

La depresión por crisis financiera mundial

Resumen:

La depresión es el resultado final de la interacción de múltiples factores constitucionales, evolutivos, ambientales e interpersonales que modifican las pautas de neuro-transmisión entre los hemisferios cerebrales y el sistema límbico, y alteran de manera irreversibles los circuitos cerebrales de recompensa y castigo. La depresión es un trastorno mental caracterizado por sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza, indefensión y desesperanza profundos. A diferencia de la tristeza normal, o la del duelo, que sigue a la pérdida de un ser querido, la depresión patológica es una tristeza sin razón aparente que la justifique, y además grave y persistente. Puede aparecer acompañada de varios síntomas concomitantes, incluidas las perturbaciones del sueño y de la comida, la pérdida de iniciativa, el auto castigo, el abandono, la inactividad y la incapacidad para el placer. El número de casos de este trastorno mental se ha visto incrementado en estos días, debido principalmente a una noticia que ha recorrido el globo terráqueo a través de los medios masivos de comunicación y que afecta los bolsillos de todos los habitantes, la crisis financiera internacional, la cual no sólo ha golpeado la bolsa de valores, el mercado inmobiliario, los bancos y deudores y hasta el pensamiento económico neoliberal, sino al ciudadano común de todas las naciones al sentir su impacto en el empleo y el consumo, lo cual repercutirá en la salud mental de la población ocasionando alteraciones en su medio, en su familia, en el trabajo y en su sexualidad.

Palabras claves:

Depresión, Trastorno mental, Crisis financiera. Mercado bursátil. Síntomas, Causas, Tratamiento.

Índice de contenidos.

1. Introducción.
2. ¿Qué es la depresión?
 - 2.1. ¿Por qué se producen las depresiones? Causas y manifestaciones.
 - 2.2. Factores que influyen en la depresión.
 - 2.3. ¿Quién tiene mayor riesgo de sufrir una depresión y porque?
 - 2.4. Clasificación de los trastornos anímicos.
 - 2.5. Tipos de trastornos depresivos.
 - 2.6. Síntomas depresivos.
 - 2.7. Consecuencias y características.
 - 2.8. Evaluación de la depresión.
 - 2.9. Diagnóstico.
 - 2.10. Tratamiento.
3. Conclusión.
4. Bibliografía.

1. Introducción.

Por el tiempo que ha durado, su magnitud y su alcance, la actual crisis financiera se puede considerar más grave que la que comenzó en octubre de 1929.

Haciendo un poco de historia y recordando los últimos problemas financieros de la última decenio del siglo XX, observamos primeramente, el efecto tequila (1994-1995). El pésimo manejo político y económico golpeó en Latinoamérica en forma de huracán financiero al que se le denominó efecto tequila, lo anterior trajo consigo fuga de capitales, se agudizó el problema de la deuda externa y la economía de muchas naciones quedó literalmente aniquilada. El mercado accionario perdió 44 por ciento, la recuperación a lo niveles máximos previstos tomó poco más de un año con tres meses.

Cuando apenas se empezaban a sentir la recuperación, la Federación Rusa suspendió sus pagos y con ello arrastró a los mercados emergentes, la crisis se extendió por Asia, donde quebraron diversos bancos y economías, por lo anteriormente expuesto 1998 nos traerá a la mente el debacle financiero por la crisis rusa.

Iniciando el nuevo siglo aparecen otras amenazas y otros tipos de crisis, el terrorismo y los fraudes por especulación. En 2000 – 2001, se colapsan las empresas de internet y son destruidas las torres gemelas. La quiebra de empresas tecnológicas (principalmente sitios de internet) desmoronó el Nasdaq, la bolsa de las empresas medias. La caída se prolongó un año y medio debido a la destrucción de las torres gemelas de Nueva York y a la debilidad general de la economía de los Estados Unidos de América, como podemos apreciar compañeros congresistas, la economía de la otrora nación más poderosa del planeta desde finales del siglo XX ya no era tan sólida como nos hacían creer. En ese tiempo Estados Unidos de América presentó recesión económica, para recuperarse los mercados tardaron dos años y tres meses.

La crisis inmobiliaria, ocasionada por el desmoronamiento del sector hipotecario de Estados Unidos de América, ha puesto en jaque a las casas de bolsa, bolsas de valores, bancos, naciones, es decir al planeta entero. Dos corredurías históricas se disolvieron, otras se fusionaron o fueron adquiridas por el gobierno norteamericano y otras tantas siguen convulsionándose. La recesión económica agrava el problema. El sistema financiero, medular para el movimiento económico, se encuentra impresionantemente frágil.

Recordamos que en 2001 se derrumbaron los edificios que albergaron a diversas entidades financieras, las entidades siguieron vivas, pero aunque en la actualidad sus edificios materiales siguen firmes, lo que ahora se desintegró fue el valor económico de las propias entidades, y lo anterior, no sucedía, desde aquel legendario octubre de 1929.

Estados Unidos de América una nación acostumbrada a vivir de las rentas de todos los países del orbe, tal y como lo hacían las antiguas metrópolis coloniales, se encuentra ante la peor crisis financiera de su historia, debido a ello, los estadounidenses padecen en la actualidad problemas de depresión debido a su situación económica.

Las mujeres y las personas de la tercera edad son quienes presentan mayor preocupación, comparados con los hombres y los jóvenes.

La crisis financiera de origen inmobiliario en Estados Unidos, ya se propagó por todo el planeta tierra y a la mayoría de las personas no les interesa el rescate financiera o la crisis financiera que sufre la Unión Americana, ya que cada quien está demasiado preocupado y ocupado viviendo su propia crisis económica.

Para el común de los seres humanos y específicamente para el pueblo estadounidense, el rescate financiero por 700 mil millones de dólares, resultó ajeno, a pesar de ser históricamente el mayor rescate público de la empresa privada. Lo anterior, debido a que al ciudadano común no le va a favorecer en nada, porque de ese dinero ni un solo dólar va a llegar a su billetera para pagar la comida o la renta. La población se preocupa al extremo porque le alcance su ingreso, por lo que sucede en su hogar, no en “x” o “y” banco.

La verdad, es una lastima que se desperdicie tanto dinero, cuando la gente necesita infinidad de obras sociales (salud, educación y alimentación), aunque es respetable y autónoma la legislación estadounidense, sorprendió la manera tan rápida de su aprobación, es de imaginar que tal velocidad de los congresistas no hubiera sido igual si se tratara de dinero para las necesidades de la gente, pero aquí los medios de comunicación y los gobiernos del orbe han puesto ante los ojos del mundo a los dueños de las inmobiliarias y de los bancos como unos mártires y benefactores de la humanidad que hay que ayudar, ¿y las personas que tenían crédito inmobiliario y perdieron la casa, el ciudadano común que tendrá que pagar más impuestos y ver mermado su poder adquisitivo, y los inversores que perdimos nuestro dinero y no tenemos ninguna garantía que se nos reintegre el capital con el que trabajaban las constructoras de viviendas o con el que amasaron grandes fortunas en la bolsa de valores los dueños de las inmobiliarias?, acaso en el planeta tierra, existimos seres humanos de segunda y sólo los dueños de empresas aliados de los gobiernos son de primera.

Ante ésta situación, se puede considerar que lo menos peligroso es encontrarse depresivo, opino esto, porque muchas personas y esos datos siempre están ocultos, lamentablemente no encontraron otra solución y optaron por el suicidio, no es exageración, así ha pasado.

Porque al quedarse sin dinero a uno no le va a rescatar ningún gobierno, el problema ahora es estirar al máximo el ingreso en el mejor de los casos, no perder el empleo y que todas las cuentas estén pagadas, porque día con día la situación se está poniendo más caótica.

Prácticamente desde 2007 y mayormente en 2008 sube la renta, los alimentos, el gas, la gasolina, hasta la ropa que sólo puede ser adquirida en oferta. El dinero ya no alcanza para lujos, se gasta sólo en lo indispensable y los diferentes gobiernos del mundo deberían hacer lo mismo, no gastar tanto dinero de los contribuyentes en salvar empresas privadas, porque es el dinero del pueblo y al final no vaya a ser que acabemos todos en bancarrota.

2. ¿Qué es la depresión?.

La palabra depresión viene del latín “depressio” que quiere decir hundimiento. Tal es el estado experimentado por quienes la padecen, una sensación de hundirse lenta y gradualmente, en nuestro caso, hundirse tanto moral, mental como económicamente.

La depresión, el más frecuente de todos los trastornos mentales, afecta a hombres y a mujeres de cualquier edad y clase social, aunque las mujeres y las personas en ciertos periodos del ciclo vital (adolescencia, menopausia, andropausia y en general los periodos de crisis o cambios importantes) parecen ser las más afectadas.

La depresión se incluye en el grupo de los “trastornos afectivos”; porque como característica de la depresión es la alteración de la capacidad afectiva, y no solo es la tristeza sino también, la incapacidad de dar afecto o recibirlo de quienes nos rodean.

Consideramos los factores psicosociales como determinantes en la adquisición y desarrollo de la depresión.

La predisposición hereditaria se plasma en real en tanto y en cuanto esté reforzada por la historia personal desde el momento del nacimiento. La educación refuerza o revierte las predisposiciones orgánicas. Entendemos que aún en el caso de no existir factores hereditarios es posible la adquisición de esta enfermedad, a partir de la realidad histórica y actual de la persona.

2.1. ¿Por qué se producen las depresiones? Causas y manifestaciones.

Para hablar de las causas de la depresión se debe considerar que existen diferentes tipos y cada uno puede padecer unas causas u otras. La depresión es un desorden mental que afecta a las personas integralmente. Afecta a sus sentimientos, pensamientos y acciones.

Las causas de la depresión son complejas y solo parcialmente comprendidas. La mayoría de los médicos aceptan que la depresión es causada por una combinación de factores biológicos (incluyendo los factores genéticos), sociales y psicológicos.

Algunos tipos de depresión tienden a afectar a miembros de la misma familia. Se da el caso de esto en los trastornos bipolares, los estudios de familia con miembros que padecen este trastorno han demostrado que aquellos que enferman tienen una constitución genética diferente a quienes no enferman.

