

2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

Campus Iztacala

LA DEPRESION

T E S I S A

Que para obtener el titulo de :

Licenciado en Psicología

P r e s e n t a :

Sara Calderón Alvarez

Asesores :

Mtro. José de Jesús Vargas Flores
Lic. Edilberta Joselina Ibáñez Reyes
Mtro. Enrique Bernabé Vázquez

Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla Edo. de Méx. 1999

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

000000



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.

A Armando: Porque gracias a su comprensión y apoyo incondicional, ha sido posible realizar una de mis más preciadas metas.

A mis hijas Andrea y Ana Karen por su infinito amor y paciencia, al cederme su tiempo de madre para la culminación de este trabajo.

A mis padres: Graciela y Refugio que aunque ausentes, motivaron en mí el sendero de la superación personal.

A mis hermanos: Por estar cerca de mí, y por permitirme amarlos.

A Doña Jose: Por su invaluable ayuda al logro profesional.



RESUMEN

La depresión es una entidad psicopatológica bien conocida y bien diferenciada de otros trastornos mentales. Es un estado emocional complejo, el cuál involucra tanto evaluaciones cognitivas como respuestas afectivas y psicológicas. Desde las diferentes perspectivas teóricas que la han abordado la etiología de la depresión es multifactorial. El punto de vista médico explica que la enfermedad tiene su origen a nivel cerebral como resultado de una actividad deficiente de los dos principales neurotransmisores que regulan el estado afectivo o anímico del individuo; la serotonina y la noradrenalina. Desde el enfoque conductual, la depresión es un modelo aprendido de respuesta ante ciertos eventos estresantes de la vida cotidiana. El modelo psicodinámico sustenta la base de la patología en la pérdida del objeto real o simbólico de importancia significativa para la persona. Beck, desde la perspectiva cognitivo conductual explica que los errores en el pensamiento, como la exageración, el exceso de generalización y los pensamientos absolutistas son algunos de los factores que propician la conducta depresiva, pudiendo ser ésta rehabilitada si los pensamientos negativos son desplazados por otros más racionales mediante la ayuda de técnicas cognitivas y conductuales. Este trabajo realizó una revisión teórica bibliográfica y experimental de libros y revistas en torno a la depresión clínica, donde se encontró que el tratamiento con antidepresivos es eficaz, si se administra alternativamente con otro tipo de terapias, y no solamente como elemento aislado de tratamiento para la enfermedad. Por otra parte los estudios experimentales donde se aplican técnicas cognitivas sugieren que este tipo de tratamientos suelen ser más eficaces que cualquier otro tipo de tratamiento psicológico.



INDICE

<i>Resumen</i>	
<i>Introducción</i>	1
Cap. I .- Antecedentes Históricos de la Depresión	
-Breve recorrido histórico	7
-Concepto de Depresión	10
-Causas	12
-Causas genéticas	14
-Efectos	14
-Estrés y depresión	15
-Causas orgánicas	18
-Depresión por enfermedad crónica	19
Cap. II .- Enfoques Teóricos de la Depresión	
-Modelo clínico médico	25
-Teorías Biológicas de la Depresión	28
-Sistema límbico y neurotransmisión bioquímica	29
-Enfoque Psicoanalítico	31
-Enfoque Sistémico	35
-Enfoque Conductual	38
-Enfoque Cognitivo-Conductual	44



Cap. III .- Tipología de las Depresiones

-Depresión endógena	51
-Trastorno depresivo mayor	53
-Depresiones exógenas	55
-Depresión neurótica	56
-Desorden depresivo de invierno	58

Cap. IV .-Tratamientos

-Tratamiento Psiquiátrico	61
-Terapia Farmacológica	64
-Terapia Electroconvulsiva	65
-Tratamiento cognitivo-conductual de la Depresión	69
-Requisitos para llevar a cabo una Terapia Cognitiva	73
-La entrevista Inicial	77
-Información sobre el diagnóstico	79
-Selección de los síntomas objetivo	80
-Énfasis en el procesamiento de la información inadecuada	82
-Secuencia básica de tratamiento	83
-Técnicas Conductuales	84
-Características Principales	88
-Técnicas cognitivas	90



Cap. V.- Aplicaciones de la Terapia Cognitivo-Conductual

-Terapia Cognitiva como prevención de la Depresión	96
-Depresión Materna y Depresión Infantil	110
-Relación de Pareja y discordia marital	127

