor, no se ha recomendado generalmente, a excepción de situaciones clínicas específicas, tales como el embarazo (Aguayo y cols., 1998).

Durante las fases de Continuación y Mantenimiento, es necesario aclarar que la duración óptima de la Psicoterapia, utilizada como complemento al medicamento para resolver problemas psicosociales asociados, no ha sido establecida; en la práctica, esto se determina a nivel individual, basándose en la mejoría o solución de problemas asociados (Reus, 1998).

No obstante, durante la fase de Continuación de Psicoterapia sola, el paciente usualmente establece un contrato con el terapeuta para visitas de seguimiento a una frecuencia indicada por el tipo de terapia y el grado de necesidad del usuario, “puede ser una a tres veces al mes” (Aguayo y cols., 198 p.50). Si el individuo está en la fase de

Continuación o de Mantenimiento del tratamiento y está recibiendo Psicoterapia junto con medicamentos, las visitas para Psicoterapia “pueden ser necesarias semanalmente hasta por 20 sesiones como promedio. Asimismo, una vez que la Psicoterapia es descontinuada, el personal tratante debe todavía ver al paciente al menos una vez cada dos a tres meses para evaluar los síntomas, reforzar la adherencia y observar los efectos colaterales del medicamento hasta que éste sea suspendido”(Op.cit.).

Las Psicoterapias Cognitivo-Conductuales se han encaminado a corregir “las distorsiones cognoscitivas y los errores habituales y específicos en el proceso de pensamiento, porque la estrategia genera de tratamiento, es una mezcla de técnicas de modificación de conducta y de procedimientos de tipo verbal.”(Zumaya, 1993 p.40). Estas técnicas están diseñadas para ayudar al individuo en la identificación y una posible corrección, por medio de la prueba de la realidad de las concepciones distorsionadas y sus creencias disfuncionales que subyacen a estas cogniciones. Asumiendo que si se piensa y se actúa en forma más realista y adaptativa con énfasis en el aquí y ahora de los problemas tanto situacionales como psicológicos, se espera que el deprimido experimente una mejoría en los síntomas y en la conducta, como se ha explicado con anterioridad de acuerdo con la fase de Continuidad y Mantenimiento (Shaw, 1988 en Zumaya, 1993). Este tipo de concepciones ha llevado al surgimiento de la llamada Terapia Racional Emotiva (TRE) propuesta por Ellis (1962) la cual se basa en la idea de que tanto las emociones como las conductas son producto de las creencias de un individuo, de su interpretación de la realidad. La meta fundamental de la TRE es asistir al individuo en la identificación de sus pensamientos “irracionales o disfuncionales” y ayudarlo a reemplazar dichos pensamientos por otros más “racionales o efectivos”, que le permitan lograr con más eficacia metas de tipo personal como el ser feliz, establecer relaciones con otras personas, etcétera (Ellis y Becker, 1982 en Caballo, 1991).

Utiliza un modelo (A,B,C,D y E) para explicar los problemas emocionales y poder determinar la intervención terapeuta para ayudar a resolverlos, tiene como eje primordial la forma de pensar del paciente, la manera como el individuo interpreta su medio ambiente y sus circunstancias y las creencias que ha desarrollado sobre sí mismo, sobre otros

individuos y sobre el mundo en general (Ellis, 1975 en Caballo, 1991). Si estas interpretaciones o creencias son “lógicas” y dificultan la obtención de las metas establecidas por el individuo, reciben el nombre de “irracionales”. Esto no significa que la persona no razona, sino que razona mal, de manera inadecuada, ya que llega a conclusiones erróneas. Si por el contrario, las interpretaciones o inferencias del paciente están basadas en datos empíricos y en una secuencia científica y lógica entre las premisas y conclusiones, sus creencias son racionales, ya que el razonamiento es correcto y la filosofía básica de esa persona es funcional (Ellis y Becker, 1982 en Caballo, 1991).

En la TRE se distinguen dos categorías de las perturbaciones psicológicas humanas “la perturbación del yo, (en donde la persona se condena a sí misma como resultado de realizar exigencias de tipo absolutista sobre sí misma, los demás y el mundo) y las perturbaciones de la incomodidad (en donde la persona hace otra vez exigencias sobre uno mismo, los otros y el mundo), pero estas exigencias reflejan la creencia de que “tienen que” existir condiciones como la comodidad y la vida cómoda” (Caballo, 1991 p.479).

Ellis señala que los humanos hacen numerosas clases de suposiciones ilógicas cuando están trastornados. La teoría de la TRE mantiene que dichas distorsiones casi siempre provienen de los “debo de”. Abajo se listan las 12 ideas irracionales comunes que, de acuerdo con Ellis (1977 en Caballo, 1991), son muy frecuentes en el pensamiento de muchas personas. Mientras que muchos de nosotros compartimos este tipo de pensamiento, la dependencia extrema de estas creencias puede ser muy debilitante.

1. La idea de que debes, sí, debes obtener casi todo el tiempo el amor sincero y aprobación de todos aquellos que consideras importantes.
2. La idea de que debes probar que eres competente, adecuado y con logros en todo o que debes, al menos tener, una competencia o talento verdadero en algo importante.
3. La idea de que las personas que te dañan o cometen fechorías deben calificarse como individuos generalmente malos, perversos o como villanos y que debes culparlos, maldecirlos y castigarlos con severidad por sus pecados.

4. La idea de que la vida resulta espantosa, terrible, horrible o catastrófica cuando las cosas no salen como tú las quisieras.
5. La idea de que la desgracia emocional proviene de presiones externas y que tienes poca capacidad para controlar tus sentimientos o para liberarse de la depresión y hostilidad.
6. La idea de que si algo parece peligroso o temible, debes ocuparte de ello y sentirte afectado terriblemente.
7. La idea de que e será más fácil evitar, enfrentar muchas de las dificultades y responsabilidades propias en la vida que someterte a algunos tipos recompensantes de autodisciplina.
8. La idea de que tu pasado es sumamente importante y que, debido a que alguna vez algo influyó de manera notable sobre tu vida, tiene que continuar determinando tus sentimientos y conductas hoy día.
9. La idea de que las personas y cosas deben resultar mejores de lo que son y que tienes que considerar que es espantoso y horrible si no encuentras con rapidez buenas soluciones para las confusiones de la vida.
10. La idea de que puedes lograr la felicidad por inercia y falta de acción o “disfrutando de la vida” con pasividad y sin compromisos.
11. La idea de que debes tener cierto grado elevado de orden y certidumbre para sentirte cómodo o que necesitas depender de algún poder sobrenatural.
12. La idea de que te das una calificación global como ser humano y que tu valía y autoaceptación generales dependen de la bondad de tu ejecución y del grado en que las personas te aprueban (Phares, 1992).

Con base en el trabajo de Ellis (1962), Goldfried y Davison (1976 en Phares, 1992) aceptan el concepto de que gran parte de la conducta desadaptativa se determina por las maneras en que las personas interpretan su mundo o por las suposiciones que hacen acerca de éste. Si esto es cierto, en consecuencia el terapeuta conductual debe enseñarle a los pacientes a etiquetar las situaciones de modo más realista para que puedan, al final, obtener mayores satisfacciones. A fin de facilitar que un paciente reestructure los eventos, en ocasiones el terapeuta puede emplear argumentos o discusión en un intento por hacer que la persona vea la irracionalidad de sus creencias. Además de proporcionarles a los pacientes

un análisis racional de sus problemas, el terapeuta puede intentar enseñarles a ‘modificar sus oraciones internas’. Es decir, se puede enseñar a que, cuando comiencen a sentirse incómodos en situaciones reales, deben hacer una pausa y preguntarse a sí mismos qué se están diciendo acerca de dichas situaciones. En otros casos, el terapeuta puede hacer que los sujetos imaginen dentro de terapia situaciones problemas particulares. Todo esto se puede combinar con ensayo conductual, tareas en vivo, formularios de autoayuda, modelamiento, premios, castigos, ejercicios para atacar la vergüenza, ejercicios de correr riesgos, etcétera (Caballo, 1991).

Bajo el punto de vista Conductual se ha intentado tratar el fenómeno de la depresión de varias maneras, permitiendo así obtener un tratamiento adecuado a las necesidades del individuo con tal problema. Este enfoque se caracteriza por un comportamiento evidente y específico, por precisar con claridad las metas terapéuticas, formular los procedimientos específicos para abordar determinados problemas y evaluar en forma objetiva los resultados de la terapia. En sí, esta terapia tiende a que el usuario adquiera un nuevo comportamiento eliminando la conducta inadecuada y reforzando a la vez el sostenimiento de la nueva pauta comportamental.

Ferster (1973 en Guerrero e Hidalgo, 1992) considera a la depresión en función directa con el medio ambiente, cuya interacción aumenta o disminuye la probabilidad de actividad reforzada positivamente. Considera que existen tres factores que solos o en combinación provocan una disminución de reforzadores y por tanto contribuyen al desarrollo de la reacción depresiva. Primero, programas de reforzamiento exagerado, es decir, cuando se requieren muchas respuestas para obtener un reforzamiento. Segundo, la presencia de ansiedad que puede reducir la frecuencia de repertorio operante del sujeto. Tercero, cambios súbitos en el medio ambiente, que también pueden provocar una disminución en la frecuencia conductual, especialmente si el estímulo discriminativo de conductas presentes es removido, por ejemplo, a través de la pérdida de un ser querido. Además de estos tres procesos existe otros que conducen a una pérdida de conducta y consecuentemente a un estado depresivo al incrementar o decrementar ciertas conductas que el sujeto emitirá.

La teoría del aprendizaje y las teorías conductuales dan un nuevo enfoque al estudio de la depresión. Seligman (1974,1976), hipotetiza que la gente se deprime cuando siente una pérdida de control sobre sus experiencias que han sido reforzadas positivamente (incapacidad aprendida), piensa que algunos individuos expuestos a estímulos aversivos que no pueden evitar responden con pasividad e impotencia a situaciones en lo futuro. La ausencia de estímulos reforzantes es la causa más importante para que se desarrolle la depresión. Asimismo, los conductistas enfocan al aprendizaje y las consecuencias del medio ambiente, por lo que consideran a los síntomas de la depresión como resultados de problemas en la interacción del sujeto con el medio ambiente; tal es el caso de Lewinsohn (1976 en Lewinsohn y Rosenbaum, 1987) quien desarrolló la opinión de que la depresión resulta de la pérdida o reducción de reforzamiento del medio ambiente.

Para lograr que el sujeto participe más frecuentemente en actividades recompensantes y/o eleve su nivel de actividad, se han desarrollado estrategias que permiten de manera observable modificar la conducta de interés, algunas de ellas se mencionan a continuación: el manejo de contingencias y entrenamiento de habilidades para incrementar el reforzamiento de conductas reforzables cuando existe déficit en reforzamiento de conductas depresivas o exceso de castigo. Se han utilizado también el entrenamiento de autocontrol, entrenamiento de asertividad, entrenamiento de relajación, etcétera (Guerrero e Hidalgo, 1992; Norberto, 1997).