Otros factores que pueden hacer que aparezca esta enfermedad son tensiones de la vida, como sucede actualmente al no alcanzar los salarios para satisfacer las necesidades básicas de las personas, problemas en la familia, trabajo o estudios.

Algunas personas pueden tener más posibilidades de desarrollar estos trastornos, dependiendo del carácter. Una persona con una autoestima baja, pesimista y que se pone nerviosa con facilidad tiene más posibilidades que otras de padecer depresión.

Otro factor causante de estos trastornos puede ser una enfermedad física como por ejemplo los ataques de corazón, cáncer, trastornos hormonales, la enfermedad de Parkinson. Cuando una persona padece una enfermedad física y a la vez cae en una depresión puede hacer que su recuperación sea más difícil y larga de lo que suele ser, ya que no atienden a sus necesidades, están decaídas y no colaboran con el tratamiento para poder curarse.

La pérdida de un ser querido, los problemas en una relación personal, los problemas económicos, o cualquier situación estresante en la vida también pueden hacer que aparezca un episodio depresivo.

Después del episodio inicial, otros episodios depresivos pueden ocurrir sin que haya una situación de estrés.

A lo largo de los años la psiquiatría ha elaborado diferentes teorías para explicar el fenómeno de la depresión. Desde distintos puntos de vista no hay ninguna teoría que explique completamente el por qué de las depresiones.

Concluyendo, Son causa de la depresión:

- ✚ La pérdida de un ser querido.
- ✚ La falta de confidentes.
- ✚ Los problemas económicos.
- ✚ Problemas familiares.
- ✚ Envejecimiento.
- ✚ Pérdida del trabajo (aunque esta es muchas veces una consecuencia del estado depresivo)

La depresión se manifiesta por:

- Tristeza y llantos frecuentes.

- Pesimismo marcado.
- Falta de interés por las actividades cotidianas.
- Pérdida de las capacidades para resolver los propios problemas.
- Bajo rendimiento y absentismo laboral.
- Sensación de inutilidad.
- Pérdida de apetito y adelgazamiento.
- Trastornos del sueño.
- Variaciones de carácter. Normalmente el estado anímico es desastroso por las mañanas, pues el sujeto teme enfrentarse con un nuevo día, esto va mejorando con el transcurso de las horas.
- Búsqueda de un amigo o persona que sepa escucharlo y aconsejar frente a la forma de actuar frente a los problemas.

2.2. Factores que influyen en la depresión.

Factores Sociales.

Numerosos factores sociales son los determinantes de esto. Por lo que es necesario captar qué fenómenos sociales de las últimas décadas están determinando la aparición de la depresión en cada persona.

Nos referimos a los siguientes fenómenos sociales:

- ✚ Recesión económica.
- ✚ Alto índice de desempleo.
- ✚ Inseguridad social.
- ✚ Marginación.
- ✚ Carencia de proyectos.
- ✚ Mercado individualista.
- ✚ Ruptura de redes sociales.
- ✚ Desaparición de lugares de pertenencia.
- ✚ Aislamiento social.

Síntomas Asociados:

Estamos ante un fenómeno social, de extensión mundial, de gran confusión e indiscriminación de la realidad.

Es común encontrarse con pacientes que recurrentemente hablan de miedo, soledad, ataques de pánico. Vemos que estas manifestaciones encubren determinadas características que forman parte de cuadros depresivos.

Estos síntomas asociados surgen en estos últimos años como consecuencia de fenómenos sociales y cambios agresivos que repercuten sobre las personas.

Características:

- ✘ Pérdida de interés o de placer por las actividades cotidianas.
- ✘ Aislamiento social.
- ✘ Trastornos del humor.
- ✘ Humor disfórico, caracterizado por sentirse deprimido, desalentado, triste, sin esperanzas o irritable.
- ✘ Anorexia o pérdida de peso (sin hacer dieta).

- × Aumento exagerado del apetito y de peso.
- × Insomnio o hipersomnio.
- × Agitación o lentificación psicomotriz.
- × Pérdida de energía o fatiga.
- × Disminución de las actividades vitales.
- × Descenso de la actividad y del deseo sexual.
- × Disminución de la capacidad de pensamiento y concentración.
- × Sentimientos de ruindad, inutilidad y fracaso.
- × Carencia de proyectos.
- × Disminución del rendimiento en la escuela, el trabajo, etc., ocasionado por distracción, escasa memoria y alteraciones del pensamiento.
- × Valorizaciones predominantemente negativas.
- × Pensamientos de muerte recurrentes, ideas suicidas, deseos de estar muerto.
- × Intolerancia a ruidos y movimientos.
- × Sentimiento de culpa exagerado.
- × Auto reproches.
- × Baja autoestima.
- × Fracasos reiterados.
- × Impotencia para salir de la depresión y exigencia de hacerlo.

Entorno social.

Estado civil. Tanto las personas casadas como las que mantienen relaciones afectivas estables con menor frecuencia son víctimas de la depresión. Puede decirse que hay algún factor hereditario en el caso de las depresiones bipolares, mientras que las otras tienen que ver con soportes sociales-familiares que actúan como atenuante.

Clase social. Las depresiones unipolares y otras depresiones menores aparecen con mayor frecuencia en clases sociales bajas, personas con pocos años de escolaridad y/o con trabajos menos calificados, parece haber un ligero predominio de las depresiones bipolares en las clases sociales altas.

Creencias religiosas. Aparentemente la frecuencia de suicidios es menor entre los creyentes de cualquier religión. Mientras se ha señalado aumento de depresiones bipolares entre los practicantes de religiones muy estrictas y cerradas.

Medio ambiente. Las depresiones unipolares y menores se presentan con mayor frecuencia en el medio urbano y la frecuencia de las depresiones bipolares es semejante.

Sexo. En las depresiones bipolares la proporción hombre / mujer es muy semejante, no es así en el caso de las depresiones menores y unipolares, en estas dos últimas la frecuencia es de un hombre por dos mujeres. Se piensa que hay relación entre estas cifras de depresión y los cambios hormonales, el papel social asignado a la mujer, la educación sociocultural de la mujer, quizás, la ayude a aceptar y reconocer que se encuentra triste, desmoralizada, mientras que los hombres no expresen la depresión por ser un signo de debilidad y tiendan a optar por el alcoholismo, la agresividad o somatizaciones, enmascarando “el sentimiento” considerado como poco masculino.

Edad. Aunque por lo general la depresión se presenta sobre todo entre los treinta y los cincuenta años, en cualquier etapa de la vida puede haber depresiones. Tanto en la infancia como en la vejez existen depresiones con características propias de cada una de estas edades. Hay que tener en cuenta que los niños pueden no ser capaces de verbalizar sus estados de ánimo y entonces sus manifestaciones de desánimo se encuentren en el trastorno del apetito, aislamiento social, fobias escolares, vómito, insomnio, etc. Entonces es importante reconocer estos síntomas como posible punta del iceberg de un cuadro depresivo.

En el anciano la depresión también tiene otras características pues hay que tener en cuenta que con la edad cambian las particularidades biológicas, el cerebro del anciano cambia la cantidad de neurotransmisores, el número de neuronas disminuye, afectando entre otras cosas la memoria, todo esto sumado a los cambios en el resto del cuerpo, la economía; el uso de fármacos para diferentes enfermedades, etc. En el punto de vista social un anciano es una persona improductiva, puede cambiar su estatus en la familia. Entonces estos cambios explican en parte ciertas depresiones y sus características clínicas y terapéuticas. La depresión en el anciano puede manifestarse de la misma forma que en la edad adulta, pero también se presenta con rasgos que pueden confundir a las personas de su alrededor, como en la pseudo-demencia depresiva y las depresiones involutivas.

Herencia. Se ha demostrado que la frecuencia de trastornos depresivos endógenos entre familiares de primer grado va del 15 al 20%. Este porcentaje está muy por encima de lo que corresponde a la población en general. El mecanismo de transmisión hereditaria no ha sido aclarado. También es posible encontrar en la ascendencia y descendencia de pacientes con depresión alteraciones psíquicas no depresivas con una mayor influencia que en la población en general. Mientras que en las depresiones menores el componente hereditario da la impresión de ser mucho menor e incluso inexistente. Hay que tener en cuenta las semejanzas que presenta esta enfermedad entre gemelos.

Factores biológicos.

El sistema nervioso central es la parte del cuerpo, junto con las glándulas endocrinas, que producen casi todas las sustancias químicas que son necesarias para la vida, las cuales nos hacen dormir, controlar nuestras emociones, estar hambrientos.... En algunas depresiones se han encontrado alteraciones de estas sustancias y de los mecanismos cerebrales donde actúan. Se han encontrado alteraciones biológicas como las referidas al sueño, mientras dormimos se producen unas ondas de distintos tipos y duración las cuales son distintas en pacientes deprimidos.

Factores genéticos

La genética estudia la transmisión de los caracteres heredados de generación en generación a través de los genes. En las depresiones endógenas hay altas tasas de antecedentes familiares de personas que hayan padecido trastornos del estado de ánimo. Es curioso que en los gemelos univitelinos haya un 65-70% de posibilidades de que si uno padece una depresión, la padezca el otro también, mientras que en los gemelos bivitelinos solo hay un 10% de posibilidades. Por lo tanto los datos obtenidos de los estudios genéticos apoyan la existencia de un componente hereditario y familiar en este trastorno.

Factores psicológicos.

Las distintas escuelas que estudian el comportamiento y la psicología han intentado explicar el fenómeno de las depresiones desde una perspectiva más psicológica basándose en personalidad, pensamiento, modelos de conducta o aspectos de aprendizaje e interacción.

La psicología cognitiva se basa en la consideración que los pensamientos que tenemos son los que hacen que tengamos un comportamiento u otro e incluso crean nuestro estado de ánimo. Por ejemplo, una persona se siente deprimida y triste especialmente en el trabajo, si se le pregunta que pensamientos tiene cuando esta angustiada, ella explica que todo comienza al llegar al trabajo por las mañanas, se va a desayunar sola porque su compañero(a) desayuna en su casa. Esto le hace pensar que le cae mal a su compañero(a) y que, por lo tanto, la evita. Al estar sola comienza a pensar que ella tiene la culpa de todo y comienza a llorar. Este es el ejemplo de cómo un pensamiento puede motivar un estado de ánimo.