Cap. VI.- Factores relacionados con la Depresión

-Alcohol	139
-Otras sustancias que producen depresión	144
-Pensamientos	147
-Indecisión	147
-Percibir los problemas como abrumadores	148
-Autocrítica	148
-Pensamiento absolutista (todo o nada)	149
-Problemas de memoria y dificultad para concentrarse	149
-Trastornos del sueño	149
-Alteraciones sexuales y del apetito	150
-Depresión enmascarada	151

Cap. VII.- Depresión en la mujer vs Depresión en el hombre

-Características de la Depresión femenina	154
---	-----

Conclusiones	158
---------------------	-----

Apéndice	166
-----------------	-----

Bibliografía	169
---------------------	-----

**INTRODUCCION**

La depresión como enfermedad representa actualmente un proceso complejo, multicausal que ocurre en un contexto temporal y social determinado y que implica una dinámica entre los diferentes aspectos que conforman un individuo (biológico, psicológico y social) y su interacción con el medio. La depresión puede representar una enfermedad mental únicamente para quien la padece y al mismo tiempo resulta frustrante para todas aquellas personas que están cerca de estos individuos. Su aparición puede presentarse por un período corto de tiempo o tal vez por años. Las estadísticas son asombrosas al estimar que por lo menos en la sociedad norteamericana 10 millones de personas sufren de depresión clínica cada año y que otro en costos de una productividad menor (Schwartz, 1993). 15 por ciento podría experimentarla en algún momento de sus vidas (Comer, 1992). En 1980 se consideró la enfermedad depresiva por tener un costo de 2.1 billones de dólares en costos de terapias y otros 14 billones de dólares en costos para la industria en Estados Unidos (Handal, 1995).

Coleman (1990), señala que la depresión es desagradable e incluso nociva, cuando nos encontramos en ella, y que normalmente no dura mucho tiempo aunque algunas veces parece ser autolimitada. No obstante una vez recuperados del trance depresivo parece ser que ante el sujeto se abren nuevas perspectivas y toda una gama de posibilidades de afrontamiento para una situación posterior.

Toledo y Fernández (1995), comentan que actualmente los datos epidemiológicos señalan una prevalencia elevada de estados depresivos, tanto en la población general adulta como en adolescentes y niños más pequeños. Es



en este aspecto que radica la importancia del estudio depresivo, y más urgente se hace el planear nuevas estrategias de prevención fundamentalmente en la etapa infantil, ya que al generar y fomentar nuevos estilos de vida se crean nuevas perspectivas de ayuda en momentos de crisis o conflictos existenciales.

Estas crisis emocionales han tenido como consecuencia que varias posturas teóricas hayan aportado explicaciones acordes al fundamento teórico del que parten para analizar el problema y proponer alternativas de solución al incrementar el número de personas que demandan ayuda de tipo psicológica. Gleghorn (1993), considera que la ayuda puede estar enfocada a conflictos y estrés emocional relacionado con pérdidas, problemas en sus interrelaciones o una pobre autoestima, al comprender el mundo psicológico interno del paciente y las razones por las cuales son susceptibles a la depresión. Una de las terapias que ha tenido mayor importancia dentro del tratamiento de la depresión ha sido el enfoque cognitivo conductual de Beck, innovador en su ramo por describir todo el proceso del pensamiento y su interconexión con la conducta del individuo depresivo (Buela , 1991).

La diversa literatura especializada en el estudio de la depresión, señala que desde sus primeras descripciones la mayoría de los autores coinciden en señalar como parte del complejo sintomático, distorsiones cognitivas tales como pesimismo extremo o una visión irreal de la propia personalidad. La originalidad del punto de vista de Beck radica en que considera que estas distorsiones cognitivas son causa primaria del desorden y no elaboraciones secundarias (Sarietti y Bemporad 1993). Esta propuesta de Beck esta sustentada y fundamentada en todo un marco teórico basado en el aspecto cognoscitivo de la conducta.



El punto de vista conductual por su parte hace énfasis en la identificación de la conducta depresiva como un modo aprendido de vida en el cual el reforzamiento es el elemento principal de ocurrencia de la conducta. Wetzel (1984), opina que la depresión es el resultado de la falta de reforzamiento positivo a las acciones depresivas.