Manejo de Contingencias. Consiste en la presentación y retiro de contingentes de recompensas y castigos al sujeto cuando éste realiza determinado comportamiento adecuado o inadecuado. En este sentido es importante saber que recompensa y/o reforzadores pueden manipularse y ser más efectivos para el individuo, así como las conductas que se requieren alterar.

En sí, son básicos el reforzamiento positivo y negativo, el castigo y la extinción. El reforzamiento positivo es el aumento en la frecuencia de una respuesta seguida por un evento favorable; el reforzamiento negativo se refiere al incremento en la frecuencia de una respuesta al eliminar un evento aversivo inmediatamente después de que se presenta la

conducta. El castigo consiste en la presentación de un evento aversivo, o bien en la eliminación de un evento positivo, enseguida de la ejecución de la respuesta, por lo que hay una disminución en la frecuencia de esa respuesta y finalmente la extinción, la cual consiste en cesar el reforzamiento de una respuesta, lo cual da como resultado la reducción o eliminación eventual de la conducta de interés (Kazdin, 1978; Rimm y Masters, 1982; Guerrero e Hidalgo, 1992; Norberto, 1997).

Entrenamiento Asertivo. Wolpe (1958) consideraba las respuestas afirmativas como un ejemplo del modo en que funciona la inhibición recíproca. Es decir, es imposible comportarse de manera afirmativa y ser pasivo al mismo tiempo. Las situaciones que en determinada ocasión provocan ansiedad, ya no lo hacen porque la conducta asertiva la inhibe (Phares, 1996).

Originalmente, el entrenamiento en asertividad se diseñó para tratar personas cuya ansiedad parecía derivarse de un modo tímido de enfrentar las situaciones. En la actualidad se han desarrollado una serie de programas de entrenamiento para trabajar con otro tipo de padecimientos donde se incluye a la depresión. Esta técnica se aplica a situaciones interpersonales y es de utilidad para propiciar un cambio en las actitudes del individuo, se emplea con personas que tienen dificultad para expresar su enojo o disgusto, los que no pueden decir no, o quienes tienen dificultad para expresar su afecto. Se pide al individuo que represente el papel de otra sintiéndolo al máximo con lo cual aumenta la posibilidad de aceptación de la nueva posición al introvisar y buscar razones y argumentos que le parecerán más convincentes y positivos (Phares, 1996; Norberto, 1997).

Desensibilización Sistemática. Es una de las técnicas utilizadas en la terapia conductual para extinguir conductas reforzadas negativamente creando una respuesta antagónica. Wolpe (1979 en Norberto, 1997) desarrolla esta técnica en la que el objetivo es tratar la ansiedad, implicando el entrenamiento de la relajación. La premisa fundamental es que al estar relacionada la tensión muscular con la ansiedad, es preciso lograr que los músculos tensos se aflojen experimentando así una reducción de la ansiedad. Para lograr la relajación muscular es necesaria la ejercitación de la tensión y relajación alternadas de los diferentes

grupos musculares, trabajando de manera gradual. Tal técnica se aplica por lo general cuando un paciente tiene la capacidad para responder adecuadamente a una situación en particular (o clase de situaciones) y sin embargo reacciona con ansiedad, temor o evitación. La desarrollaron Salter (1949) y Wolpe (1958 en Phares, 1996) se basan en el principio de apariencia simple de que uno no puede estar relajado y ansioso de manera simultánea. La idea consiste en enseñar a los pacientes a relajarse y entonces, mientras se encuentra en tal estado se introducen gradualmente series de estímulos productores de ansiedad que va en incremento. En un momento dado, el individuo se desensibiliza a los estímulos productores de temor en virtud de haberlos experimentado mientras estaba en un estado de relajación. La desensibilización comienza con la recopilación de la historia acerca del problema del individuo por medio de entrevistas y, con frecuencia incluye la aplicación de cuestionarios. Como siguiente punto toma en cuenta si el individuo es un buen candidato para este tipo de técnica. A continuación se le explica al cliente su problema (incluyendo ejemplos de la vida del paciente y que cubran el modo en que adquirió y mantiene las ansiedades). Después se explica la fundamentación. Los siguientes dos pasos implican el establecimiento de la jerarquía de ansiedad y entrenamiento en relajación. En la jerarquía se realiza un análisis acerca de problemas específicos, las situaciones en las que ocurren y su desarrollo, paciente y terapeuta trabajan en conjunto para construir una jerarquía. Se aíslan los temas recurrentes y después se ordenan en términos de su poder para inducir ansiedad. En el procedimiento de desensibilización se le pide al individuo que imagine el elemento más débil en la jerarquía (inciso que provoca menos ansiedad) mientras se encuentra por completo relajado. El terapeuta describe la escena y el paciente imagina (durante cerca de 10 seg.) que se encuentra dentro de ella. El terapeuta hace que la persona avance de manera gradual por la jerarquía. En caso de que se provoque un nivel de ansiedad elevado, se le instruye al paciente a dar una señal, momento en el cual el terapeuta le pide que deje de visualizar la escena. Entonces el terapeuta le ayuda al individuo a relajarse una vez más. A lo largo de un periodo de varias sesiones, el individuo podrá imaginar el inciso más alto de la jerarquía sin sentirse incómodo (Phares, 1996).

Tratamiento en el Modelo de Lewinsohn. El objetivo principal de este modelo es establecer tasas adecuadas de reforzamiento positivo contingente a las respuestas, en la

vida de la persona. Si la persona deprimida experimenta también altas tasas de eventos aversivos, éstas deben disminuir en frecuencia, modificando así la frecuencia, calidad y rango de interacciones sociales y actividades de la persona. En este tratamiento, las metas y estrategias son altamente individualizadas, tomando en cuenta que es una terapia de tiempo limitado y estructurado, en donde el cliente juega un papel activo. La duración del tratamiento es de 12 semanas, con un rango de uno a tres meses. Las etapas de este tratamiento se describen a continuación:

1) Fase de Evaluación Diagnóstica. Es necesaria para determinar la naturaleza, severidad y subtipo de problema presente en el individuo. Para este fin se utilizan una combinación de entrevistas y medidas de autoreporte.

2) Fase de Conceptualización. Aquí se discute el por qué de este tratamiento y se incrementa la información de la persona acerca de cómo el ánimo disfórico se vincula a eventos específicos. Se “desmistifican” sus problemas y se redefinen de manera que incrementa la percepción de control. Una vez que se han redefinido los síntomas depresivos quedan como problemas específicos que pueden ser resueltos.

3) Análisis Funcional. Es necesario realizar este análisis para localizar persona-medio-ambiente específicos relacionados a la depresión del individuo y pueden generarse las metas de tratamiento adecuadas, para lo cual se utiliza el Programa de Eventos Agradables y de Eventos Desagradables. Las respuestas de las personas a estos programas sirven para elaborar un programa de actividades individualizado, el cual contiene los 80 eventos más agradables y 80 más desagradables. Este programa se utiliza en ejercicios de monitoreo diario.

4) Ejercicios de Monitoreo de Actividad y Animo. Son utilizados para desarrollar y refinar metas de tratamiento específicas. Las fluctuaciones de ánimo son evaluadas utilizando la lista de Adjetivos de Depresión de Lubin (1965) y las actividades agradables y desagradables que se registran. Los pacientes son enseñados a graficar los datos del monitoreo diario, para demostrar la asociación entre eventos de ánimo como agradables y

desagradables. Aquí es donde las tácticas que de manera general se dividen en tres categorías:

a) Intervenciones Medioambientales

Cambiar aspectos del medio ambiente que están relacionadas a fluctuaciones de ánimo. Las intervenciones medioambientales son especialmente útiles cuando el medio del individuo es altamente empobrecido y/o aversivo. Una intervención de este tipo implica el cambio de lugar físico y social sin olvidar que también puede emplearse el manejo de contingencias, la cual implica un cambio de las consecuencias de ciertas conductas.

b) Entrenamiento de Habilidades

Enseñar al individuo habilidades concretas que puedan ser utilizadas para cambiar interacciones medioambientales negativas y habilidades para mantener estos cambios después de que la terapia haya terminado. Tal entrenamiento implica generalmente introducción didáctica a las habilidades, modelamiento e instrucción por el terapeuta, juego de roles y ensayo, práctica por el paciente dentro y fuera del tratamiento y finalmente la aplicación de estas habilidades en la vida diaria.

c) Habilidades Cognitivas

Enseñar al cliente a mejorar lo agradable y a reducir lo desagradable en cuanto a las interacciones persona-medio-ambiente. Se pueden facilitar cambios en la manera de pensar de los individuos sobre su realidad, además de enseñarle a discriminar entre pensamientos negativos y positivos, necesarios, constructivos y destructivos.

Por lo general, se les da entrenamiento de relajación, puesto que la alta ansiedad es incompatible con la experiencia del placer y tiende a hacer los eventos desagradables más aversivos. Por último el paciente como el terapeuta desarrollan un programa de prevención-mantenimiento para mejorar la generalización del tratamiento (Norberto, 1997).

Entrenamiento de Autocontrol. Generalmente las personas muestran un patrón de conducta de autoderrota o daño o bien se involucran con poca frecuencia en ciertas conductas. El programa de autocontrol implica esfuerzos simultáneos para aumentar la

probabilidad de respuestas y disminuir a la vez, otro tipo de respuestas. El autocontrol está ligado en sí al autoreforzamiento, es decir, hay libre acceso a la recompensa, pero no se participa de ella hasta el momento en que se ha efectuado la respuesta deseada. Este procedimiento se implementa más fácilmente en una etapa temprana de la cadena de respuestas. Ahora bien, los requisitos de respuesta deben ser lo suficientemente modestos para hacer que aumenten las probabilidades de que el individuo continúe con sus metas conductuales. En este sentido es preciso subrayar que no muestre una actitud de todo o nada en relación a su conducta problemática. El autocontrol implica la participación activa del individuo en el proceso de terapia, a todos los niveles, desde la recopilación de información, especificación del problema, planificación de la intervención, la intervención misma y finalmente la evaluación de los resultados. Las sesiones de la terapia son de manera grupal altamente estructuradas, de tiempo limitado, en donde el individuo asiste de 6 a 12 sesiones de una hora y media, una vez por semana. Durante la fase de automonitoreo se puede comentar que su objetivo es dar información de cómo los eventos del medioambiente afectan el ánimo del individuo, se deja tarea para casa puesto que diariamente se tomará registro de la conducta de interés y además de su estado de ánimo. En la fase de autoevaluación, las actividades de planeación y toma de decisiones son el objeto de discusión, ya que el paciente se enseña a tener patrones de autoevaluación realistas y a descomponer los objetivos en subjetivos y evitar objetivos largos e inalcanzables. En la fase de retribución, se lleva a cabo un análisis de los eventos recientes que el individuo autoregistra. Tales atribuciones depresivas son analizadas por evidencia y son consideradas las explicaciones alternativas. Durante la fase de autoevaluación, el paciente es enseñado a incrementar el uso de autoreforzamiento contingente. Generalmente, el individuo elabora una lista de actividades recompensantes que pueden ser fácilmente realizadas y sirven como reforzadores para ir completando una meta más difícil (Rimm y Masters, 1982 en Norberto, 1997).