Las teorías psicoanalistas tienen su origen en los estudios de Freud. Consideraba que hay una serie de factores que favorecen una crisis de la autoestima y, por lo tanto, ablandan los síntomas depresivos. Muchos de estos factores se requieren a la edad infantil.

2.3. ¿Quién tiene mayor riesgo de sufrir una depresión y porque?

Nadie sabe que es lo que provoca la depresión exactamente, pero varios factores importantes han sido identificados. - Dr. Stuart Yudofsky del psychiatry department at Baylor College of Medicine in Houston.

Por razones que aun no están claras, algunas personas son más vulnerables que otras para sufrir una depresión. Algunas personas tienen mayor riesgo que otras para sufrir una depresión por ejemplo:

- Parientes. Puede ser algo genético, o también provocado por las relaciones familiares, comparados con aquellos que no tienen parientes depresivos, aquellos que tienen parientes cercanos que son o han estado deprimidos tienen el doble de probabilidad de sufrir una fuerte depresión ellos mismos.

- Mujer. Las mujeres sufren depresión con una mayor facilidad que los hombres, se dice que por cada hombre deprimido hay dos mujeres deprimidas. Además las mujeres se ven perjudicadas por los efectos hormonales provocados por su periodo menstrual, embarazos, nacimiento del niño, infertilidad y los efectos causados por los anticonceptivos.

Para las mujeres son muy importantes sus relaciones con otros, es por eso que a ellas una pérdida las afecta profundamente y esto las vuelve más vulnerables a una depresión. Por otra parte, comparadas con mujeres que no tienen hijos, las madres son menos propensas a sufrir depresiones mayores o ha cometer intentos de suicidio, tal vez esto sea por la intensa relación afectiva que hay entre ellas y sus hijos.

- Hombre. Algunos hombres tienen los clásicos síntomas de la depresión, pero la mayoría de ellos tiende a esconderla. Esto sucede debido a las creencias de que el hombre debe superar sus sufrimientos emocionales y ellos se sienten avergonzados por su propia

depresión, es por esto, que los hombres tienden a desviar su depresión hacia otras cosas como el alcohol, el abuso de otras sustancias o comportamientos antisociales.

- Gente Mayor. La depresión en personas de la tercera edad está relacionada la mayor de las veces con un deterioro psicológico, pérdida de amigos, familia, y la imposibilidad de realizar actividades que antes les llenaban de satisfacción.

- Niños. La depresión en niños es poco común, pero los abusos, pérdidas y tener padres depresivos incrementa el riesgo de que el niño sufra una depresión. Los niños deprimidos no se notan totalmente tristes, sus síntomas tienden a ser problemas de conducta, se portan irritables, explosivos y presentan problemas en la escuela.

- Adolescentes. El suicidio es la segunda causa de muerte en jóvenes de entre 15 y 19 años de edad. La adolescencia es una etapa difícil, los adolescentes sufren una gran cantidad de cambios hormonales. Sus alegrías son más grandes pero también sus tristezas son más profundas.

- Ciudadinos. Por razones inexplicables depresiones mayores son más comunes en grandes espacios urbanos mucho más que en espacios rurales, pero otras formas de depresión no aparecen en estas áreas.

- Personas con enfermedades crónicas. Es normal que se sienta tristeza cuando se le ha diagnosticado alguna enfermedad crónica, ya que esto lleva a una limitación de tus actividades y provoca un gran dolor.

- Personas que abusan del alcohol y las drogas. Un gran causante de depresión (especialmente en hombres) es el abuso de depresores: alcohol, narcóticos, sedantes y tranquilizantes.

2.4. Clasificación de los trastornos anímicos.

Dicotomías Descriptivas.

Se han contabilizado hasta 53 subtipos diferentes de depresión (por ejemplo: enmascarada, existencial, juvenil, melancólica, menstrual, etc.) Algunas de las dicotomías que han sido más empleadas a lo largo de los pasados decenios para clasificar los trastornos afectivos son:

Depresión Normal:

Es un condicionamiento normal de pérdida en la vida. Incluyendo tristeza, somnolencia y en algunos serios casos (como la muerte de un ser querido) desesperación, furia, insomnio, pérdida de apetito, aumento de peso, obsesión y culpa.

Depresión Atípica:

Esta es la más inusual. Abundan los sentimientos de melancolía y somnolencia, una persona en este estado puede estar profundamente deprimido por unos días, después bien por un tiempo o ansioso e irritable. También aparece sin causa específica.

Desordenes Afectivos (SAD):

También conocidos como "Winter Blues". Es provocada por la pérdida de luz durante el invierno, aparece a finales del otoño y dura hasta principios de la primavera. Mientras más lejos del ecuador se viva aparece con mayor frecuencia. En el Hemisferio Norte Diciembre, Enero y Febrero son los peores meses.

Depresión Pos-parto:

La madre presenta el sentimiento de pérdida después de dar a luz. Esto es provocado por un cambio hormonal, transmitiendo tristeza. Este tipo de depresión puede oscilar desde un cuadro depresivo muy leve y de corta duración hasta formas depresivas más graves que requieren ingreso y tratamientos específicos en un hospital

Endógena-reactiva:

El debate se originó, en parte, por la contraposición entre la visión freudiana y la kraepeliana. Es decir la discusión entre causas psicológicas frente a causas biológicas.

El eje endógeno-reactivo alude a una supuesta distinción entre depresiones biológicas (o endógenas) y depresiones psicosociales (o reactivas) Esta distinción etiológica no tiene ningún apoyo empírico; por ejemplo, muchos estudios han demostrado que las depresiones de aquellas personas que reciben el diagnóstico de "depresión endógena" han padecido factores estresantes ambientales en la misma intensidad que aquellas otras a las que se le diagnostica una "depresión reactiva". La existencia o no de precipitantes psicosociales es irrelevante para distinguir los subtipos de depresión o para efectuar cualquier clasificación de los trastornos afectivos.

Esta distinción suele utilizarse para distinguir dos subtipos de depresión que difieren entre sí por sus síntomas pero no por su etiología: Las depresiones endógenas (hoy llamadas melancólicas) serían aquellas con mayor sintomatología vegetativa (perdida de peso, insomnio, retardo psicomotor, etc.) y síntomas graves como el suicidio, y más recurrentes. Mientras que la depresión endógena tiene una razonable validez si nos atenemos a este patrón específico de síntomas, existe un apoyo empírico escaso que justifique el término de "depresión reactiva". Así pues se utiliza la distinción entre "depresiones endógenas" y depresiones "no endógenas", dejando así de lado el concepto de reactividad.

Psicótica-neurótica:

Esta diferencia diagnóstica ha desaparecido en las clasificaciones más modernas y fiables. En el contexto de los trastornos afectivos el término de "depresión psicótica" se ha utilizado para designar indistintamente depresiones endógenas, depresiones graves o depresiones con síntomas psicóticos (alucinaciones y delirios) Por otro lado el término depresión neurótica también ha sido empleado para denominar depresiones ligeras, depresiones secundarias, trastornos de personalidad, estados depresivos crónicos, etc. En realidad bajo la distinción "psicótica vs. neurótica" subyace simplemente una distribución unimodal basada en la gravedad sintomatológica. Debido a esta imprecisión conceptual y terminológica se ha desaconsejado el uso de esta dicotomía clasificatoria.

No obstante el DSM-III y sus sucesores conservan el término de "psicótico" para clasificar aquellos trastornos afectivos en los que existen o bien delirios (normalmente ideas delirantes de culpa, de enfermedad o de ruina económica) o alucinaciones (voces acusatorias o visiones de familiares fallecidos) acompañando al trastorno depresivo.

Unipolar-Bipolar:

Esta dicotomía es la que más se emplea en la actualidad en los sistemas de clasificación oficiales. El trastorno bipolar o maníaco-depresivo en anteriores terminologías se caracterizaba por la aparición de episodios de manía (existan o no episodios depresivos) Por el contrario, los trastornos unipolares depresivos se caracterizan porque el sujeto tiene episodios de depresión sin que nunca haya padecido un episodio maníaco. Los unipolares son 10 veces más frecuentes que los bipolares.

Lo más habitual es que en el transcurso de la vida el paciente bipolar presente episodios de depresión y de manía con una duración de varios meses cada uno de ellos. Un paciente que presente un episodio de manía sin que nunca haya tenido un episodio depresivo también se diagnostica como bipolar, pues es muy probable que a lo largo de su vida alguna vez desarrollen episodios depresivos.

Sintomatológicamente no hay diferencias entre el estado depresivo de un paciente unipolar y el de un bipolar. Ambos, cuando están deprimidos, tienen el mismo patrón de síntomas y con la misma intensidad. Sin embargo existen diferencias en cuanto al curso, genética y respuesta al tratamiento.

Primaria-secundaria:

“Primario” hace referencia a cuadros en los que el trastorno del estado de ánimo (depresivo o bipolar) existe aisladamente, sin la presencia actual o pasada de otro cuadro distinto al afectivo (alcoholismo, fobias, esquizofrenia, trastornos orgánicos cerebrales, etc.). Por el contrario los trastornos anímicos secundarios hacen referencia a pacientes “con un trastorno médico o psiquiátrico preexistente y diferente a la depresión o a la manía”. Por lo tanto esta distinción alude a un orden de presentación. La idea es separar depresiones puras o aisladas de otras en las que haya cierta contaminación de otros cuadros médicos o psiquiátricos coexistentes.

Esta diferencia es importante tanto desde el punto de vista descriptivo como para la predicción del curso y el manejo clínico. En general las personas con trastornos primarios están bien entre cada episodio, porque hay otro trastorno que complique la situación, pero por el contrario tienen mayor riesgo de suicidio que los secundarios (con excepción del caso del alcoholismo).

2.5. Tipos de trastornos depresivos.

Los síntomas de la depresión varían según la persona.