En cuanto a tratamientos de ayuda para la depresión; el de tipo farmacológico ha demostrado ser muy eficaz en la ayuda de la enfermedad, la prescripción de medicamentos antidepresivos le han permitido al sujeto reestablecer el ritmo de vida anterior a la crisis, sin embargo el tratamiento por aislado a largo plazo no tiene los mismos efectos, ya que el o los conflictos que desencadenaron la crisis continúan sin ser atendidos. Al presentarse las consecuencias biológicas de un estado de tensión prolongado, como taquicardias, insomnio, negativa a la alimentación o un temor constante llamado angustia, el psiquiatra se encarga de medicar al paciente, pregunta el motivo o la problemática que llevó al individuo a la crisis, pero hasta ahí. Así es que posteriormente al seguir el problema latente el peligro de la recaída es aún mayor.

Por tal motivo, el propósito del presente trabajo consiste en ofrecer una visión general de la depresión clínica, particularmente la de tipo neurótica, desde el marco teórico cognitivo-conductual, mediante el proceso de una revisión de literatura bibliográfica de libros y revistas. El trabajo está organizado en siete rubros; el primero de ellos describe los antecedentes históricos de la depresión, su definición se ha venido transformando a través del tiempo y se ha construido un marco teórico más general acerca de su



sintomatología. El segundo rubro habla sobre los diferentes enfoques teóricos de la depresión, entre los cuales encontramos; el enfoque psicodinámico que centra la enfermedad depresiva en la pérdida. El enfoque sistémico que contempla la enfermedad como elemento integrante de todo un sistema, que en este caso es el sistema familiar. El enfoque conductual y el cognitivo-conductual por considerarse más importantes en el estudio de la personalidad. El apartado número tres indica la tipología de las depresiones, es decir, que ésta se ha clasificado y jerarquizado para un mejor entendimiento y diferenciación de depresiones leves y de tipo más profundas como las depresiones mayores. El cuarto punto lo ocupan los tratamientos de la depresión, ya que como toda enfermedad, ésta debe ser tratada con el mejor material médico y psicológico posible; el tratamiento farmacológico y el cognitivo-conductual son las propuestas que se ofrecen como método de ayuda para contrarrestar los efectos de la misma. El punto número 5, describe a través de algunos artículos extraídos de diversas fuentes aplicaciones de la terapia cognitivo- conductual a la depresión, en matrimonios, en adolescentes, en niños y ancianos. El punto que sigue se encarga de mencionar factores relacionados con la depresión, esto es, toxicomanías y algunos otros aspectos tales como; pensamientos del depresivo, conducta del sueño y conducta sexual, entre algunos otros, relacionados a la aparición o desencadenamiento de la enfermedad. Por último, se aborda el tema de la depresión en la mujer y depresión en el hombre, como temas de polémica y el conocer por que es el sexo femenino el organismo más precipitante para la enfermedad.



Capítulo I

Antecedentes Históricos de la Depresión.

El estudio de la conducta dentro del área psicológica, aborda todos aquellos aspectos que conforman la personalidad del individuo enmarcada en diversos ámbitos o contextos sociales. Una parte muy importante de esta personalidad la va a determinar el aparato cognitivo de cada persona formado del conjunto de vivencias y experiencias que se van acumulando a lo largo de la vida. Ehrlich (1989), señala que la conducta es motivada por pensamientos específicos y por la interpretación que cada uno de nosotros hace a las experiencias y eventos que nos rodean. Esta interpretación es la característica específica que determinará una vida mental sana que nos permita apreciar las experiencias desagradables como parte del proceso de vida, sin embargo, cuando estas experiencias son el resultado de una vida insatisfactoria emocionalmente, el individuo puede presentar ciertas peculiaridades en su comportamiento que indiquen la existencia de algún posible trastorno, el más frecuente en este tipo de situaciones es el conocido como depresión.