El Tratamiento Cognitivo se centra en las distorsiones interpretativas y creencias individuales, las cuales se presume están fundamentadas en la depresión de éstos, la meta es cambiar tales patrones de pensamiento, utilizando la sustitución de cogniciones

negativas distorsionadas por interpretaciones orientadas de manera real, corregir errores lógicos, detención de pensamientos, etcétera (Norberto, 1997).

Se ha mostrado que los procesos cognoscitivos se relacionan con cierto número de trastornos como la depresión, esquizofrenia, ansiedad y otros. Considerando a la depresión como un trastorno caracterizado por tristeza, falta de interés en las actividades, y a menudo otros síntomas como perturbaciones del sueño y del comer. Muchos procesos cognoscitivos de atribución se asocian con la depresión, por ejemplo, los individuos deprimidos tienden a verse a sí mismos como fracasados, a ver su mundo lleno de pérdida, a sentirse pesimistas y desesperanzados sobre el futuro, y a atribuir eventos estresantes y situaciones negativas a sus propias acciones. Estas creencias se encuentran relacionadas a diversos síntomas de depresión así como a interacciones reducidas con los demás y a la falta de interés en las actividades. Los pensamientos o intentos suicidas que suelen asociarse con la depresión, se han identificado con eventos incluso más específicos. Tanto en niños como en adultos la creencia de que el futuro no tiene esperanza, más que otras características de la depresión (como la tristeza) y más que la gravedad de la misma, se encuentra relacionada con ideación, intento de suicidio. Se encuentran disponibles muchas formas de psicoterapia y medicación para personas deprimidas. Un tratamiento efectivo, conocido como terapia cognitiva, se enfoca de manera directa en alterar el sistema de creencias de las personas deprimidas (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979 en Kazdin, 1982).

La mayoría de las técnicas con base cognoscitiva se aplican en el contexto de sesiones de psicoterapia en las que terapeutas profesionales tratan a niños, adolescentes y adultos de manera individual o grupal; dicho tratamiento se centra en procesos específicos diseñados para modificar la conducta. Este contexto es distinto de los escenarios de aplicación donde las contingencias en el ambiente las manejan los padres, maestros, personal de hospital, compañeros y otras personas en situaciones en las que han surgido las conductas problema. Sin embargo, no es fácil describir de manera clara cómo y quién administra las técnicas con base cognoscitiva, ya que a menudo éstas se emplean como procedimientos de autocontrol en los cuales los individuos aprenden una técnica particular que pueden aplicar conforme se necesite a las situaciones en la vida diaria. También en

muchas aplicaciones, se ha entrenado a padres y maestros para ayudar a los niños en el hogar y la escuela; por ejemplo, los tratamientos con base cognoscitiva a veces se utilizan en los salones de clases como un método para impedir conducta disfuncional y promover competencia prosocial. Por último, las técnicas de reforzamiento y castigo en los escenarios de aplicación (Weissberg, Caplan y Harwood, 1991).

El principal exponente de esta postura es Aarón Beck (1967 en Guerrero e Hidalgo, 1992; Alvarez y Alfonso, 1991) quien desarrolló un concepto de la depresión basado en la triada cognoscitiva que consta de una percepción negativa de sí mismo, del mundo y del futuro. Esta técnica fue pensada especialmente, en un principio para problemas de depresión y en la actualidad es de las más empleadas. Para poder realizar una terapia cognitiva es importante tomar en cuenta ciertos pasos: 1)Formar al cliente en los principios de la terapia cognitiva. Para realizar esta tarea se le explica al individuo los puntos principales de la teoría (esquema cognitivo, triada cognitiva ‘errores lógicos’, pensamientos automáticos, etcétera y la necesidad de llegar, mediante las técnicas oportunas, a un cambio de sus pensamientos. 2)Enseñar al individuo a detectar los pensamientos automáticos y comprobar su relación con el estado de ánimo. La manera más adecuada de cubrir con este requisito es la de pedir al paciente que realice un autoregistro que comprenda: estado de ánimo, hecho y pensamiento de cada uno de los episodios más relevantes de la semana. 3)Conseguir, generalmente mediante la utilización de técnicas conductuales y cognitivas, una rápida remisión de la sintomatología depresiva, tanto a nivel conductual como cognitivo. Las técnicas conductuales a utilizar pueden basarse de acuerdo al análisis funcional, mientras que para las técnicas cognitivas se puede dar énfasis a la retribución, la búsqueda de alternativas y la confrontación con la realidad. Estas técnicas, que el terapeuta puede utilizar en un principio, a partir de las anotaciones del autoregistro del individuo se suelen desarrollar empleando el formato de las tres columnas, A,B,C,D y E (hecho, pensamiento, sentimiento, puesta en duda y efecto posterior) del esquema de Albert Ellis. 4)Modificación de las ideas o supuestos depresivos de los que parten los pensamientos automáticos y que son la causa principal de la depresión. Beck, como todo terapeuta cognitivo, supone que la causa principal de cualquier trastorno, y más en el caso de tal problema depresivo, son una serie de ideas, filosofías o presupuestos cognitivos que

actúan como filtro a través del cual se percibe la realidad. Por último, al darse cuenta el terapeuta de que el paciente obtuvo resultados favorables se le permite terminar con la terapia y proponer la fase de seguimiento, la cual se lleva a cabo en sesiones espaciadas aproximadas de un mes en un periodo de un año, claro, esto depende de las características del individuo tratado. Es necesario observar a la persona por cierto tiempo para determinar si el cliente se encuentra listo para afrontar su vida de manera “idónea” y no llegar a una recaída (Alvarez y Alfonso, 1991).

Posteriormente Kovacs (1977 en Guerrero e Hidalgo, 1992), modifica este modelo para niños, planteando que los disturbios emocionales incluyendo los depresivos, son causados por desequilibrios en el pensamiento en un nivel consciente. La meta de esta terapia es corregir el pensamiento desequilibrado a través de la examinación lógica y directa de la perspectiva del paciente para así gradualmente tome un punto de vista real de sí mismo, de su medio ambiente y de su destino.

El Control Cubierto es una forma más de trabajar con el problema depresivo, su objetivo es prevenir la presentación de conductas finales de desadaptación por medio de bloqueo de respuestas cubiertas tempranas en la cadena. Por definición, un “coverante” es una operación cubierta, es una respuesta “mental” no observable pero que está sujeta a los mismos principios de modificación de conductas utilizados en las respuestas abiertas u observables (Mahoney, 1983 en Norberto, 1997).

La Detención del Pensamiento fue propuesta por Bain (1928 en Norberto, 1997) determina que es un procedimiento diseñado para eliminar o suprimir reflexiones indeseadas. Esta técnica es directa, se intenta que el individuo se introduzca en pensamientos que producen ansiedad y de manera repentina el terapeuta da la instrucción de parar “alto”. Una vez que se ha realizado en diferentes ocasiones, la ubicación del control pasa de terapeuta al paciente, quien emitirá la palabra “alto” al igual que el terapeuta, antes de tener pensamientos mediativos de autoderrota.

En resumen, en relación con el tratamiento farmacológico, hay en la actualidad numerosos medicamentos con potente efecto antidepresivo. Aunque las respuestas al fármaco son en general de carácter individual hay algunos parámetros que pueden orientar a la utilización de uno u otro medicamento. En esta selección se deben considerar ciertas condiciones del paciente como la edad, el tipo de síntomas que presente, la ocurrencia de otros trastornos y tratamientos médicos además de la severidad del padecimiento.

En principio, tanto los antidepresivos tricíclicos, como los de segunda generación y los Inhibidores, han mostrado acciones antidepresivas. No obstante, hay ciertas características que los hacen diferentes y permiten su utilización teniendo como cualquier medicamento ventajas para algunos pacientes y desventajas por otro lado.

Una vez que se ha logrado el efecto deseado con los medicamentos antidepresivos, éstos deben continuar administrándose durante por lo menos 4 meses, sabiendo que en muchos de los casos el paciente debe continuar el tratamiento farmacológico hasta por un año o más, después de lo cual la medicación debe retirarse en forma gradual con el objeto de no producir un síndrome de discontinuación.

Paralelamente al tratamiento farmacológico debe ponerse también atención a los aspectos psicosociales, ya que, por medio de la participación de la familia, el fortalecimiento de las redes de apoyo y la relación terapeuta-paciente, se realiza con mayor eficacia una intervención psicológica logrando así una mayor recuperación en el paciente.

En la mayoría de los casos de depresión se lleva a cabo un tratamiento psicológico, ya que el individuo que es tratado sólo con medicamentos no tiene cubiertas todas las áreas que lo integran en donde puede haber recaídas, esto es, cada paciente tiene ciertas características tomando en cuenta los cuadros sintomáticos y causales que presenta durante el periodo depresivo. Por tal motivo, es importante denotar que aunque existe una serie de tratamientos por medio de los cuales la depresión puede ser tratada, lo que es primordial es el interés que se ponga en el paciente para obtener así un mayor panorama de la situación

actual del deprimido dando pauta a crear resultados favorables y que el individuo permita la utilización de técnicas terapéuticas que pueden ser funcionales para su caso particular.

Cada modelo teórico tiene sus propias bases e interpretaciones acerca de la depresión, por ejemplo, en el Psicoanálisis, la depresión es el resultado de una pérdida real o simbólica. No se expresan la pena y enojo consecuentes sino que permanecen inconscientes, con lo cual se debilita al yo. Con frecuencia, el objeto perdido se considera ambivalente y el objeto perdido se vuelca hacia el interior y produce odio hacia uno mismo y desesperación. Una forma de tratar este problema es a través de la terapia expresada por la palabra, esto es, que el terapeuta escucha al individuo permitiéndole expresarse plenamente sin inhibiciones, y son tomados en cuenta los aspectos que de manera inconsciente se van incorporando a las sesiones de trabajo terapéutico.

En cambio bajo la postura Conductista se menciona que la depresión es el resultado de reforzadores inadecuados o insuficientes. Ciertas conductas ya no reciben recompensas de modo que la persona deja de hacerlas. Tal reducción en reforzamiento se deriva de una variedad restringida de estímulos que son reforzantes para la persona, falta de disponibilidad de estos reforzadores y falta de habilidad de la persona para obtener tal reforzamiento. Bajo este enfoque el tratamiento se centra en la conducta observable por medio de la cual el terapeuta puede trabajar con reforzamiento, castigo, extinción, economía de fichas, etcétera, que son funcionales para obtener un cambio en la conducta del deprimido.