La depresión puede ser calificada como leve, moderada o grave dependiendo de la cantidad y gravedad de sus síntomas. En psicopatología se pueden reconocer tres categorías dentro de la depresión, pero en todos los síntomas principales es el estado de ánimo. Estas categorías son: Trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar y trastorno distímico.

■ Trastorno depresivo mayor.

A menudo causa una desesperación tan grande que la persona pierde interés en la vida, se vuelve incapaz de sentir placer y pierde interés en el sexo, no puede salir de la cama y dejar de comer por varios días.

Puede acompañar enfermedades serias como diabetes, cáncer, artritis, etc. Para que se considere una depresión mayor debe presentarse durante dos semanas mostrando los

siguientes síntomas: problemas de sueño (insomnio o somnolencia), problemas de apetito (pérdida de apetito o de peso), falta de energía (apatía, somnolencia o falta de interés), sentimiento de desesperanza y/o terrible culpa, dificultad de concentrarse o indecisión, pensamientos o intentos suicidas. El 25% de las personas que padecen este tipo de depresión intenta matarse.

Los enfermos depresivos se sienten tristes, desesperanzados y sumidos en la melancolía. Dos tercios de los pacientes se plantean el suicidio y de estos un 15% llegan a cometerlo. Algunos pacientes cambian su humor a medida que avanza el día, por la mañana están de mal humor y va mejorando con el paso de las horas. Los enfermos con este trastorno suelen distraerse con facilidad o quejarse por la falta de memoria.

Síntomas y trastornos asociados.

Los enfermos con un episodio depresivo mayor se presentan a menudo con llanto, irritabilidad, tristeza, ansiedad, fobias, preocupación excesiva por la salud física y quejas de dolor. La consecuencia más grave en un episodio depresivo mayor es la tentación del suicidio y el consumo de drogas o alcohol.

Los síntomas de este episodio suelen desarrollarse a lo largo de días o semanas. En el 50% de los casos suele aparecer antes de los 40 años con una duración de 6 a 13 meses sin tratamiento y de tres con tratamiento. Tiende a ser crónico.

El término Trastorno depresivo mayor es el que se emplea para describir a una persona que presenta un episodio depresivo mayor y además cumple una serie de condiciones adicionales:

- ◆ Nunca ha tenido un episodio de manía o de hipomanía (en cuyo caso estaríamos frente a un trastorno bipolar); y
- ◆ No se trata de un caso de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, o un trastorno psicótico, es decir, no se trata de un problema “jerárquicamente” superior a los trastornos del estado de ánimo.

Sólo se pueden diagnosticar dos tipos de Trastorno depresivo mayor:

- ◆ De episodio único: para aquellos que el episodio actual sea el único que hallan tenido en sus vidas.
- ◆ Recurrente: para aquellos casos en los que ha habido por lo menos algún otro episodio depresivo mayor en su vida.

El curso de la depresión mayor es muy variable. Aunque la mayor parte de las personas que sufren un episodio depresivo acaban recuperándose en 1 o 2 años, aproximadamente un 15% de los casos va a tener un curso crónico (2 años o más deprimidos), en concreto, el 18% de los pacientes con depresión permanecería deprimido tras dos años de seguimiento, y el 10% estaba aún deprimido al cabo de 5 años.

■ Trastorno depresivo bipolar (maníaco-depresivo).

Se trata de un trastorno caracterizado por dos episodios al menos en los que el estado de ánimo y los niveles de actividad del enfermo están profundamente alterados, de forma que en algunas veces la alteración consiste en una exaltación del estado de ánimo y un aumento de la vitalidad y el nivel de actividad (manía). Otras veces, ocurre todo lo contrario (depresión). El comportamiento de un enfermo puede variar desde la histeria, hiperactividad, hipocondría, hasta la inactividad y los impulsos suicidas.

Este trastorno maníaco-depresivo puede aparecer igual en mujeres que en hombres. Suele aparecer en la adolescencia o en la edad adulta temprana y permanece durante mucho tiempo destruyendo la vida escolar, laboral, familiar y social del enfermo, en el caso que no reciba un tratamiento.

Los síntomas psiquiátricos característicos del trastorno bipolar son clasificados en una serie de categorías básicas:

El episodio maníaco: hace referencia a un estado de ánimo elevado, excitado o irritable. Los episodios comienzan normalmente de manera brusca durante un periodo entre 2 semanas y 4 meses. Los síntomas suelen ser: la dificultad a la hora de concentrarse, el sentimiento de no servir para nada, hiperactividad, incapacidad para relajarse, irritabilidad, insomnio, en ocasiones, consumo de drogas, alcohol y otras sustancias, incremento del deseo sexual, autoestima exagerada, más hablador de lo habitual, intento de suicidio.

Es el episodio contrario a la depresión. Los síntomas suelen ser los mismos pero al contrario.

Este episodio tiene un comienzo brusco, los síntomas aparecen al levantarse o a las pocas horas o días. Este síntoma inicial se le llama “síntoma señal” y es diferente en cada enfermo.

Los enfermos tienen un aspecto radiante, rebosan de alegría, prefieren los colores chillones, diseños llamativos y ropas juveniles. Si la manía es intensa se pueden llegar a desnudar en público.

Las personas que padecen este trastorno se mueven mucho. Tienen la necesidad de hacer muchas tareas las cuales comienzan pero dejan a medias para comenzar a hacer otras nuevas. Cualquier cosa que no tenga que ver con la actividad que esté realizando en un momento concreto hace que se distraiga. Hablan mucho y muy rápido, suelen tener una risa fuerte y contagiosa. Suelen pensar más rápido de lo que hablan y por ello a veces no se les entiende, a este fenómeno se le llama “Fuga de ideas”.

Suelen aparenta tener una alegría desbordante. Se muestran optimistas, todo lo ven perfecto y por el lado positivo. Contagian su alegría a los demás.

Estos enfermos pueden llegar a agredir a alguna persona por el hecho de que ésta les lleve la contraria.

La peligrosidad del maníaco esta basada en su irritabilidad. Los riesgos más frecuentes pueden ser de tipo económico ya que se han dado casos en que un enfermo maníaco ha firmado cheques en blanco, ha donado todos sus bienes a una fundación benéfica y esto le ha llevado a la ruina. A algunos les echan del trabajo ya que no expresan confianza por los actos que comete.

Sus ideales suelen ser de grandeza, mienten y dicen tener riquezas, conocer a famosos, les escriben o hacen ver que hablan con ellos por teléfono.

Conservan la capacidad de percepción, identificación y claridad de la conciencia, orientación y memoria. En ocasiones recuerdan cosas y personas que conocieron hace tiempo y que normalmente tenían olvidados. Por ejemplo, amigos que conocieron haciendo el servicio militar, poesías que aprendieron de pequeño.

Tienen trastornos en el sueño. No pueden dormir mucho pero aún así descansan. Respecto a la alimentación suelen hacer un cambio de metabolismo. Se levantan de la mesa con frecuencia para hacer otra actividad.

La evolución de este trastorno consta de fases maníacas seguidas de períodos completamente libres de síntomas en los que el individuo reemprende sus tareas con total normalidad. Las frecuencias de las fases son muy variables de un paciente a otro.

Algunos enfermos que se encuentran en este periodo pueden controlarse, otros, sin embargo, pierden el control de sí mismos.

Cada individuo tiene una manifestación particular de la enfermedad. Algunas personas se caracterizan por presentar periodos de manía de baja intensidad mientras que otras la sufren con violencia.

El episodio depresivo: su duración media es de 6 meses. El enfermo sufre un estado de ánimo desesperanzado, un aislamiento profundo junto a una pérdida de interés por hacer las cosas. Los síntomas más característicos son: sentimientos de tristeza, cansancio, pérdida del autoestima, pérdida de interés por las cosas, incapacidad de experimentar sensaciones positivas, disminución del deseo sexual, cambios en la alimentación, sentimientos de inferioridad, suicidio, alucinaciones, delirios.

Las personas depresivas son pesimistas y siempre ven el lado oscuro de las cosas, se ofenden por la más mínima cosa y piensas que todo irá a peor.

Hay un tipo de depresión llamada la depresión histérica. Las personas que la padecen tienen una personalidad ruidosa y teatral. Les encanta llamar la atención y suelen hacer ver que está mucho más enfermo de lo que realmente están. Les hacen chantaje a sus familiares con la amenaza de que si no les dan lo que piden se suicidan, cosa que sólo es una amenaza, ya que en la mayoría de los casos no tienen el pensamiento de hacerlo. Calculan cuando hacer el “numerito” para que cuando lo hagan lo puedan ver y salvarle.

Algunos depresivos tienen una personalidad obsesiva. No se quejan y niegan sus síntomas, siempre creen que tienen la culpa. Se aíslan y pierden la autoestima, creen que no merecen la ayuda de nadie.

■ Trastorno distímico.

Este trastorno es parecido a la del trastorno depresivo mayor. Los síntomas que suelen apreciarse en los enfermos con este trastorno suelen ser la pérdida de interés por todo, el autismo, los sentimientos de culpa.

Incluye crónicas depresiones de humor, poca autoestima, se consideran ellos mismos perdedores, a menudo son callados, no es necesario una pérdida o un cambio drástico en la vida, es un estado confuso tanto para él como para las personas que le rodean. Cualquiera puede sufrir distimia sin ninguna causa específica.

Trastorno Distímico (DSM-IV)

A. Estado de ánimo deprimido prácticamente todo el día, y más días presente que ausente, durante al menos dos años.

B. Presencia de al menos tres de los siguientes síntomas, que acompañan este estado de ánimo:

- 1) Baja autoestima, baja auto confianza o sentimientos de inadecuación.
- 2) Pesimismo, desesperación o desesperanza.
- 3) Pérdida generalizada del interés o placer.
- 4) Aislamiento social.
- 5) Fatiga o cansancio crónicos.
- 6) Sentimientos de culpa o repaso del pasado.
- 7) Sensación de irritabilidad o ira excesivas.
- 8) Eficacia general disminuidas.
- 9) Problemas de concentración, memoria o indecisión.

C. Durante esos 2 años, no ha habido un período de más de dos meses libre de los síntomas de A y B.

D. En los primeros dos años del trastorno no hubo un episodio depresivo mayor, de modo que el trastorno no puede considerarse un trastorno depresivo mayor crónico o en remisión parcial.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaniaco.