La depresión es uno de los trastornos que con mayor frecuencia tratan los médicos. Hoy día se diferencia claramente de otros estados de tristeza pasajera y se conocen sus síntomas más característicos, por lo que la farmacología y la psicoterapia están en condiciones de combatir con éxito la enfermedad en la mayoría de los casos. En los últimos años, la familiaridad con



la palabra depresión ha desembocado en la abreviación “depre”, por lo que se pueden escuchar frases tales como “estoy depre”, “me encuentro en la depre total” o es un espectáculo totalmente depre”, sin llegar a comprender que la depresión es una evidente alteración que inutiliza al individuo en muchas de sus funciones cotidianas. Las llamadas “depres” casi siempre son consecuencia de eventos pasajeros que tienen una duración de tristeza breve en la que la persona se recupera al cabo de una semanas o incluso de algunas cuantas horas. Es posible que un individuo que afirme estar “depre” presente algún síntoma depresivo y se muestre, por ejemplo menos ilusionado o con menor capacidad de entusiasmo que de costumbre, pero realmente no está enfermo. Además por lo regular estos estados de tristeza pasajera suelen tener alguna causa específica no así la depresión que en muchos de los casos es el resultado de causas no específicas que pudieron haber sucedido mucho tiempo atrás y presentarse repentinamente al combinarse con otros factores de tipo estresante.

Handal (1995), menciona que se calcula que del 10 al 20% de las personas adultas presentan síntomas depresivos en algún momento de sus vidas. Estos síntomas se vinculan a trastornos de tipo afectivo que se ligan directamente a la alteración de la capacidad afectiva del individuo, que es patente no sólo en el caso de la tristeza, sino también en la incapacidad de dar afecto o recibirlo de quienes nos rodean. Tenemos entonces que la depresión puede ser interpretada como una alteración de la capacidad para captar, sentir y manifestar los afectos. Cleghon (1993), considera que pese a que la depresión es una de las enfermedades mentales más comunes, también es bien cierto que un 90 % de la población lo puede tratar de manera eficaz y que esta enfermedad tiene una duración relativamente corta, que puede durar semanas o



meses y en sus casos más extremos quizás un año, aunque en un 30% de las víctimas se puede llegar a establecer una depresión crónica, con consecuencias irreversibles. Coleman (1990), menciona que en estos casos más severos de depresión puede haber una completa transformación de la realidad, respecto a las percepciones visuales y auditivas del individuo, que van desde pensamientos de deterioro corporal a sentimientos increíblemente irracionales relacionados con ideas de pecado, culpa y enfermedad

Así como en otras épocas, la tuberculosis y ciertas enfermedades infecciosas ocuparon primordialmente el pensamiento de enfermos, familiares y médicos, hoy en día las enfermedades que producen mayor preocupación son, entre otras, las de tipo cardiovasculares, el SIDA, la ansiedad y la depresión. La mayoría de estas dolencias ya existían anteriormente, aunque no se detectaban con tanta claridad como actualmente o, simplemente las alternativas terapéuticas eran desafortunadamente escasas.

Breve recorrido histórico

Desde que se tienen noticias acerca de la depresión los hombres han buscado una explicación comprensible al porqué de la enfermedad, ya que el “como” y la evolución de la misma era claramente observable. Valdés (1983), comenta que históricamente siempre ha habido una dualidad explicativa en cuanto a la depresión se refiere. Por un lado las escuelas organicistas, llamadas hoy biólogos, intentaron explicar el trastorno a partir de errores, insuficiencias o intoxicaciones de tipo material; de ahí la explicación clásica de la escuela griega, que entendía la depresión como un exceso de humor o “bilis



negra". Por otro lado hay corrientes que han intentado comprender la depresión como una disfunción cuyo origen está más allá de lo puramente orgánico. De hecho la psicología actualmente la aborda como un sinónimo de desánimo o desmoralización. La interpretación de la enfermedad como una alteración del espíritu de carácter sobrenatural tuvo notables implicaciones en la alta edad media y a principios del renacimiento, cuando se categorizó a los sujetos que presentaban ciertas características psiquiátricas como "endemoniados", aunque probablemente muchos de ellos eran maníacos o depresivos delirantes.

Vallejo (1991), señala que la aportación más importante de la primera parte del siglo XVIII corresponde a un español, Andrés Piquer (1711-1792), quién describió con suma precisión la enfermedad maníaca - depresiva del rey Fernando VI, en la segunda parte de este siglo la figura más destacada fue Cullen (1710-1790), el cuál incluye en la *Versanie* dos géneros principales de depresión, la manía y la melancolía. Ya en los albores del siglo XIX la obra de Pinel (1772-1840) incluye la melancolía, que él denomina lipemanía, entre las monomanías o locuras parciales, matizando y mejorando su visión conceptual. Esquirol afirma "La melancolía es un delirio parcial crónico sin fiebre determinada y mantenido por una pasión triste, debilitante o depresiva". Sin embargo hasta mediados del siglo XIX no se efectúa la descripción específica de una locura circular sobre la base de los ya conocidos episodios de melancolía y manía. Falret (1794-1870) en 1851 habla de folie circularie, mientras que Baillarger (1809-1890) hace una exposición más precisa del cuadro, que él denominó folie à double forme. Barrios (1988) ha señalado que el significado que se le dio a la melancolía y la manía clásicamente, no guardaba estricta relación con su sentido actual; 1) su significado no se