Por otro lado, hay teorías que contemplan los procesos cognitivos como punto de focalización para el tratamiento depresivo, en este caso se refiere al modelo Cognitivo, en donde se considera importante la manera, forma e interpretación de lo que cada individuo piensa de sí mismo y los demás, esto es, el sí mismo, el mundo y el futuro se ven en términos pesimistas, activando así los esquemas negativos que, entonces, se vuelven posterior evidencia, ante los ojos de la persona, de una perspectiva carente de esperanza. Aaron Beck es uno de los pioneros en manejar este tipo de pensamiento, toma como base su proposición llamada triada cognitiva en donde el sujeto aprende a modificar sus

pensamientos negativos por positivos, obteniendo así un mayor reconocimiento sobre sí mismo.

Todo este cúmulo de información permite dar paso a un mayor desenvolvimiento dentro del tema de la depresión, lo cual se ha obtenido de acuerdo a investigaciones que han llevado tiempo e interpretación, para así, lograr un mejoramiento en cada individuo que se involucre en cualquier estado depresivo. Este tipo de padecimiento involucra todas las áreas del individuo, es por eso que hay que tomar en consideración en todo momento todas las características que de manera individual se presenten en cada caso.

CONCLUSIONES

Al realizar tal recopilación permite contar con un panorama más amplio acerca de la Depresión, sin embargo, como en cualquier otro tema, siempre va a existir controversia, rechazo, se emitirán juicios de valor, entre muchas otras cosas que a primera vista son fracasos para muchos, pero es una manera de seguir investigando y no estancarse en ello. Muchos investigadores se encuentran a favor de una clasificación diagnóstica (sobre todo de tipo psiquiátrico), este grupo considera como la mejor forma de elaborar una taxonomía. En realidad, tal clasificación conlleva la emisión de juicios a nivel social que tienen mucho peso, por el criterio individual, por el contexto social bajo el cual se desenvuelve la conducta, que propicia tal controversia al no tener validez tales clasificaciones, observando desde una posición en el área psicológica, ya que no se trabaja con el cliente como un caso único sino que se llega a una descripción de conductas y no se trabaja en eventos psicológicos.

El escudriñar cada caso te hace crecer tanto personal como socialmente, pues los clientes aportan tantas cosas, que hay que estar preparados para recibir la mayor información posible. Además esto permite conocer más acerca de las situaciones que para el cliente en determinado momento son un conflicto, y esto a su vez permite como terapeuta conocer, investigar y aprender los fenómenos que se suscitan a nuestro alrededor y en nuestro propio contexto.

El Psicólogo facilita los procesos de aprendizaje, para así enriquecer y dar herramientas que permitan al cliente sentirse apto para cualquier situación que se le presente, tal vez agradable o no para cada individuo. Es de suma importancia mostrar como terapeutas las herramientas que le permitan al cliente reaccionar de manera favorable (claro a su parecer), ante la situación que le provoca incomodidad, sin olvidar que ellos mismos con sus propuestas, actitudes, aptitudes, etcétera, tienden a encontrar la respuesta y dirección a su propia forma de vida.

De ahí que, la intensidad de cualquier conducta sea determinante para detectar que hay un problema o situación que de manera individual te provoca un conflicto. Al perder el control de cualquier situación surge tal conflicto, lo cual produce una respuesta ya sea de manera cognitiva o conductual.

Lo que provoca un conflicto son “los debo, el tengo y el hubiera” que no permiten manejarse al cliente libremente ante el ambiente en el cual se desenvuelve, ya que se encuentra en un contexto donde el tipo de actitud hacia la vida la deciden otras personas en muchas ocasiones.

Gracias a la observación de esta temática, se logra constatar que cada uno de nosotros formamos parte del contexto y que a cualquiera en determinado momento pueden suceder ciertos desajustes, los cuales no permiten que el individuo se sienta apto para desenvolverse en su medio y esto provoque alguna reacción. Pese a los esfuerzos realizados por mucha gente, aunque sea difícil de asimilar, el medio o factor ambiental es sumamente demandante, por lo tanto, se produce un desequilibrio entre el individuo y su entorno, debido a que las demandas desbordan o amenazan sus recursos poniendo al cliente en un conflicto.

Como terapeuta hay que tomar en cuenta a cada uno de los casos que lleguemos a tratar, ya que se puede hacer una revisión detallada, porque no se debe olvidar que cada cliente es distinto, por ende sus necesidades, actitudes, metas, objetivos, forma de vivir, entre muchas otras cosas, son manejadas de manera individualizada, no puedes hacer comparaciones al ejercer un trabajo con las personas, tal vez tengas ciertas guías que te permitan observar ciertas características en el individuo, pero no es ni la respuesta, ni la solución a lo que te enfrentas. Tal diferencia individual exige una evaluación conductual y cognitiva y además un tratamiento específico y no un patrón que rijas el trabajo con el cliente.

Es útil recordar que no hay que involucrar juicios de valor al enfrentarse el terapeuta a determinados casos y etiquetar a las personas, ya que si eso se suscita, el trabajo

que desempeñe como terapeuta va a cambiar el sentido de las aportaciones que le puede brindar al cliente. Al emitir tales juicios de valor representa un conflicto tanto para el cliente como para el terapeuta, pues es un obstáculo para determinar de manera clara hacia qué meta pretenden llegar tanto cliente como terapeuta. De ahí que, no hay que etiquetar a las personas como enfermas o bien que “sufran” de cierto padecimiento, ya que si al presentarse determinada situación, el cliente cree que verdaderamente tiene una enfermedad o bien que sufre tanto, que necesita de alguien y no precisamente un profesional para trabajar ante tal “desventaja”.

Es complicado el entender la terminología que manejan otros profesionales por ejemplo los psiquiatras, se entiende que cada ciencia crea su propio lenguaje de acuerdo a sus propuestas teóricas, sin embargo, tal lenguaje tiende a mal interpretarse, a ser ambiguo, impreciso y también en muchas ocasiones no hay un término exacto para referirse a un determinado concepto. Aunque en el caso del DSM-IV, el lenguaje utilizado muestra un mayor entendimiento, esto no quiere decir que sólo en base a lo que se encuentra escrito dentro de tal Manual sea la respuesta a cada uno de los clientes que asisten a sesiones de trabajo terapéutico.

Con relación al tratamiento hay también una serie de cuestionamientos, pero se ha demostrado que las propuestas Cognitivo-Conductuales, suelen ser eficaces frente al tratamiento medicamentoso y a los efectos placebo. El tipo de técnicas utilizadas permite emplear un tratamiento flexible al poder adaptar tal proceso a cada caso, dependiendo de las características del cliente y también adquirir mayor conocimiento conforme se van dando los resultados en la intervención terapéutica. Además a través de ambas propuestas se trabajan el sistema cognitivo, fisiológico y motor, esto es, el personal tiene opción de manejar el caso de manera amplia, dando las herramientas que el cliente necesite para solucionar conflictos.

En la actualidad se dispone de varias terapias psicológicas para la depresión infanto-juvenil, aunque la más extendida es la terapia Cognitivo-Conductual. Puesto que la depresión es un trastorno complejo que requiere soluciones complejas, investigadores y

terapeutas coinciden en recomendar que los programas incluyan un amplio conjunto de objetivos terapéuticos, como sustituir los pensamientos automáticos, los errores lógicos y los esquemas depresógenos, por formas de pensar más positivas y mejor adaptadas, combatir la pasividad mediante el incremento gradual de actividad, reducir estados emocionales negativos de tristeza, ira o ansiedad, mejorar la autoestima, fortalecer las relaciones sociales, elevar el estado de ánimo, etcétera, y múltiples técnicas y entrenamientos, como reestructuración cognitiva, actividades agradables, relajación, habilidades sociales, resolución de problemas, autocontrol, entre otras (Méndez, Rosa, Montoya, Espada, Olivares y Sánchez, 2002).

Por ejemplo, el Entrenamiento en Habilidades Sociales, específicamente en la conducta asertiva, conlleva al individuo al reconocimiento de la estrecha relación existente entre las dificultades de sí mismo en sus relaciones interpersonales y el riesgo de que ese mismo sujeto presente algún problema psicopatológico (depresión, trastornos psicosomáticos, alcoholismo, etc). Una conducta asertiva fortalece al cliente para tener mayores herramientas, ya que tal habilidad social afirma las opiniones, expresa los propios sentimientos, ayuda a defender los derechos legítimos, sobre todo cuando existe desacuerdo u oposición por parte de los demás.

Autores tales como Mendoza y Soto (1990) mencionan que al no diagnosticar la depresión de manera temprana, el individuo tiende a cronificar tal conducta y si en cierto momento no contaba con otro repertorio de conductas que le producen displacer, ahora tendrá que enfrentarse a ellas aunque se presenten con mayor frecuencia e intensidad.

Los trastornos del afecto o del humor han sido y siguen siendo objeto de preocupación y sorpresa para los médicos y los investigadores del campo de la salud. Actualmente se estima que alrededor de 200.000,000 de seres humanos padecen un síndrome depresivo patológico y clínicamente relevante en todo el mundo, y todo indica que la depresión, como una enfermedad crónica e incapacitante, ha ido incidiendo con mayor frecuencia en los últimos 50 años (Sentíes, 2000).

A pesar de que no menos de la cuarta parte de los clientes que acuden a los servicios médicos de primer nivel en México y en el resto del mundo, presenta síntomas de depresión mayor y de que ésta es una de las enfermedades más debilitantes entre los ancianos, en la mayoría de los casos se pasa por alto la sintomatología depresiva. Las fallas en cuanto a su detección oportuna y atención adecuada, ocasionan serias consecuencias a la salud pública, como sufrimiento innecesario, discapacidad, necesidad de cuidados por parte de terceros y otros padecimientos derivados. Por ello, el contar con técnicas e instrumentos adecuados para la detección de la conducta depresiva puede ser un paso importante para su tratamiento (Reyes y cols., 2003).

Los estudios epidemiológicos se realizan muy frecuentemente siguiendo una estructura polietápica, de manera que en un principio se recogen datos que permiten identificar posibles casos, de los que a su vez se puede obtener información más detallada en un momento ulterior y con instrumentos, que no valoran sistemáticamente la presencia de los signos y síntomas en todos los criterios (Reyes y cols., 2003).

Los síndromes depresivos se presentan también con frecuencia dentro de otras conductas, como en algunos padecimientos neurológicos o endocrinos, por ejemplo, la tensión premenstrual o el climaterio. Por otra parte, algunas de sus características etiológicas y clínicas se ven notablemente influidas por factores socioculturales. Asimismo, la depresión se asocia a problemas psiquiátricos severos, como la conducta suicida, realidad de la cual no escapa nuestro país y que afecta incluso a familiares de los pacientes psiquiátricos como respuesta a la enfermedad crónica de éstos (Lara y Meléndez, 2001).