F. No ocurre exclusivamente en el curso de un trastorno psicótico como esquizofrenia o trastorno delirante.

G. No debido a medicamentos, drogas, o a una condición médica general.

Especificar si es de inicio temprano (antes de los 21 años) o tardío (después de los 21 años)
La diferencia fundamental con los trastornos depresivos mayores es que los distímicos muestran una sintomatología de tipo semejante pero menos grave, más sostenida en el tiempo, y rara vez requiere hospitalización.

Un aspecto importante en el diagnóstico de la distimia consiste en efectuar una adecuada exclusión de otras posibilidades diagnósticas. En primer lugar, una distimia no es un estado de depresión subsindrómica tras experimentar un trastorno depresivo mayor. Por ejemplo: si la primera experiencia de trastorno afectivo de un paciente fue un trastorno depresivo mayor hace tres o cuatro años y aunque mejoró mucho nunca se ha mejorado del todo, no nos encontramos frente a un caso de distimia -aunque cumple los criterios A y B- sino en un caso de trastorno depresivo mayor en remisión parcial. Otro aspecto a tener en cuenta es que, al tratarse de un trastorno depresivo, el paciente nunca ha debido tener en su vida un episodio de manía o hipomanía. Finalmente se requiere que este cuadro no sea debido a trastornos psicóticos ni al uso de medicamentos o drogas.

2.6. Síntomas depresivos.

El cuadro que presenta una persona deprimida puede ser muy variado en cuanto a sus síntomas y también en cuanto a su evolución temporal. En algunos casos se trata de formas episódicas y en otros se trata de un estado de síntomas permanente de modo casi continuo.

También puede variar su gravedad: en algunos casos se trata de estados más bien leves, y en otros existen deseos o intentos de suicidio. Pero en general, cualquier persona deprimida es probable que presente un conjunto de síntomas y signos que se puede reducir a 5 grandes núcleos:

Síntomas anímicos:

La tristeza es el síntoma anímico por excelencia de la depresión. Pero aunque los sentimientos de tristeza, abatimiento, pesadumbre o infelicidad son los más habituales, a veces el estado de ánimo predominante es la irritabilidad, sensación de vacío o nerviosismo. Incluso en casos de depresiones graves el paciente puede llegar a negar sentimientos de tristeza, alegando con aparente inmutabilidad que ahora es incapaz de tener ningún sentimiento; en estos casos es normal que los pacientes digan que les es imposible llorar.

Síntomas motivacionales y conductuales:

La anhedonia o pérdida de la capacidad de disfrute es junto con el estado de ánimo deprimido el síntoma principal de un estado depresivo. Levantarse de la cama por las mañanas o asearse pueden convertirse en tareas casi imposibles y, en muchos casos, se abandonan el estudio, trabajo, etc., en su forma más grave este tipo de inhibición conductual se conoce como retardo psicomotor, un enlentecimiento generalizado de las respuestas motoras, el habla, el gesto, y una inhibición motivacional casi absoluta.

Síntomas cognitivos:

El rendimiento cognitivo de una persona deprimida está afectado. La memoria, la atención y la capacidad de concentración pueden llegar a resentirse drásticamente incapacitando su desempeño en tareas cotidianas. Pero aparte de estos déficits formales, el contenido de las cogniciones está alterado, la valoración que hace una persona deprimida de sí misma, de su entorno y de su futuro suelen ser negativas. La auto-depreciación, la auto-culpación y la pérdida de autoestima suelen ser contenidos claves de las cogniciones de estas personas.

Síntomas físicos:

Un 70 u 80% padecen problemas de sueño. Normalmente se trata de insomnio (problemas para quedarse dormido, despertares frecuentes a lo largo de la noche, o despertar precoz), si bien en un pequeño porcentaje puede darse hipersomnia. Otros síntomas físicos son: fatiga, pérdida de apetito, disminución del deseo y la actividad sexual que, en los hombres incluso puede acompañarse de problemas en la erección. También los deprimidos se quejan con frecuencia de molestias corporales difusas: dolores de cabeza, de espalda, náuseas, vómitos, estreñimiento, micción dolorosa, visión borrosa, etc.

Síntomas interpersonales:

Una importante característica de las personas deprimidas es el deterioro en las relaciones con los demás. Estos pacientes normalmente sufren el rechazo de las personas que les rodean, lo que a su vez reacciona aislándoles aún más. Esta área puede ser el foco de interés en el futuro, puesto que un funcionamiento interpersonal inadecuado en estos pacientes ha mostrado predecir un peor curso de la depresión.

2.7. Consecuencias y características.

El suicidio es una de las primeras causas de muerte entre los jóvenes. Más de la mitad de todos los suicidios consumados son provocados por cuadros depresivos. El suicidio en la juventud ha aumentado y algunos lo atribuyen al abuso de las drogas y el alcohol.

Los factores de aislamiento social o psicológico y los estados depresivos tienen una mayor importancia en momentos de cometer el suicidio.

Desde el punto de vista ético, la causa más inmediata suele ser la desesperación extrema a la que se llega por diversas influencias.

La angustia y la ansiedad que provocan el suicidio con efecto de una exagerada sensibilidad o de falta de ideales, acabando por quitar todo sentido de existencia, cuando se cae en una apreciación de los acontecimientos.

En la mayoría de casos el suicidio es como una larga cadena de acontecimientos. El suicidio acaba convirtiéndose en una comunicación que puede tener muchos sentidos y gran importancia. La comunicación en la conducta suicida puede ser verbal o no verbal, directa o indirecta, la fantasía de muertes, regalando sus objetos más queridos, puede contener expresiones de culpabilidad. A veces se puede tratar de una petición de auxilio, para llamar la atención o incluso para humillar a los otros o hacerles sentirse culpables.

La depresión es una de las enfermedades que mayor impacto tiene sobre la persona, pero no-solo en el ámbito psicológico, sino que también en el ámbito físico ya que los pacientes depresivos tienen tasas altas de algunas enfermedades crónicas como la diabetes y se descompensan con mayor facilidad en patologías de larga evolución como la misma diabetes y la hipertensión.

Algunos estudios han comprobado que la depresión tiene más efectos adversos sobre las personas que otras enfermedades como la diabetes, la hipertensión, la artritis y enfermedades pulmonares. La sociedad se rige de acuerdo a criterios económicos y este hecho no es ajeno a la medicina y en este contexto la depresión constituye un problema, ya que su impacto económico es muy importante.

El impacto de una enfermedad se mide de acuerdo a los índices: el primero que constituye los gastos de tratamiento y el segundo que valora los costes indirectos, es decir, la pérdida de productividad debida a la enfermedad ó a sus secuelas.

La mayor parte de los científicos sociales están de acuerdo en que el suicidio es una forma compleja de conducta, que tiene causas biológicas, psicológicas y sociales. Por ejemplo, los psiquiatras han descubierto que, en los casos estudiados, existe generalmente una fuerte depresión. Otros científicos afirman que algunas personas son genéticamente más propensas que otras a las depresiones y por lo tanto al suicidio.

Los psicólogos y sociólogos han encontrado muchas otras influencias personales y situacionales que también contribuyen a la muerte voluntaria. Ésta se produce a menudo para escapar de circunstancias dolorosas; también como acto de venganza contra otra persona a la que se acusa de ser responsable del sufrimiento que lleva a tomar tan drástica decisión. Estos sentimientos se conocen por las notas o cartas que, en ocasiones, deja la persona antes de suicidarse. No obstante, la causa más frecuente es la percepción por parte de la persona de que la vida es tan dolorosa que sólo la muerte puede proporcionarle alivio. La pérdida de un ser querido, dolores crónicos, físicos o emocionales, pueden producir una

sensación de incapacidad para cambiar las circunstancias de la vida y un sentimiento general de desesperanza ante cualquier cambio, lo que lleva a un callejón sin salida donde la muerte es la única solución.

Con frecuencia determinadas condiciones sociales adversas provocan un aumento considerable del número de suicidios. Esto sucedió, por ejemplo, entre la población joven de Alemania después de la Primera Guerra Mundial, en Estados Unidos en el punto álgido de la Gran Depresión de 1929, y en la actualidad en muchas regiones del planeta debido a la recesión económica que tuvo su origen en la crisis inmobiliaria de Estados Unidos de América.

2.8. Evaluación de la depresión.

Hay muchos modos de explorar la depresión. Desde el punto de vista de la intensidad de los síntomas, los instrumentos clínicos más empleados son las escalas auto-aplicadas, como el inventario de depresión de Beck. Una puntuación alta en una escala de depresión no nos garantiza que esa persona padezca un trastorno depresivo. Puede tener muchos síntomas, pero no cumplir con los criterios de un episodio depresivo mayor. Los cuestionarios son por lo tanto, instrumentos inespecíficos.

Hay que tener en cuenta varios parámetros en la exploración psicopatológica de los síntomas depresivos:

- La cronología de los síntomas. Es importante sobre todo para determinar si un factor médico o un consumo de sustancias pueden ser el factor causal de los síntomas.
- La duración del trastorno es crucial para diferenciar una distimia de un trastorno depresivo mayor, o una ciclotimia de un trastorno bipolar.
- La determinación de la existencia o no de un episodio maníaco en la vida del paciente, puesto que esta distinción permite diferenciar entre trastornos depresivos de bipolares.
- Un cuarto elemento a considerar es si el episodio depresivo es de tipo melancólico, puesto que es probable que la psicoterapia no debiera ser el tratamiento inicial de elección en estos casos.
- Es importante la exploración de síntomas psicóticos.

Exploración de un Episodio depresivo mayor.