establecía en términos populares opuestos; 2) su definición estaba basada en análisis de conducta abierta (ascenso o descenso de la motilidad, rabia, etcétera); 3) los síntomas no eran definitorios del estado mental. Sin embargo durante el siglo XIX se producen importantes transformaciones de las viejas categorías de manía y melancolía, gracias al profundo cambio que acontece en la medicina de la época (desarrollo del punto de vista clínico anatómico e implantación del lenguaje descriptivo; auge del asociacionismo y posibilidad de estudiar las funciones mentales separadamente según tres agrupaciones; intelectual, emocional y volitiva; cambios taxonómicos que propician clasificaciones basadas en principios empíricos). Con estas perspectivas el concepto clásico de melancolía va perfilando su contenido, centrado en un trastorno primario de la afectividad; y el término depresión, que ya se encuentra en diccionarios médicos de 1860, va ganando adeptos porque evoca una base más fisiológica. Ya dentro de este siglo, Leonhard diferencia en 1957 las formas bipolares y las unipolares de la depresión, mismas que fueron analizadas desde otras perspectivas como la genética y la clínica más adelante por otros autores. Finalmente, las aportaciones de Schildkraut, Coppen y Van Praag, entre otros, sobre las hipótesis bioquímicas más actuales de la depresión, y Akiskal, Klerman, Klein y Weissman en el ámbito americano, complementan el panorama histórico hasta la actualidad



Concepto de Depresión

La depresión ha sido definida por diversos autores, cada uno de los cuales mencionan diversos aspectos que la caracterizan de acuerdo a la perspectiva teórica de la cual parten, sin embargo la mayoría coincide en concebirla directamente relacionada con la vida afectiva del sujeto y como una sensación de desagrado continuo para el mismo.

Valdés (1983), menciona que como ocurre con otros fenómenos psicopatológicos, el término depresión se utiliza en tres sentidos: síntoma, síndrome y enfermedad. Como síntoma puede acompañar otros trastornos psicopatológicos primarios, como la neurosis de angustia; como síndrome agrupa unos procesos caracterizados por tristeza, inhibición, culpa, minusvalía y pérdida del impulso vital, y como enfermedad, desde la óptica del modelo médico, se observa como un trastorno de origen biológico en el que puede delimitarse una etiología, una clínica, un curso, un pronóstico y un tratamiento específico. Estos aspectos enmarcan la depresión como todo un cuadro complejo típico o atípico, ya que su sintomatología puede adquirir diversas dimensiones sin estar necesariamente dentro de un cuadro característico de síntomas estandarizados.

Para Robbins (1993), la depresión es un efectivo desorden del humor, es una enfermedad que sumerge a sus víctimas en un mundo constante de autoreproche, confusión y desesperación. Es un padecimiento tanto del cuerpo como de la mente.

La depresión es una mezcla compleja de actitudes, sentimientos e ideas. Nuestra visión de la vida, nuestro autoconcepto, nuestros deseos y



expectativas del futuro se vuelven pesimistas y pensamos “no valgo nada”, “no tengo a nadie a quien recurrir”, “nadie me puede ayudar o entender” o no tengo nada porque vivir” (Camerón, 1982).

La depresión es un modo de perturbación, caracterizado por grados de tristeza, desilusión, soledad, desesperación, dudas de sí mismo y culpa. La mayoría de las personas han experimentado depresión, pero unos suelen experimentar sentimientos más profundos, con efectos más duraderos que pueden prolongarse a meses o años (University of Illinois, 1992).

La depresión es una enfermedad que afecta no únicamente el cerebro, sino también el cuerpo entero, siendo la causa inicial del alcoholismo o el abuso verdadero de las drogas u otras adicciones (Deren, 1996).