La depresión se ha hecho presente en especial con las mujeres, ya que suelen padecerla 2 a 3 veces más que los hombres y se encuentran más expuestas durante épocas particulares vulnerables como la adolescencia, el puerperio y la perimenopausia, entre otras. Un porcentaje muy alto de los deprimidos, alrededor del 70% no sabe que padece depresión y no consulta en el momento adecuado, racionalizando el episodio como cansancio, trabajo, edad, etcétera., y por ello es una entidad de diagnóstico tardío (Rojtenberg, 2001).

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. Actualmente, la depresión ocupa el cuarto lugar entre las “enfermedades” más discapacitantes y se estima que para el año 2020 será el segundo, por lo que su estudio es un tema primordial en la salud mental actual. Por un lado, la depresión tiene antecedentes hereditarios y por otro, el medio ambiente también desempeña un papel importante. El entender cómo se interrelacionan y se influyen mutuamente los trastornos del ánimo con los rasgos del carácter puede constituir una vía importante para el entendimiento y posterior tratamiento de la depresión (Caraveo, Colmenares y Saldívar, 1999; Fierros, Sandoval, Villatoro, Flores y Mendieta, 2003).

La prevalencia y la significación clínica de la depresión resalta la importancia de que los individuos afectados tengan conciencia de que la padecen y la posibilidad de acceder a un tratamiento apropiado. Algunos estudios indican que las personas con trastornos mentales buscan ayuda en los recursos alternativos de salud, pero ninguno ha investigado la demanda de ayuda de la población general por los trastornos mentales específicos (Caraveo, Colmenares y Saldívar, 1999).

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. Además, se estima que probablemente más de 50% de las personas que han sufrido un episodio depresivo, eventualmente padecerán otro. Por otra parte, diversos estudios encontraron cierta tendencia a la depresión entre la población más joven, sin embargo, este hallazgo varía en los estudios con diferentes poblaciones (Caraveo, Colmenares y Saldívar, 1999).

Teóricamente se postula que la depresión y la autoestima deben estar relacionadas de modo negativo, es decir, a mayor depresión se dará menor autoestima en los clientes. Y más todavía en población infantil, en donde repetidamente se ha señalado la interrelación de autoestima y depresión (Del Barrio, Frías y Mestre, 1994).

Es importante resaltar que, la autoestima baja es un factor de riesgo importante para la salud mental de cualquier persona, de tal modo que es bastante improbable que un joven con baja autoestima no presente algún tipo de psicopatología. También los adolescentes que frecuentemente tienen una comunicación tensa con su familia y autoridades en general, pueden presentar síntomas psíquicos y somáticos para que sus necesidades sean acogidas, las que ellos mismos no logran comunicar directamente, por la exigencia de un mayor nivel de autonomía que se da, en esta etapa del ciclo evolutivo, así como por el aumento de la omnipotencia, el narcisismo y el egocentrismo. Esto puede ser explicado por el aumento de las exigencias sociales del grupo hacia el individuo, lo que los hace sentirse y visualizarse como “desadaptados” si no han desarrollado las destrezas sociales para pertenecer al grupo (Montt y Ulloa, 1996).

Se considera que, disminuye la depresión cuando aumenta el valor de la autoestima. A medida que aumenta el valor de la autoestima disminuye la depresión. La depresión disminuye cuando aumenta el valor de la autoestima académica. La depresión y la autoestima de imagen corporal se relacionan negativamente, disminuyendo la depresión cuando aumenta el valor de la autoestima de imagen corporal. La depresión disminuye cuando aumenta el valor de la autoestima familiar. Disminuye la depresión al aumentar el valor de la autoestima social (Aguilar, De Eduardo y Berganza, 1996).

La depresión se acompaña de una tasa de mortalidad que duplica las muertes atribuidas al SIDA, según la Organización Mundial de la Salud, es la cuarta causa de pérdida de calidad de vida por la discapacidad que genera y para 2020, sino antes, estará en segundo lugar, además la depresión es una causa relevante de mortalidad ya que las personas con depresión presentan un riesgo de atentar contra su vida 30 veces mayor que el de la población general y un 15 % de los clientes internados por depresión se suicidan (Rojtenberg, 2001).

Finalmente se puede concluir que el objetivo de la tesina logró cubrirse, mostrando un panorama más amplio de la conducta depresiva en cada una de sus aportaciones y esto, a su vez permite, que al incorporarse profesionales a diferentes temáticas, cada uno muestra

sus limitaciones y avances. Hay que tomar en cuenta, que cada cliente vive en su medio de forma distinta y por ello la conducta depresiva la puede manejar de modo diferente y que no es necesario el tratamiento medicamentoso, pero se tiene la libertad de elegir, aunque no sea al menos para el terapeuta lo más propicio, ya que interfieren en el proceso terapéutico. De cualquier manera es recomendable saber el tipo de medicamentos y las dosis que se manejan ante la depresión, para identificar cualquier conducta o síntoma que pueda interferir en las sesiones de trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

Abraham, K. (1912). "A short studio of the development of the libido viewed in the light of mental disorders". En: Sabanés, F. (1990). La Depresión. Barcelona: EMEKA. p.p. 17 – 30.

Aguayo, J., Alvarez, M., Baquedano, G., Benassini, O., Camarena, E., Campillo, C., Cano, J., Díaz, R., Díaz, A., Estrada, J., Fouilloux, C., Gaxiola, B., González, E., Granados, A., Heinze, G., Llamas, E., López, M., Lozada, T., Macedo, F., Nicolini, H., Ontiveros, M., Ortiz, S., Rivero, L., Serrano, C. y Vázquez, J. (1998). "Manejo del espectro Depresión-Ansiedad". Guía Práctica. Consenso 1998. México: Allis Vivere.

Aguilar, G., De Eduardo, H. y Berganza, C. "Autoestima y Depresión en Adolescentes Guatemaltecos". Revista Latinoamericana de Psicología, 1996, 28(2), 341 – 366.

Alvarez, J. y Alfonso, J. (1991). "Un caso de depresión". En: Maciá, D. y Méndez, F. (1997). Aplicaciones Clínicas de la Evaluación y Modificación de Conducta. Estudio de Casos. Madrid: Pirámide. p.p. 101 – 116.

Angold, A. (1988). "Childhood and adolescent depresión: Epidemiological and aetiological aspects". En: Caraveo, J., Medina, M., Villatoro, J. y Rascón, M. "La depresión en el adulto como factor de riesgo en la salud mental de los niños". Salud Mental, 1994, 17(2), 56 - 60.

Arieti, S. y Bemporad, J. (1981, 1990). Psicoterapia de la depresión. Buenos Aires: Paidós. Caps.3,4,8 y 10.

Asociación Psiquiátrica Americana. (1994). "Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Cuarta edición (DSM-IV)". Barcelona: Masson.

Ayuso, J. y Sáiz, J. (1990). "Las depresiones". En: Chinchilla, A. (1998). Tratamiento de las Depresiones. Nuevas Generaciones en Neurociencias. Barcelona: Masson. p.p. 49 – 79.

Bain. (1928). En: Norberto, G. (1997). "Algunos modelos sobre Depresión, desde la perspectiva Cognitivo – Conductual". Tesis de Licenciatura inédita, México, D.F.: Carrera de Psicología, FES Iztacala, UNAM.

Beck, A., Rush, A., Shaw, B. y Emery, G. (1983). Terapia Cognitiva de la Depresión. Bilbao: Descleé de Brouwer. (Trabajo original publicado en el año de 1979).

Beck, A. (1967). "Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects". En: Norberto, G. (1997). "Algunos modelos sobre Depresión, desde la perspectiva Cognitivo – conductual". Tesis de Licenciatura inédita, México, D.F.: Carrera de Psicología, FES Iztacala, UNAM.

Beck, A. (1970). "Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy". En: Guerrero, I. e Hidalgo, T. (1992). "Descripción de los tratamientos conductuales y cognitivos para la depresión infantil". Tesis de Licenciatura inédita, México, D.F.: Carrera de Psicología, UNAM, Facultad de Psicología.

Beck, A. (1975). En: Macías, L. (1982). "La Depresión Nerviosa no Psicótica y su relación con el autoritarismo". Programa de la Comisión Editorial de la Universidad Autónoma de Aguascalientes. Carrera de Psiquiatría, UAA. Tesis inédita.

Beck, A. (1976). "Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión". En: Sánchez, A. (2003). "Nivel de Depresión en Hombres y Mujeres ante el Divorcio". Tesis de Licenciatura. México, D.F.: Carrera de Psicología. Centro Cultura Universitario Justo Sierra, A.C.

Beck, A. (1979). En: Guerrero, I. e Hidalgo, T. (1992). "Descripción de los tratamientos conductuales y cognitivos para la depresión infantil". Tesis de Licenciatura inédita, México, D.F.: Carrera de Psicología, UNAM, Facultad de Psicología.

Beck, A., Rush, A., Shaw, B. y Emery, G. (1979). "Terapia Cognitiva de la Depresión". En: Kazdin, A. "Self-report and interview measures of childhood and adolescent depression". Journal of Child Psychology and Psychiatry, 1982, 23, 437 – 457.

Benkert, O. (1981). "Reconocimiento del Síndrome Depresivo". En: Mendoza, V. y Soto, I. "La Depresión: un problema de Salud Pública en México". Tópicos de Investigación y Posgrado, 1990, 1(4), 16 - 22.

Berlenga, C., Ontiveros, M., Junco, G., Esnaurrizar, R., Sentíes, H., Chávez, E. y Bauer, J. "Características de los Pacientes deprimidos que responden al Placebo". Salud Mental, 1990, 13(3), 8 - 12.

Bibring, P. (1953). En: Petti, T. (1985). Psicopatología Infantil. Nueva York: Spectrum. Cap. 11 "Depresión". p.p. 267 - 287.

Blumberg, M. (1978). "Depresión in children on a general pediatric service". En: Petti, T. (1985). Psicopatología Infantil. Nueva York: Spectrum. Cap. 11 "Depresión". p.p. 267 - 287.

Burt, V. "Depresión en la Mujer". Prescripción Médica, 1998, 21(250), 1 –2, Septiembre.

Caballo, V. (1991). Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta. México: Siglo XXI. p.p. 475 – 492.

Calderón, N. (1984, 1990). Descripción: Causas, manifestaciones y tratamiento. México: Trillas.

Calderón, A. (1998). "La Depresión". Tesina de Licenciatura. México, D.F.: Carrera de Psicología, UNAM. FES Iztacala.

Cammer, L. (1971). 'Curados de la Depresión'. En: LaHaye, T. (1988). Cómo vencer la Depresión. Miami: Vida.

Campillo, S. y Caraveo, A. 'Epidemiología de la Depresión'. Salud Mental, 1979, 2(3-4), 40 – 44, Septiembre.

Campillo, S. y Caraveo, A. (1980). 'Epidemiología de la Depresión'. En: Mendoza, V. y Soto, I. "La Depresión: un problema de Salud Pública en México". Tópicos de Investigación y Posgrado, 1990, 1(4), 16 - 22.