En el caso de una depresión no resulta siempre fácil obtener información de una persona deprimida. Su frecuente falta de interés y de motivación también puede extenderse a la entrevista, haciendo a veces frustrante la tarea. Es recomendable evitar el término depresión con los pacientes para describir su estado. La exploración del paciente ha de centrarse no solo en los episodios actuales sino también pasados, y naturalmente explorar si ha habido algún episodio de manía, en cuyo caso el trastorno se clasificaría como bipolar, independientemente de que su estado de ánimo sea el depresivo o no. El DSM-IV requiere la presencia de al menos 5 de los siguientes síntomas, (siendo necesaria la presencia del 1 y el 2), casi diariamente y durante la mayor parte del día, durante al menos dos semanas:

1. Estado de ánimo deprimido: es importante preguntar cuál es el mejor y el peor momento del día, y si hay algo que ayude a sentirse mejor, pues estos aspectos están relacionados con la melancolía.

2. Anhedonia.
3. Cambios de peso y/o de apetito: aumento o disminución del peso en un mes del 5% sobre el peso habitual a veces es difícil valorar este síntoma porque puede que el paciente, tenga poco apetito ó altibajos para la comida, pero sin embargo coma muchos dulces o tenga estereotipias alimentarias.
4. Presente una enfermedad física o medicación que afecte su apetito o peso.

En todos los casos es conveniente preguntarse primeramente ¿es esta condición diferente a lo que sucede normalmente en esta persona?, y posteriormente ¿lo vive el paciente como un problema? Si las respuestas a ambas preguntas son afirmativas, se considera que el síntoma está presente.

Trastornos del sueño: se debe explorar tanto él:

- Insomnio inicial (tardar mas de 30 minutos en quedarse dormido)
- Insomnio medio (despertarse mas de 30 minutos durante la noche con dificultades para volver a dormir)
- El insomnio tardío (se considera cuando el paciente dice despertarse, sin poder volver a dormir, entre 1 y 3 horas antes de la hora que era habitual). Se debe analizar también cómo es el estado de somnolencia del paciente durante las 24 horas del día, así como si el sueño es reparador o no, el tiempo que pasa en la cama, etc.

Trastornos psicomotores: hace referencia tanto al retardo como a la agitación psicomotriz. Normalmente el retardo se expresa en un habla o movimientos enlentecidos.

La agitación suele manifestarse en locuacidad verbal, a veces en hablar a gritos, no poderse estar quieto.

Fatiga o pérdida de energía: la sensación de estar cansado puede aparecer incluso aunque el paciente no haga nada. Esta sensación de fatiga puede estar incrementada si también existen problemas de sueño. Es necesario hacer preguntas para distinguir entre pérdida de energía y pérdida de interés, puesto que son síntomas diferentes. A veces, los entrevistados dicen carecer de energía, pero en realidad se trata de una disminución en el interés.

Sentimientos excesivos de falta de valía, auto reproches o culpa: para la valoración de la culpa el clínico debe tener en cuenta en el contexto cultural, religioso y social en que se mueve el paciente.

Dificultad para concentrarse, pensar o tomar decisiones: las preguntas típicas tienen que ver sobre si el paciente es capaz de seguir una conversación o un programa de televisión, concentrarse en el trabajo, etc.

Pensamientos recurrentes de suicidio o muerte: las ideas o tentativas de suicidio son el único síntoma de la lista que no requiere una presencia casi diaria y durante prácticamente la mayor parte del tiempo. Simplemente la presencia de ideas de muerte o de suicidio repetidas basta para la presencia del síntoma.

Cuando un paciente cumple 5 o más de estos síntomas no implica automáticamente diagnosticar la presencia de un “episodio depresivo mayor”. Hay que continuar la

exploración para comprobar que efectivamente existe un deterioro psicosocial importante y que toda esta condición no se debe ni a efectos de sustancias o de una condición médica (por ejemplo demencia), ni a efectos de una reacción de duelo normal.

Esto nos serviría para confirmar la existencia de un episodio depresivo, pero no de un trastorno concreto. Si el episodio existe realmente, habrá que ver si se trata de un trastorno depresivo mayor o de algún tipo de trastorno bipolar.

La exploración clínica naturalmente no acaba en el análisis de los síntomas y en el posible diagnóstico. Hay que indagar sobre los factores causales y de mantenimiento (sucesos vitales, redes de apoyo social, nivel de actividad), y analizar los problemas importantes para la persona (dificultades matrimoniales, problemas en las relaciones personales, etc.).

2.9. Diagnóstico.

Hay personas que desconocen padecer una depresión e incluso se sorprenden al conocer que ésta es la causa de su malestar.

Hay varios métodos que ayudan a identificar si una persona padece una depresión. La más útil es la entrevista con un profesional. En ella el psiquiatra escuchará y reconocerá los síntomas que constituyen el trastorno depresivo del paciente. Para un paciente depresivo en ocasiones es muy duro acudir a este tipo de entrevistas, para que se sienta a gusto tiene que haber una serie de factores que influirán sobre su relación con el médico como por ejemplo sentir empatía el uno con el otro, haber un ambiente tranquilo, que el médico muestre un alto grado de atención y un interés por aspectos de la vida emocional del enfermo. Para que un médico pueda llegar a saber si su paciente padece o no una depresión es necesario seguir una “guía”. El médico debe conocer los siguientes datos:

- Antecedentes familiares
- Antecedentes personales, es decir, si ha habido fases depresivas previas, su duración, gravedad y los tratamientos utilizados junto a su resultado terapéutico.
- Personalidad. Se tienen que saber los rasgos temperamentales del paciente. Basta con detectar uno de los tres caracteres siguientes.

· “Tipo Melancólico”: es un conjunto de rasgos que definen a un grupo de individuos especialmente predispuestos a desarrollar una depresión. Cualquier cosa, favorable o no, puede ser la causante del comienzo de una depresión. Para descartarla el médico debe interrogar sobre el perfeccionismo y afán del orden.

· “Ciclotimia Constitucional”: Se refiere a un grupo reducido de personas que van alternando a lo largo de su vida la hiperactividad, sociabilidad, energía y optimismo con otros de apatía, desánimo, aislamiento social.

· “Personalidad ansiosa”: Este grupo se refiere a aquellos individuos que padecen frecuentemente síntomas de ansiedad. Estas personas padecen una excesiva tensión psicomotora, la hiperactividad vegetativa, la expectación aprensiva y un estado de hiperalerta que conduce a la distraibilidad y falta de concentración.

Muchos enfermos depresivos no llegan a ser reconocidos como tales. Por este motivo dicen

que la depresión hay que descubrirla. Para poder hacerlo se han ideado diversos cuestionarios que tratan de englobar, en una cuantas preguntas, los síntomas básicos para llegar a un diagnóstico de depresión. Estos cuestionarios suelen contener preguntas directas, normales y breves que introducidas en el diálogo permiten tras una primera impresión, y casi siempre definitiva, descartar o afirmar que nos encontramos frente a un enfermo depresivo.

El último argumento para comprobar la veracidad y fiabilidad de la impresión clínica es compararla con unos criterios diagnósticos que hayan sido ya validados. Otra ayuda para efectuar el diagnóstico puede ser las escalas de evaluación. Tienden a basarse en la observación y pretender objetivar cambios en la sintomatología. Aunque puedan resultar útiles no deben en general ser tomadas como un “medidor” de la cantidad de depresión ni tampoco como un “detector” de la misma.

La más popular es la Escala de Hamilton. Existen varias versiones. Su valoración es a través de un observador externo, convenientemente entrenado y familiarizado con su utilización; por otra parte bastante sencilla. Si se obtienen puntuaciones superiores a 18 indica que se puede estar en un estado depresivo.

Hay otras escalas como por ejemplo la denominada auto-evaluación de la depresión de Zung-Conde. Consta de 20 preguntas, puntuadas entre 1 y 4. Algunos se puntúan inversamente para evitar que se repitan las puntuaciones. Cuando la puntuación que obtenemos es superior a 33 puntos debe sospecharse una depresión y por encima de 47 ya nos orienta hacia un trastorno depresivo claro.

En ocasiones hay errores por exceso. En ellos se realiza un diagnóstico de Depresión abusivo y erróneo. Esto hace que el diagnóstico subjetivo sea frecuente para un grupo de sujetos que pertenecen a otro síndrome clínico. Los Trastornos de Ansiedad. Estos enfermos acuden al médico alegando padecer depresión, cuando en realidad padecen una neurosis de angustia.

A veces también podemos hablar de errores por defecto. En estos casos el problema está en pasar por alto la enfermedad depresiva, bien atribuyendo los síntomas a otra enfermedad, bien omitiendo cualquier diagnóstico con la interpretación errónea de que todo se debe a ideas sobre valoradas o actitudes hipocondríacas del enfermo.

Hay un tipo de depresión en la cual los síntomas psíquicos quedan en un segundo plano y pasan a ocupar una primera línea las molestias de apariencia física. Las máscaras somáticas no son, por otra parte las únicas tras las que la melancolía puede ocultarse. Estas depresiones son más comunes durante la infancia, adolescencia y senectud.

Sentirse deprimido es un elemento frecuente en las reacciones de personas normales ante sucesos negativos, en estados psicopatológicos y también en muchas enfermedades o condiciones médicas. La primera medida diagnóstica a considerar consistiría en si la persona con síntomas de depresión tiene o no un “trastorno depresivo”.

Trastornos anímicos debidos a condiciones médicas: muchas circunstancias médicas pueden causar síntomas e incluso síndromes afectivos depresivos o maníacos. Estos casos deben ser diagnosticados como “trastornos anímicos” de tipos secundario. Por lo tanto, se

hace necesario explorar con cuidado la historia médica del paciente y recurrir, si se considera necesario, a pruebas de laboratorio. Para llegar a la conclusión de que una determinada condición médica es la “causa” de un trastorno afectivo se requiere que se cumplan unos criterios básicos:

- Simultaneidad en la aparición de la sintomatología afectiva y la enfermedad orgánica.
- Correspondencia entre una mejoría/empeoramiento del cuadro orgánico y una mejoría/empeoramiento del estado de ánimo, y:
- Posibilidad, al menos teórica, de que el trastorno orgánico influya en las estructuras o en la neurotransmisión supuestamente implicados en el origen y desarrollo de los trastornos afectivos.