Caraveo, J., Colmenares, E. y Saldívar, G. 'Estudio Clínico-Epidemiológico de los trastornos depresivos'. Salud Mental, 1999, 22(2), 7 – 17, Abril.

Caraveo, J., Medina, M., Villatoro, J. y Rascón, M. "La depresión en el adulto como factor de riesgo en la salud mental de los niños". Salud Mental, 1994, 17(2), 56 - 60.

Carlson, G. y Cantwell, D. (1979). "A survey depressive symptoms syndrome and disorder in a child psychiatric population". En: Kovacs, M. (1983). 'The Children's Depression - Inventory (CDI): A self-rated depression scale of school-aged youngsters'. Trabajo inédito, Universidad de Pittsburg. p.p. 282 – 297.

Chávez. (1995). En: Zamora, O. (1996). 'Estudios Teóricos sobre Depresión en el adolescente'. UVM. Tesis de Licenciatura inédita, UVM. Caps. 1 y 2.

Chinchilla, A. (1998). Tratamiento de las Depresiones. Nuevas Generaciones en Neurociencias. Barcelona: Masson. p.p. 49 – 79.

Chinchilla, A. (1999). Guía Terapéutica de las Depresiones. Nuevas Generaciones de Neurociencias. Barcelona: Masson. Caps.3 y 12.

Del Barrio, V., Frías, D., y Mestre, V. "Autoestima y Depresión en Niños". Revista de Psicología General y Aplicada, 1994, 47(4), 471 - 476.

De la Fuente, R. (1997). Psicología Médica. Nueva Versión. México: Fondo de Cultura Económica. Cap. 12.

De la Fuente, R., Díaz, A. y Fouilloux, C. "El programa de salud mental de la Facultad de Medicina, UNAM". Salud Mental, 1997, 10(3), 3 – 8.

De las Heras, J. "La intervención o prevención secundaria del Suicidio". Salud Mental, 1989, 12(3), 8 - 12.

De la Peña, F. y Almeida, L. "El uso de antidepresivos y ansiolíticos en la infancia y en la Adolescencia". Salud Mental, 1994, 17(3), 59 - 65.

De la Peña, F., Lara, M., Cortés, J., Nicolini, H., Páez, F. y Almeida, L. "Traducción al español y validez de la Escala de Birleson (DSRS) para el Trastorno Depresivo Mayor en la Adolescencia". Salud Mental, 1996, 19. Suplemento de Octubre.

Díaz, M. (1998). Guía Práctica. Manejo del espectro Depresión-Ansiedad. Consenso 1998. México: Allis Vivere.

Diccionario Enciclopédico de las Ciencias Médicas. (1985). México: McGraw Hill. Primera edición en Español.

Dweck, C. y Reppucci, M. (1973). "Learned helplessness and reinforcement responsibility in children". En: Petti, T. (1985). Psicopatología Infantil. Nueva York: Spectrum. Cap. 11 "Depresión". p.p. 267 - 287.

Dweck, C. (1977). "Learned helplessness: A developmental approach". En: Petti, T. (1985). Psicopatología Infantil. Nueva York: Spectrum. Cap. 11 "Depresión". p.p. 267 – 287.

Elkin, D. (2000). Psiquiatría Clínica. México: McGraw-Hill Interamericana. Caps. 5 y 6.

Ellis, A. (1962). "Razón y emoción en Psicoterapia". En: Phares, E. (1992). Psicología Clínica: Conceptos, Métodos y Práctica. Bogotá: El Manual Moderno. Cap. 14.

Ellis, A. (1975). "How to live with a neurotic". En: Caballo, V. (1991). Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta. México: Siglo XXI. p.p. 475 – 492.

Ellis, A. (1977). En: Caballo, V. (1991). Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta. México: Siglo XXI. p.p. 475 – 492.

Ellis, A.y Becker, I. (1982). "A guide to personal happiness". En: Caballo, V. (1991). Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta. México: Siglo XXI. p.p. 475 – 492.

Ellis, A.y Abrahms, E. (1983). Terapia Racional Emotiva. México: Pax.

Estrada, L. (1987). El Ciclo Vital de la Familia. México: Posadas.

Farreras, V. y Rozman, C. (2000). Medicina Interna. Madrid: Harcourt. Sección 13, Vol.2. En: www.herrerros.com.ar/melanco/farreras.htm

Ferster, C. (1973). "A funcional análisis of depresión". En: Guerrero, I. e Hidalgo, T. (1992). "Descripción de los tratamientos conductuales y cognitivos para la depresión infantil". Tesis de Licenciatura inédita, México, D.F.: Carrera de Psicología, UNAM, Facultad de Psicología.

Ferrey, G., LeGoves, G y Bobes, J. (1994). Psicopatología del anciano. Masson, París. p.p. 67-75.

Fierros, G., Sandoval, L., Villatoro, J., Flores, J. Y Mendieta, D. "Trastornos de personalidad en pacientes con depresión mayor. Un estudio comparativo". Psiquiatría, 2003, 19(2), 6 – 12.

Frommer, E. (1968). En: Arieti, S. y Bemporad, J. (1990). Psicoterapia de la depresión. Buenos Aires: Paidós. Caps. 3, 4, 8 y 10.

González, C. y Andrade, P. "Estresores cotidianos malestar depresivo e ideación suicida en adolescentes mexicanos". Acta Psiquiátrica, Am. Lat., 1993, 40(2), 156 - 163.

González, C. y Andrade, P. "La relación de los hijos con sus progenitores y sus recursos de apoyo: Correlación con la sintomatología depresiva y la ideación suicida en los adolescentes mexicanos". Salud Mental, 1995, 18(4), 41 - 47.

González, H. (2002). "Variables de Auto-eficacia asociadas con la depresión en adultos mayores". Reporte de investigación para Licenciatura. México, D.F.: Carrera de Psicología, UNAM. FES Iztacala.

Goldfried, M.y Davison, G. (1976). "Clinical behavior therapy". En: Phares, E. (1992). Psicología Clínica: Conceptos, Métodos y Práctica. Bogotá: El Manual Moderno. Cap. 14.

Guerrero, I. e Hidalgo, T. (1992). "Descripción de los tratamientos conductuales y cognitivos para la depresión infantil". Tesis de Licenciatura inédita, México, D.F.: Carrera de Psicología, UNAM, Facultad de Psicología.

Guevara, J. (s/f). "Valoración del Riesgo Suicida en el paciente deprimido". Tesis inédita para obtener el título de médico - psiquiatra, México, D.F.

Gutiérrez, T., Lara, H. y Contreras, C. "Aplicación del Children`s Depression Scale a una muestra de niños sanos de instrucción primaria en la ciudad de México". Salud Mental, 1995, 18(2), 51 - 54.

Hathaway, R.y McKinley, Ch. (1980). Inventario Multifásico de la Personalidad MMPI Forma R. El Manual Moderno, México.

Heinze, G. "Del DSM -III-R al DSM-IV". Salud Mental, 1996, 19(2). Suplemento de Julio.

Holmes. (1972). En: LaHaye, T. (1988). Cómo vencer la Depresión. Miami: Vida.

Jacobson, G. (1961). En: Arieti, S. y Bemporad, J. (1990). Psicoterapia de la depresión. Buenos Aires: Paidós. Caps. 3, 4, 8 y 10.

Jiménez, A., Senties, H. y Ortega, H. "Asociación entre Impulsividad y Depresión en Pacientes Hospitalizados por Intento Suicida". Salud Mental, 1997, 20(1), 36-41.

Kazdin, A. (1978). Modificación de la Conducta y sus Aplicaciones Prácticas. México: El Manual Moderno.

Kazdin, A. "Self-report and interview measures of childhood and adolescent depression". Journal of Child Psychology and Psychiatry, 1982, 23, 437 – 457.

Kielhold, P. (1983). El médico no psiquiatra y sus pacientes depresivos. Barcelona: Herder. Cap. 12.

Kistner, J., White, K., Haskett, M. y Robbins, F. "Development of learning – disabled and normal y achieving children´s causal attributions". Journal of abnormal Child Psychology, 1985, 13, 639 - 647.

Kolb, L. (1985). 'Reacciones Depresivas'. En: Mendoza, V. y Soto, I. "La Depresión: un problema de Salud Pública en México". Tópicos de Investigación y Posgrado, 1990, 1(4), 16 - 22.

Kovacs, M. (1983). 'The Children's Depression Inventory (CDI): A self-rated depression scale of school-aged youngsters'. Trabajo inédito, Universidad de Pittsburg. p.p. 282 – 297.

Kovacs, M. y Beck, A. (1977). "An empirical-clinical approach toward a definition of childhood depression". En: Guerrero, I. e Hidalgo, T. (1992). 'Descripción de los tratamientos conductuales y cognitivos para la depresión infantil'. Tesis de Licenciatura inédita, México, D.F.: Carrera de Psicología, UNAM, Facultad de Psicología.

Kraines, V. s/f . En: Beck, A., Rush, A., Shaw, B. y Emery, G. (1983). Terapia Cognitiva de la Depresión. Bilbao: Descleé de Brouwer. (Trabajo original publicado en el año de 1979).

LaHaye, T. (1988). Cómo vencer la Depresión. Miami: Vida.

Laboratorios Pfizer. (1995). Folleto: 'Dosis de Sertralina por su conveniencia, eficacia y tolerancia'. No. 4. p.p. 1 – 26.

Laboratorios Química Knoll. (1998). Presenta: Folletos de 'El Arte y la Depresión'. Cuarto y Quinto ejemplares.

Lara, H. y Meléndez, J. 'Estudio clínico-epidemiológico sobre la depresión mayor en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez durante tres años (1996-1998)'. Psiquiatría, 2001, 17(2), 47- 50.

Lara-Muñoz, M. y Ortega, S. "¿La Clinimetría o la Psicometría? Medición en la Práctica psiquiátrica". Salud Mental, 1995, 18(4), 33 - 40.

Lazarus, A. (1968). 'Learning theory and the treatment of depression . Behaviour Research and Therapy' En: Guerrero, I. e Hidalgo, T. (1992). 'Descripción de los tratamientos conductuales y_cognitivos para la depresión infantil'. Tesis de Licenciatura inédita, México, D.F.: Carrera de Psicología, UNAM, Facultad de Psicología.

Lefkowitz, M. y Tesiny, E. (1980). 'Childhood depresión, family income and locus of control'. En: Kovacs, M. (1983). 'The Children's Depression Inventory (CDI): A self-rated depression scale of scholl-aged youngsters'. Trabajo inédito, Universidad de Pittsburg. p.p. 282 – 297.

León, C. 'El contexto temporo-espacial. Un aspecto desatendido en la respuesta depresiva'. Acta Psiquiátrica, 1981, 63, 129 - 146.