Trastornos de ansiedad. La ansiedad subjetiva o la inquietud es en efecto, un síntoma emocional que suele coexistir en un 70% de los casos, haciendo a veces difícil separar los trastornos de ansiedad de los trastornos del estado de ánimo. La distinción diagnóstica fundamental es cronológica (¿qué empezó antes?). Otros indicadores son, por ejemplo el hecho de que la ansiedad suele comenzar en etapas más tempranas de la vida. El nuevo sistema diagnóstico de la OMS (CIE-10) ha propuesto la categoría de trastorno mixto ansiedad-depresión para clasificar aquellos cuadros en los que coexisten prácticamente a partes iguales síntomas de depresión y de ansiedad.

Trastornos con las obsesiones, el pánico o las fobias están asociados frecuentemente a una notable sintomatología depresiva. Y a la inversa, en los pacientes que manifiestan un trastorno depresivo mayor, el 50-70% también tiene síntomas graves de ansiedad y el 30% ha sufrido ataques de pánico.

Tomar una decisión en un sentido u otro es importante porque se supone que los síntomas secundarios mejorarán espontáneamente si se trata o se mejora el trastorno primario.

Trastornos obsesivos. Las obsesiones y compulsiones pueden estar presentes en una depresión mayor y a su vez es enormemente frecuente que en los cuadros obsesivo-compulsivos se presenten episodios depresivos completos. El clínico debe juzgar cuál de los dos cuadros es más predominante en términos de antecedencia temporal o de importancia clínica.

Trastornos de ajuste o trastornos de adaptación. Son reacciones de adaptación desproporcionadas en los 3 meses siguientes a la aparición de un fuerte estresor identificable (excepto muerte de un ser querido), y que no se haya prolongado más de 6 meses desde la aparición de ese estresor. A veces el estado de ánimo predominante es depresivo. Así pues, se puede diagnosticar un “trastorno de ajuste con estado de ánimo deprimido” cuando existe una reacción psicopatológica depresiva que se considera absolutamente evidente que está directamente causada por un estresor identificable (después de una cirugía, despido de un trabajo como está sucediendo actualmente a lo largo y ancho del planeta), y su finalización está también relacionada con la desaparición de dicho estresor.

Con las esquizofrenias el diagnóstico diferencial no es muy problemático aunque es habitual la aparición de sintomatología depresiva en algún momento de su evolución; la

presencia de síntomas psicóticos variados, un gran deterioro en el nivel de funcionamiento y la presencia de “síntomas positivos y negativos” significativos suele bastar para efectuar un diagnóstico correcto de esquizofrenia. Además la presencia de síntomas delirantes y alucinatorios no congruentes con el estado de ánimo es mucho más común en la esquizofrenia que en los trastornos afectivos. Por último los trastornos formales del pensamiento (neologismos, habla incoherente o desorganizada, etc.) son mucho más infrecuentes en las depresiones que en las esquizofrenias. En cuanto al curso, la esquizofrenia no tiene habitualmente el carácter episódico de los trastornos afectivos y su comienzo suele ser más insidioso.

Los trastornos esquizoafectivos se caracterizan por la coexistencia de episodios esquizofrénicos (por ejemplo: ideas de robo, transmisión o inserción del pensamiento), y episodios afectivos que cumplen en ambos casos requisitos diagnósticos completos. La característica diferenciadora básica es la presencia de al menos 2 semanas de ideas delirantes o alucinaciones en ausencia de una sintomatología afectiva relevante. Si esto no se cumple, lo más probable es que se trate simplemente de un episodio afectivo que está cursando con sintomatología afectiva (delirios y/o alucinaciones).

Los trastornos del sueño (narcolepsia, apnea nocturna, etc.), también pueden confundirse con un trastorno afectivo. En estos casos, el paciente mostrará falta de energía diurna, abatimiento, etc., mientras que los pacientes depresivos se quejan frecuentemente de fatiga diurna, pocos se sienten somnolientos durante el día y menos aún padecen irresistibles ataques agudos de sueño. En algunos de estos casos se requiere efectuar pruebas en laboratorios de sueño para llevar a cabo un correcto diagnóstico diferencial.

En las demencias la sintomatología afectiva suele ser prominente, por ejemplo, se estima que el 30% de los pacientes con síndrome de alzheimer cumple criterios diagnósticos de depresión. El aspecto que merece más atención es el hecho de que muchos trastornos demenciales pueden comenzar a manifestarse como un síndrome depresivo completo que además tiene una mala respuesta a los antidepresivos. Pero también es frecuente que los trastornos depresivos u otros trastornos psicopatológicos en personas mayores de 60-65 años tengan un fuerte impacto en las capacidades intelectuales (atención, memoria, concentración, etc.), haciendo estos cuadros de pseudo-demencias prácticamente indistinguibles de las auténticas demencias, por lo que se requiere efectuar una fina discriminación diagnóstica. El diagnóstico correcto debe establecerse en función de exploraciones adicionales (test neurológicos, datos de laboratorio, escáner, etc.), de la respuesta al tratamiento antidepresivo, de la biografía personal, de los antecedentes familiares y psicosociales, etc., un aspecto importante en el diagnóstico diferencial de estos casos es que las pseudo-demencias no tienen el carácter necesariamente crónico de las demencias, por lo que es de esperar que una mejoría en el trastorno psicopatológico primario mejore el estado aparentemente demencial del sujeto. En definitiva, en estos casos dudosos es muy importante efectuar observaciones longitudinales confirmatorias del diagnóstico.

2.10. Tratamiento.

Al principio de la aparición de la depresión, los maníacos parecían calmarse con un complicado sistema de baños calientes con los cuales se aliviaba el insomnio, y aumentaba el apetito.

Al principio de estudiar esta enfermedad, se inventaron dos “tratamientos” el cardiazol, que consistía en provocar las crisis y el electrochoque, que consistía en lo mismo, con la única diferencia de que en el primero el paciente vivía sus ataques y en el segundo, no padecía, no sentía nada.

Hoy por hoy, la mayoría de los trastornos responden bien a los tratamientos actuales. El médico tiene dos obligaciones: el rápido alivio de los síntomas e impedir que el paciente se auto-lesione impulsado por la enfermedad. En pocos casos es necesaria la hospitalización. Algunos pacientes prefieren que le ingresen en una residencia, otros por el contrario le tienen pánico ya que creen que se quedarán encerrados en el “manicomio” para siempre. La palabra manicomio suena un poco fuerte, ya que según muchos familiares de depresivos, no quieren que los internen allí, porque no quieren dejarles con “locos”, creen que debería haber un centro de salud solo para enfermos depresivos. Por otro lado, algunas personas creen que deberían ingresar a enfermos depresivos en hospitales no psiquiátricos pero esto es difícil y solo se hace en casos excepcionales.

Algunos enfermos tienen que ser hospitalizados para poder llevar a cabo un tratamiento. Estos enfermos suelen ser los depresivos con alto riesgo de suicidio. En la mayoría de casos el paciente no quiere ingresar en un hospital y esto se hace muy difícil para la familia quien, aún sabiendo que el internar a su familiar le hará un bien, siente que le abandona y se culpa. Otras veces los enfermos no ponen objeciones e ingresan sin más, con tal de que se acabe su calvario de una vez por todas. Los enfermos hospitalizados pueden recibir visitas de familiares y amigos aunque sí es necesario se le restringe el paso a alguna persona que pueda empeorar la situación del paciente. En ocasiones ha ocurrido que algunos pacientes no quieran abandonar el hospital una vez recuperados por miedo a recaer. Para la cura de la depresión existen también las “medicaciones antidepresivas”, las cuales tuvieron su momento de “gloria” ya que en el decenio de los cincuenta aparecían estos medicamentos cada seis meses y cada vez mejores. El tratamiento de una enfermedad puede enfocarse de dos modos, el mejor es el tratamiento etiológico que es el que suprime la causa de la enfermedad. Pero todavía mejor es el tratamiento causal preventivo, las vacunas, de las cuales se carecen para las depresiones ya que no se sabe su causa original. Los psicofármacos que aparecieron después del decenio de los cincuenta fueron los tranquilizantes menores, los tranquilizantes mayores y los antidepresivos.

Tranquilizantes menores.

También se les llama ansiolíticos por su efecto sobre la ansiedad. Tienen una acción tranquilizante superior a la hipnótica. Actúan como sedantes pero no hacen quedarse dormido al paciente, así puede hacer su trabajo. Se toleran muy bien y no provocan dependencia. Se utilizan en casos muy leves donde domine la ansiedad. Los médicos suelen recetar estos tranquilizantes junto con los antidepresivos porque se complementan muy bien y porque los antidepresivos tardan varios días en hacer efecto y los tranquilizantes menores tiene acción ansiolítica. Todas las dosis altas inducen al sueño. Hay personas que tardan en dormirse y otros que se duermen enseguida pero despiertan de madrugada. El tipo de somnífero que hay que usar, para las personas que tardan en coger el sueño, los llamados de “acción rápida”, para ayudar en la primera fase de la noche y que al despertar no tengan resaca. En cambio en los que se duermen enseguida pero despiertan a medianoche

convienen más los de acción lenta, para prolongar el sueño. Algunos fármacos que se utilizan como acción rápida son el Oxacepam, como tranquilizantes el Flunitracepam.

Tranquilizantes mayores.

Se usan para los tratamientos de la psicosis y otros trastornos mentales como la esquizofrenia, las manías y el delirium tremens, éste originado por la abstinencia de bebidas alcohólicas. Entre los más usados se encuentran la reserpina, el haloperidol, la butirofenona, la tioxantina, las fenotiacinas y sus derivados.

Esos fármacos se conocen como neurolépticos, que provienen de las palabras griegas neuro, "nervio", y leptó, "atar". El efecto básico que producen consiste en la indiferencia emocional, aunque sin alteración de las percepciones ni de las funciones intelectuales. Entre sus efectos secundarios están las disfunciones sexuales, como la frigidez, las inhibiciones en la eyaculación y la disminución del deseo.

Al anular las emociones también inhiben la iniciativa de las personas que los consumen, así como su capacidad afectiva.

Pueden considerarse como medicamentos peligrosos, ya que, como tienen un alto índice de tolerancia, el organismo se acostumbra a ellos con facilidad además, aun cuando se administren en dosis muy bajas, pueden producirse los efectos antes mencionados.