Lewinsohn, P. (1968). 'Depresión: A clinical research approach'. En: Petti, T. (1985). Psicopatología Infantil. Nueva York: Spectrum. Cap. 11 "Depresión". p.p. 267 - 287.

Lewinsohn, P. (1974). 'Behavioral study and treatment of depression'. En: Petti, T. (1985). Psicopatología Infantil. Nueva York: Spectrum. Cap. 11 "Depresión". p.p. 267 - 287.

Lewinsohn, P. (1976). En: Lewinsohn, P. y Rosenbaum, M. 'Recall of Parental Behavior by Acute Depressives, Remitted Depressives and Nondepressives'. Journal of Personality and Social Psychology, 1987, 52(3), 611 – 619.

Lewinsohn, P. y Rosenbaum, M. "Recall of Parental Behavior by Acute Depressives, Remitted Depressives and Nondepressives". Journal of Personality and Social Psychology, 1987,52 (3), 611 - 619.

Lidman. (1973). En: LaHaye, T. (1988). Cómo vencer la Depresión. Miami: Vida.

Lolas, F. 'La inves tigación Psicofisiológica de los Trastornos Depresivos'. Salud Mental, 1983, 6(1), 29 - 37.

Lubin, B. (1965). "Adjective Checklists for Measurement of Depresión" En: Norberto, G. (1997). "Algunos modelos sobre Depresión, desde la perspectiva Cognitivo –_Conductual". Tesis de Licenciatura inédita, México, D.F.: Carrera de Psicología, FES Iztacala, UNAM.

Maciá, D. y Méndez, F. (1997). Aplicaciones Clínicas de la Evaluación y Modificación de Conducta. Estudio de Casos. Madrid: Pirámide. p.p. 101 – 116.

Macías, L. (1982). "La Depresión Nerviosa no Psicótica y su relación con el autoritarismo". Programa de la Comisión Editorial de la Universidad Autónoma de Aguascalientes. Carrera de Psiquiatría, UAA. Tesis inédita.

Macías, A. (1987). "Autoestima rol sexual y nivel socioeconómico en las aspiraciones de la mujer". Tesis de Licenciatura inédita, México, D.F.: Carrera de Psicología, UNAM, FES Iztacala.

Mahoney, M. (1983). "Cognición y Modificación de Conducta". En: Norberto, G. (1997). "Algunos modelos sobre Depresión, desde la perspectiva Cognitivo –_Conductual". Tesis de Licenciatura inédita, México, D.F.: Carrera de Psicología, FES Iztacala, UNAM.

Mahoney, M. y Freeman, A. (1988). Cognición y Psicoterapia. México: Paidós. p.p. 337 – 371.

Manelic, H. y Ortega, H. "La Depresión en los Estudiantes Universitarios de la ENEP Plantel Aragón". Salud Mental, 1995, 18(2), 31 - 34.

Mathew, R., Weinman, M. y Mirabi, M. "Síntomas físicos de la depresión". Salud Mental, 1981, 5(3), 48 - 49.

Matson, J. (1984). "Observation and generalization effects of social skills training with emotionally disturbed children". En: Petti, T. (1985). Psicopatología Infantil. Nueva York: Spectrum. Cap. 11 "Depresión". p.p. 267 - 287.

Medina, A. (1999). ‘Construcción de un Inventario para evaluar la Depresión en Adolescentes’. Tesis para obtener la Maestría en Modificación de Conducta. México D.F., UNAM. FES Iztacala.

Medina-Mora, M., Rascón, M., Tapia, L., Mariño, M. y Juárez, F. (1992). ‘Trastornos emocionales en población urbana mexicana: resultados de un estudio nacional’. En: Aguayo, J., Alvarez, M., Baquedano, G., Benassini, O., Camarena, E., Campillo, C., Cano, J., Díaz, R., Díaz, A., Estrada, J., Fouilloux, C., Gaxiola, B., González, E., Granados, A., Heinze, G., Llamas, E., López, M., Lozada, T., Macedo, F., Nicolini, H., Ontiveros, M., Ortiz, S., Rivero, L., Serrano, C. y Vázquez, J. (1998). ‘Manejo del espectro Depresión - Ansiedad’. Guía Práctica. Consenso 1998. México: Allis Vivere.

Méndez, H., Nieves, G. y Zepeda, B. (2001). ‘La aparición de estados depresivos en personas homicidas’. Reporte de Investigación, México, D.F.: Carrera de Psicología, UNAM. FES Iztacala.

Méndez, X., Rosa, A., Montoya, M., Espada, J., Olivares, J. Y Sánchez, J. ‘Tratamiento psicológico de la depresión infantil y adolescente: ¿Evidencia o promesa?’. Psicología Conductual, 2002, 10(2), 563 – 580.

Mendels. (1977). En: Zamora, O. (1996). ‘Estudios Teóricos sobre Depresión en el adolescente’. UVM. Tesis de Licenciatura inédita, UVM. Caps. 1 y 2.

Mendoza, V. y Soto, I. "La Depresión: un problema de Salud Pública en México". Tópicos de Investigación y Posgrado, 1990, 1(4), 16 - 22.

Mikulincer, M., Gerber, H. Y Weisenberg, M. (1990). ‘Judgment of control and depression: The role of self-esteem threat and self focused attention’. En: Manelic, H. y Ortega, H. ‘La Depresión en los Estudiantes Universitarios de la ENEP Plantel Aragón’. Salud Mental, 1995, 18(2), 31 - 34.

Miers, G. (1999). Psicología. Madrid: Médica Panamericana, S.A. Caps. 15 y 16.

Montt, M. y Ulloa, F. "Autoestima y Salud Mental en los adolescentes". Salud Mental, 1996, 19(3), 30 - 35.

Morris. (1974). En: Calderón, N. (1990). Depresión: Causas, manifestaciones y tratamiento. México: Trillas.

Nathan. (1975). En: Macías, L. (1982). "La Depresión Nerviosa no Psicótica y su relación con el autoritarismo". Programa de la Comisión Editorial de la Universidad Autónoma de Aguascalientes. Carrera de Psiquiatría, UAA. Tesis inédita.

Norberto, G. (1997). "Algunos modelos sobre Depresión, desde la perspectiva Cognitivo – Conductual". Tesis de Licenciatura inédita, México, D.F.: Carrera de Psicología, FES Iztacala, UNAM.

Núñez, R.(1985). Integración del estudio psicológico (con el uso del DSM-III). México: El Manual Moderno. Cap. 3.

Organización Mundial de la Salud. (1992). "Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico (CIE-10)". Madrid: Meditor.

Otto, M. (1994). "Cognitive-Behavioral Treatment of Panic Disorder: Considerations of Treatment of Patients Over the Long Term". En: Aguayo, J., Alvarez, M., Baquedano, G., Benassini, O., Camarena, E., Campillo, C., Cano, J., Díaz, R., Díaz, A., Estrada, J., Fouilloux, C., Gaxiola, B., González, E., Granados, A., Heinze, G., Llamas, E., López, M., Lozada, T., Macedo, F., Nicolini, H., Ontiveros, M., Ortiz, S., Rivero, L., Serrano, C. y Vázquez, J. (1998). "Manejo del espectro Depresión -Ansiedad". Guía Práctica. Consenso 1998. México: Allis Vivere.

Padilla, P. y Peláez, O. (1985). 'Detección de trastornos mentales en el primer nivel de atención médica'. En: Aguayo, J., Alvarez, M., Baquedano, G., Benassini, O., Camarena, E., Campillo, C., Cano, J., Díaz, R., Díaz, A., Estrada, J., Fouilloux, C., Gaxiola, B., González, E., Granados, A., Heinze, G., Llamas, E., López, M., Lozada, T., Macedo, F., Nicolini, H., Ontiveros, M., Ortiz, S., Rivero, L., Serrano, C. y Vázquez, J. (1998). 'Manejo del espectro Depresión -Ansiedad'. Guía Práctica. Consenso 1998. México: Allis Vivere.

Pellegrini, D., Kosisky, S., Nackman, D., Cytryn, L., Mcknew, D., Gershon, E., Hamovit, J. Y Cammuso, K. (1985). 'Personal and social resources disorder and children of normal control subjects'. En: Petti, T. (1985). Psicopatología Infantil. Nueva York: Spectrum. Cap. 11 "Depresión". p.p. 267 - 287.

Petti, T. 'Depression in Children – A significant disorder'. Psychosomatics, 1981, 22, 444 - 447.

Petti, T. (1985). Psicopatología Infantil. Nueva York: Spectrum. Cap. 11 "Depresión". p.p. 267 - 287.

Phares, E. (1992, 1996). Psicología Clínica: Conceptos, Métodos y Práctica. Bogotá: El Manual Moderno. Cap. 14.

Phillips, I. (1979). 'Childhood depression: Interpersonal interactions and depressive phenomenon'. En: Petti, T. (1985). Psicopatología Infantil. Nueva York: Spectrum. Cap. 11 "Depresión". p.p. 267 - 287.

Pichot, P. (1996). En: Medina, A. (1999). 'Construcción de un Inventario para evaluar la Depresión en Adolescentes'. Tesis para obtener la Maestría en Modificación de Conducta. México D.F., UNAM. FES Iztacala.

Polaino-Lorentte, A. (1988). Las Depresiones Infantiles. Madrid: Morata, S.A.

Rado, N. (1960). En: Macías, L. (1982). ‘La Depresión Nerviosa no Psicótica y su relación con el autoritarismo’. Programa de la Comisión Editorial de la Universidad Autónoma de Aguascalientes. Carrera de Psiquiatría, UAA. Tesis inédita

Reus, V. (1998). Principios de Medicina Interna. México: McGraw Hill. Cap.385 ‘Trastornos Mentales’. Vol. II. p.p. 2831 – 2844.

Reyes, M., Soto, A., Milla, J., García, A., Hubard, L., Mendoza, H., Mejía, L., García, A. y Wagner, F. ‘Actualización de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D). Estudio piloto en una muestra geriátrica mexicana’. Salud Mental, 2003, 26(1), 59 – 68.

Rimm, D. y Masters, J. (1982). Terapia de la Conducta. México: Trillas.

Ridruejo, A., Medina, A. y Rubio, J. (1996). Psicología Médica. México: McGraw Hill. Cap.40 ‘Los Modelos Psicoterapéuticos de índole Conductual y Cognitivo’. p.p. 589 – 599.

Roberts, R. y Vernon, S. ‘La Escala del Centro de Estudios Epidemiológicos sobre Depresión (CEED): Su uso en una muestra comunitaria’. Salud Mental, 1983, 5(4), 51 - 52.

Rodríguez, J., Gutiérrez, A. y Contreras, C. ‘Implicación del núcleo accumbens y del sistema dopaminérgico en las acciones neurofarmacológicas de las terapias antidepresivas’. Psicología y Salud, 2001, 11(1), 175 – 186.

Rodríguez, S. (1984). ‘Sistemas objetivos de medida, experiencias con el inventario español de depresiones infantiles (CEDI) modificado de Kovacs y Beck’. En: Mendoza, V. y Soto, I. "La Depresión: un problema de Salud Pública en México". Tópicos de Investigación y Posgrado, 1990, 1(4), 16 - 22.

Rogers, C. y Cray, M. (1975). En: Calderón, N. (1990). Depresión: Causas, manifestaciones y tratamiento. México: Trillas.

Rojas, E. (1981). "Psicopatología de la Depresión". En: Mendoza, V. y Soto, I. "La Depresión: un problema de Salud Pública en México". Tópicos de Investigación y Posgrado, 1990, 1(4), 16 - 22.

Rojtenberg, S. (2001). Depresiones y Antidepresivos. De la Neurona y de la Mente, de la Molécula y de la Palabra. Buenos Aires: Médica Panamericana. Cap. 1 y 2.

Sabanés, F. (1990). La Depresión. Barcelona: EMEKA. p.p. 17 – 30.

Sabanés, F. (1993). La Depresión. México: Diana. p.p. 30 – 147.

Salgado. (1984). En: Zamora, O. (1996). "Estudios Teóricos sobre Depresión en el adolescente". UVM. Tesis de Licenciatura inédita, UVM. Caps. 1 y 2.

Salter. (1949). En: Phares, J. (1996). Psicología Clínica: Conceptos, Métodos y Práctica. Bogotá: El Manual Moderno. Cap.14.

Sánchez, A. (2003). "Nivel de Depresión en Hombres y Mujeres ante el Divorcio". Tesis de Licenciatura. México, D.F.: Carrera de Psicología. Centro Cultura Universitario Justo Sierra, A.C.

Saranson, I. (1990). "Psicología Anormal". En: Méndez, H., Nieves, G. y Zepeda, B. (2001). "La aparición de estados depresivos en personas homicidas". Reporte de Investigación, México, D.F.: Carrera de Psicología, UNAM. FES Iztacala.

Satterfiel, J. (1979). "Multimodality treatment of hyperactive children". En: Petti, T. (1985). Psicopatología Infantil. Nueva York: Spectrum. Cap. 11 "Depresión". p.p. 267 - 287.

Seligman. (1974). En: Guerrero, I. e Hidalgo, T. (1992). ‘Descripción de los tratamientos conductuales y_cognitivos para la depresión infantil’. Tesis de Licenciatura inédita, México, D.F.: Carrera de Psicología, UNAM, Facultad de Psicología. p.p. 68 – 70.

Seligman., Klein., y Miller. (1976). En: Guerrero, I. e Hidalgo, T. (1992). ‘Descripción de los tratamientos conductuales y_cognitivos para la depresión infantil’. Tesis de Licenciatura inédita, México, D.F.: Carrera de Psicología, UNAM, Facultad de Psicología. p.p. 68 – 70.

Sentíes, H. ‘Neurobiología de los trastornos depresivos’. Revista de la Facultad de Medicina, 2000, 43(2), 55 – 56.

Shuyler. (1974). En: Macías, L. (1982). ‘La Depresión Nerviosa no Psicótica y su relación con el autoritarismo’. Programa de la Comisión Editorial de la Universidad Autónoma de Aguascalientes. Carrera de Psiquiatría, UAA. Tesis inédita.

Skinner, B. (1953). ‘Science and human behavior’ En: Guerrero, I. e Hidalgo, T. (1992). ‘Descripción de los tratamientos conductuales y_cognitivos para la depresión infantil’. Tesis de Licenciatura inédita, México, D.F.: Carrera de Psicología, UNAM, Facultad de Psicología.

Smith, R. (1991). Fronteras de la Conducta. México: Harla. Cap. 15.

Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría (1999). Presenta: Folleto sobre ‘Depresión, su potencial impacto en la Salud Sexual Masculina’. p.p. 1 - 11.

Sociedad Mexicana de Psiquiatría Biológica. (1986). En: Calderón, A. (1998). ‘La Depresión’. Tesina de Licenciatura. México, D.F.: Carrera de Psicología, UNAM. FES Iztacala.

Soriano, J., Valencia, F., García, S. y Díaz, A. 'Prevalencia e incidencia de trastornos depresivos en consulta externa y psiquiatría en enlace en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE'. Psiquiatría, 2003, 19(2), 13 – 18.

Vidal, g., Alarcón, R. y Lolas, F. (1995). Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría. México: Médica Panamericana.

Weissman, M. (1990). 'Children of depressed parents'. En: Caraveo, J., Medina, M., Villatoro, J. y Rascón, M. "La depresión en el adulto como factor de riesgo en la salud mental de los niños". Salud Mental, 1994, 17(2), 56 - 60.

Wilhelm, F. 'Consumo de cigarrillos, embarazo y depresión'. Revista Trastornos del SNC en Atención Primaria, 1997, 1(2), 5 - 7.

Wolpe, J. (1979). Práctica de la terapia de Conducta. Nueva York: Trillas.

Wood, D. (1977) 'Primary and secondary affective disorder. I. Past social history and current episodes in 92 depressed patients'. En: Chinchilla, A. (1998). Tratamiento de las Depresiones. Nuevas Generaciones en Neurociencias. Barcelona: Masson. p.p. 49 – 79.

Wuidart, Y. (1991). 'La Depresión Nerviosa'. En: Méndez, H., Nieves, G. y Zepeda, B. (2001). 'La aparición de estados depresivos en personas homicidas'. Reporte de Investigación, México, D.F.: Carrera de Psicología, UNAM. FES Iztacala.

Zamora, O. (1996). 'Estudios Teóricos sobre Depresión en el adolescente'. UVM. Tesis de Licenciatura inédita, UVM. Caps. 1 y 2.

Zubin. (1961). En: En: Macías, L. (1982). 'La Depresión Nerviosa no Psicótica y su relación con el autoritarismo'. Programa de la Comisión Editorial de la Universidad Autónoma de Aguascalientes. Carrera de Psiquiatría, UAA. Tesis inédita.

Zung, W. "A Self- rating Depression Scale". Archives of General Psychiatry. 1965, 12, 63 - 70.

GLOSARIO

Abulia: Pérdida o defecto de la actitud para tomar decisiones. Como sentimiento doloroso de impotencia e indecisión, es propio de los deprimidos, sobre todo melancólicos.

Abducción: Movimiento por el cual se separa una extremidad de la línea media del cuerpo.

Anhedonia: Pérdida de la sensación de placer en actos que generalmente lo producen, especialmente los sexuales. Incapacidad dolorosa de experimentar sentimientos placenteros, síntomas característicos del sujeto melancólico, que sufre por no poder gozar de la presencia de sus seres queridos ni de aquellas situaciones que le procuraban satisfacción.

Atípico: No típico, irregular.

Astenia: Falta o pérdida de fuerza, debilidad. Estado psicofisiológico caracterizado por fatiga, agotamiento fácil, cansancio físico, disforia, angustia leve pero persistente y conducta pasiva-dependiente.

Alexitimia: La mayoría de los psicoanalistas, han destacado un conjunto de rasgos afectivos y cognitivos asociados con trastornos somáticos. Se cataloga en 4 rasgos centrales (dificultad para identificar y describir sentimientos, dificultad para discriminar entre expresiones somáticas, activación emocional y sentimientos; menguada fantasía y uso limitado de la simbolización y estilo cognitivo orientado hacia lo externo).

Cefaleas: Dolor de cabeza continuo.

Cefalea Psicogénica: Dolor de cabeza atribuido a tensión, ansiedad o a un trastorno básico de la personalidad.

Celotipia: No siempre es fácil decidir cuándo los celos se tornan patológicos. En general puede decirse que esto sucede cuando los celos adquieren el carácter delusorio de la paranoia.

Comorbilidad: Término utilizado para definir la presencia de una entidad clínica distintiva adicional que ha existido o que puede ocurrir durante el curso clínico de un paciente en el cual la enfermedad índice se halla bajo estudio. Es la coexistencia de 2 entidades clínicas más o menos claramente delimitables, no necesariamente compartiendo rasgos etiopatogénicos comunes, de curso clínico también diferente, pero mutuamente complicado por la doble patología.

Disforia: Estado de no sentirse bien o de estar incómodo. Impaciencia morbosa e inquietud, ansiedad, nerviosismo.

Distimia: Cualquier enfermedad causada por el funcionamiento anormal del niño en la infancia. En Psiquiatría, cualquier tendencia a estar desanimado o deprimido, con frecuencia asociada con hipocondría. Cualquier anormalidad de la mente.

Disnea: Cortedad de la respiración. Respiración difícil o trabajosa.

Disinergia: Falla en la coordinación de grupos de órganos o músculos que actúan al unísono en condiciones normales en particular el estado anormal de antagonismo muscular en enfermedad cerebelosa.

Estupor: Estado de depresión de la conciencia en el que la actividad mental y física está reducida a mínimo y de que sólo puede salirse mediante estímulos vigorosos y repetidos. Estado en el que las impresiones del ambiente exterior llegan y son recibidas normalmente, pero la actividad está suspendida o se caracteriza por su negativismo, como ocurre en la esquizofrenia catatónica. Estupor melancólico es = a asociación con la depresión.

Fobia: estado angustioso, terror desmesurado, irracional e incontrolable que surge ante un objeto, persona o situación no considerado consensualmente como temibles.

Halitosis: Tener aliento desagradable.

Hedonista: Persona que busca el placer. No se puede no ser hedonista, por la misma razón que ningún ser humano deja de moverse por algún interés o es por fuerza egoísta si quiere seguir viviendo.

Hipersomnias: Sueño excesivo.

Hiperorexia: Es igual al término de Bulimia.

Hiperpirexia: Fiebre excesivamente alta.

Hiperoxia: Cantidad excesiva de oxígeno.

Hiposomnias: Número insuficiente de horas de sueño.

Hipotimia: Desánimo, depresión del espíritu, disminución en la intensidad de las emociones.

Letargo: Olvido, estupor.

Lumbago: Dolor de espalda en la región lumbar.

Mialgias: Dolor en los músculos.

Morbilidad: Estado o condición de enfermedad. Condiciones que inducen la enfermedad. Relación del número de individuos enfermos con la población total de una comunidad.

Músculos abductores: Músculos que apartan, movimiento de separación de músculos o bien un órgano de la línea o plano medio del cuerpo.

Músculos extensores: Son aquellos músculos que extienden o estiran un miembro o parte.

Músculos flexores: Músculos que doblan o flexionan un miembro o parte.

Neuralgia: Dolor paroxístico intenso, agudo, a lo largo del curso de un nervio, no se asocia con signos neurológicos demostrables o cambios estructurales del nervio. El dolor es por lo común breve.

Nosología: Ciencia de las clasificaciones de las enfermedades.

Premórbico: Que antecede a los signos o síntomas de una enfermedad o trastorno.

Prodrómico: Pertenece a las manifestaciones o síntomas iniciales de una enfermedad.

Somnolencia: Amodorramiento, semi inconsciencia.