Los tranquilizantes mayores deben administrarse con suma precaución, y sólo en aquellos casos en que el paciente sufra delirios y manías persecutorias que pongan en peligro su vida o la de los demás.

Antidepresivos.

Mejoran o hacen desaparecer las depresiones si se dejan de tomar antes de terminado el episodio vuelven a aparecer los síntomas depresivos que desaparecen de nuevo al reanudar el tratamiento. Hay que tomarlos durante tres o cuatro semanas, y en algunos casos se llega hasta ocho semanas. A veces el paciente quiere dejar el tratamiento ya que él se siente curado.

Una vez recuperado es conveniente seguir tomando los medicamentos durante unos meses para no recaer. Algunos medicamentos deben ir disminuyendo su dosis poco a poco para que el organismo pueda adaptarse.

Los antidepresivos no crean hábito, aunque muchas personas crean lo contrario. Eso sí, el médico debe decidir cuanta cantidad y cuantas dosis debe recetar al paciente.

No se deben mezclar dos tipos de medicamentos, y tampoco ningún medicamento con alcohol o drogas.

Otros tratamientos a seguir es la terapia compulsiva que se utiliza con pacientes graves y a punto de cometer un suicidio. Para llevar a cabo este tratamiento se administra un relajante muscular antes de poner la anestesia. Se colocan electrodos en la cabeza. La estimulación ocasiona una convulsión breve de unos 30 segundos aproximadamente.

En algunas personas los antidepresivos pueden causar efectos secundarios leves. Algunos efectos secundarios pueden ser: Boca seca: para ello es bueno beber sorbos de agua, comer chicle y cepillarse los dientes diariamente, estreñimiento: para evitarlo debe llevarse una dieta equilibrada, dificultad al orinarse debe acudir a médico, problemas sexuales, pérdida de visión: no requieren gafas ya que se va al poco tiempo, somnolencia, dolor de cabeza, náusea, insomnio, agitación.

Terapias con medicamentos.

La depresión es provocada por un problema en la sinapsis de los neurotransmisores, por falta de cuatro sustancias químicas básicamente: serotonina, epinefrina, norepinefrina y dopamina. La mayoría de los antidepresivos incrementan la producción de éstas sustancias ayudando al mejoramiento de la sinapsis y evitando así que se dé la depresión. Del 60 al 80% de las personas que padecen depresión y toman medicamentos antidepresivos han tenido un resultado favorable. Distintas personas responden a distintos medicamentos, afortunadamente hay una gran variedad de este tipo de medicamentos.

Tricíclicos: Amineptina, Amitriptilina, Clomipramina, Doxcepina, Imipramina, Lofepamina, Nortriptilina, Trazodona.

Inhibidores selectivos de la re-captación de Serotonina: Fluoxetina, Fluboxamina, Parocetina, Sertralina.

Heterocíclicos: Maprotilina, Miancerina.

Litio: Carbono de litio.

Anticonvulsivantes: Carbamacepina, Valproato sódico.

Mientras que terapias con medicamentos son efectivas para el tratamiento de la depresión existen otros tratamientos:

Terapias sin medicamentos:

Estas complementan al uso de medicamentos, ya que ninguna de las dos tendría un completo funcionamiento sin la otra.

Para tratar una severa depresión son necesarios los medicamentos pero estas terapias sirven de gran apoyo: Más diversión: visitas de amigos, recibir mensajes, tener una mascota, redecorar, tomar clases, tomar vacaciones, hacer algo que lo distraiga.

Terapia Cognitiva: se recomienda esta terapia para no caer en una depresión más profunda, aquí se le ayudará a aceptar sus errores a verlos como algo normal y humano, no como algo terrible y que no tiene remedio.

Ejercicio: particularmente ejercicios aeróbicos de alto impacto, que mejoren el apetito, el sueño, el interés sexual y su funcionamiento.

Psicoterapia: el largo periodo de psicoanálisis freudiano se ha sustituido por pequeñas sesiones de 16 semanas. El 55% de las personas que asisten a estas terapias presentan una gran mejoría.

Grupos de Apoyo: Cuando se sufre depresión se siente una terrible soledad, en los grupos de apoyo se les demuestra que no están solos y en particular se les ayuda a personas con depresiones por abuso de alcohol y drogas.

Medicamentos Naturales: Existen varias plantas con efectos antidepresivos.

Suplementos Dietéticos: son de gran ayuda las vitaminas: B6, B12, C, tiamina, ácido fólico y riboflavina entre otros.

Acupuntura, Aromaterapia y otras alternativas: la aromaterapia, terapia de masajes, musicoterapia y meditación son de gran ayuda para tratar depresiones sencillas

Fototerapia: Es la de mayor ayuda para tratar padecimientos como el "Winter Blues" creando un ambiente artificial.

Terapia Electro convulsiva (ECT): En caso de severas depresiones cuando los antidepresivos no provocan ningún efecto, ésta es otra opción.

3. Conclusión.

La depresión es uno de los problemas más importantes en lo que es el ámbito de la psicología y psiquiatría.

Su intensidad y complejidad no permiten amortiguar este tema dando definiciones simples o sencillas, ya que de la depresión como algo patológico se puede decir que abarca tanto como cualquier otra enfermedad en el ámbito de los síntomas, fisiología, neurología, como también en todos los componentes que influyen en su recuperación o sanación.

La depresión es el resultado final de la interacción de múltiples factores constitucionales, evolutivos, ambientales e interpersonales que modifican las pautas de neurotransmisión entre los hemisferios cerebrales y el sistema límbico, alteran de manera irreversibles los circuitos cerebrales de recompensa y castigo. El principal sustrato neuroquímico de esta alteración es una desregulación de las monoaminas neurotransmisoras noradrenalina y serotonina, y, posiblemente, también de la acetilcolina y de las endorfinas. La disfunción central de la neurotransmisión, además de su repercusión en la conducta, origina alteraciones neurovegetativas y endocrinas sobre todo en la secreción del cortisol, hormona tiroidea y hormona del crecimiento. El estado depresivo influye a su vez en las relaciones interpersonales, el entorno y las pautas de gratificación, creando situaciones depresógenas y con experiencias de pérdida, indefensión y estrés, que influyen de nuevo negativamente en la actividad de los neurotransmisores, cerrando así un círculo vicioso de retroalimentación positiva, que tiende a mantener indefinidamente el proceso.

Es muy probable que no podamos eliminar la depresión en nuestro mundo, Sin embargo, mientras más estudiemos sobre ella, vamos a poder ayudar y prevenir sus efectos destructivos en los seres humanos.

4. Bibliografía.

Ackerknecht, E. W., Breve historia de la psiquiatría. Buenos Aires. Eudeba. 1964.

Castilla del Pino, C., Vieja y nueva psiquiatría. Madrid. Alianza editorial. 1978.

Cosentino, J.C., Construcción de los conceptos freudianos. Buenos Aires. Manantial. 1999.

Cottet, S., Depresión ¿Cómo se analiza hoy? Buenos Aires. Manantial.1984.

D.S.M. IV, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Buenos Aires. Masson. 1995.

Ferrater Mora, J., Diccionario de filosofía. Barcelona. Ariel. 1994.

Foucault, M., Historia de la locura en la época clásica. México. Fondo de Cultura Económica. 1967.

García López O., Fernández-Argüelles P.: Ponencia presentada en el Symposium sobre "Prevención y tratamiento de las depresiones crónicas y resistentes " (Coordinador Prof. J.M. González Infante) del V Congreso Nacional de Psiquiatría (Zaragoza, 18-21 de octubre, 2000).

Gastó Ferres C.; Vallejo Ruiloba J.; Menchon Magriñá JM.: Depresiones Crónicas. Barcelona. Doyma. 1993.

Harrison W., Stewart J.W.: Pharmacotherapy of dysthymia. *Psychiatry. Annals*, 23, 638-648, 1993.

Hirschfeld R.M.; Rusell J.M.; Delgado P.L. y otros: Predictors of response to acute treatment of chronic and double depression with sertraline or imipramine. *J. Clinic Psychiatry*, 59 (12), 669-675, 1998.

Jackson, Stanley W., Historia de la melancolía y la depresión. Madrid. Turner. 1986.

Keller M.B.; Lavori P.W.; Rice J.P.; Coryell W.; Hirschfeld R.M.A; Mueller T.; Shea T.: Time to recovery, chronicity and levels of psychopathology in mayor depression: A five year prospective follow-up of 431 subjects. *Arch. Gen. Psychiatry*, 49, 809-816, 1992.

Klein D.N.; Schatzberg A.F.; Mcullough J.P.; Dowling F.; Goodman D.; Howland R.H.; Markowitz J.C.; Smith C.; Thase M.E.; Rush A.J.; LaVange L.; Harrison W.M.; Keller M.B.: Age of onset major depression: Relation to demographic and Clinical variables, family history and treatment response. *Journal of Affective Disorders*, 55, (2-3), 149-157, 1999.

Klerman G.L.: Treatment of recurrent unipolar major depressive disorder. *Arch. Gen. Psychiatry*, 47, 1158-1162, 1990.

Kocsis H., Firances A.J., Voss C. y otros: Imipramine treatment for chronic depression. *Arch. Gen Psychiatry*, 45, 253-257, 1988.

Sauri, J., Historia de las ideas psiquiátricas. Buenos Aires. Lohle. 1969.

Schildkraut J.J., Klein D.F.: The classification and treatment of depressive disorders. En: Shader RI, ed., *Manual of psychiatric Therapeutics*. Boston, Little, Brown, 1975.

Scott J.: Treatment of chronic depression. *New England Journal of Medicine*, May 18; 342, (20), 1518-1520, 2000.

Thase M.E.; Friedman, E.S.; Fasicka A.L; Berman S.R.; Franck, E; Nofzinger E.A.; Reynolds C.F.: Treatment of men with major depression: A comparison of sequential cohorts treated with either cognitive-behavioral therapy or newer. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 446-472, 2000.

Vallejo J., Gastó C., Catalán R., Salamero M.: Double blind study of imipramine versus phenelzine in melancholics and dysthymic disorders. *Brit. J. Psychiatry*, 151, 639-642, 1987.