Por otra parte, Caballo, Buela y Carrobles (1995), mencionan que la depresión llamada neurótica, se ha empleado para referirse a síndromes depresivos menores, infiriéndose una asociación con conflictos o patologías caracterológicas coexistentes. También consideran que este tipo de depresiones son las que tienen un efecto menor para la medicación u otro tipo de tratamiento médico.

Greist, Jefferson y Spitzer (1993), sostienen que el humor deprimido y la pérdida de interés o insatisfacción son los síntomas clave de la depresión. Los pacientes pueden comentar que se sienten tristes, desesperanzados, sumidos en la melancolía e inútiles. Para el paciente el humor deprimido a menudo posee una cualidad característica que le diferencia de otro estado normal de tristeza o duelo. Los autores mencionan que a menudo los pacientes describen el síntoma de la depresión como un dolor emocional que es una agonía. En algunos casos,



Tesina sobre la Depresión

la persona no acepta estar deprimida, no obstante que poco a poco se aísla de la familia, amigos o actividades que anteriormente le resultaban placenteras.

De acuerdo a estas definiciones se puede considerar lo siguiente: La depresión es un estado de profundo malestar para quien la padece, inhibiendo las respuestas habituales del individuo hacia su ambiente natural. En la depresión entra en conflicto el mundo intrapsíquico del sujeto, los valores morales, por así decirlo, se ven confrontados por deseos o circunstancias que se perciben como negativas o aversivas en determinados extremos por el propio sujeto. La duración en tiempo de la depresión, puede ser el indicador significativo de que algo anda sencillamente mal. La severidad de los síntomas podrá demostrar la necesidad de ayuda inmediata que se requiere. La depresión podría ser considerada como una entidad propiamente mental y no real, los eventos de naturaleza preocupante son maximizados por la persona, quién también minimiza los de naturaleza positiva.

Causas

La depresión es el resultado a menudo de un tipo de evento infeliz, como la muerte de un ser querido o algún acontecimiento importante para la vida del individuo. Cuando la fuente de la depresión es clara y la persona está consciente de ella, el terapeuta puede esperar más positivamente o más pacientemente alguna reacción de madurez que le permita subsanar los conflictos inmediatos en una cantidad razonable de tiempo. Sin embargo en el caso contrario, donde los sentimientos de depresión aparecen sin causa justificada es peor, ya que la persona se siente incapaz de entender porque se



siente de tal manera. Este sentido de pérdida de mando, puede llegar a aumentar en gran medida los sentimientos reales de depresión.

La depresión a causa de un evento desagradable, puede tener consecuencias devastadoras dependiendo de la capacidad de asimilación de cada persona. ¿qué marca la diferencia para que ciertos individuos se encuentren más vulnerables a los estados depresivos que otras, aunque se presenten circunstancias semejantes? Camerón (1982), comenta a este respecto que los antecedentes infantiles en las personas neurótico-depresivas son de suma importancia, ya que decir que se aprecia o estima a un niño al que se alimenta cuida, conforta, abriga y ama es caer en lo obvio. Pero tal vez no sea tan obvio que tales experiencias son la base de lo que se llama confianza básica en la infancia y de lo que ha llamado auto estima. Para poder amar normalmente, para tener estima de sí mismo, es necesario de haber tenido la experiencia infantil de verse amado. No haber gozado consistentemente tal experiencia durante la infancia y la primera niñez es carecer de bases para lograr una autoestima normal. Una vez establecida la confianza básica, el niño puede seguir estructurando las bases de su autoestima gracias a sus relaciones con los demás. Este enfoque remarca la presencia de la autoestima de manera relevante, este aspecto podría ser una de las diferencias del porqué algunos sujetos son más vulnerables a la depresión que otros. Otra diferencia la sostendría el tipo de situación o evento al que el individuo se vea enfrentado, aunque los teóricos conductistas dirían que el principal aspecto de esta diferenciación es precisamente el que se acaba de mencionar, también es bien cierto que la historia de reforzamiento tiene mucho que ver en la respuesta depresiva del individuo.



Causas Genéticas

Otro aspecto importante dentro de las causas de la depresión, es el del papel que la herencia genética desempeña en la misma. Sabanés (1993), plantea que ha sido bien demostrado que la frecuencia de trastornos depresivos endógenos entre familiares de primer grado (padres, hermanos, hijos) va del 15 al 20 %. Este porcentaje está muy por encima del que corresponde a la población en general. Las manifestaciones hereditarias de la depresión no tienen que ser necesariamente depresiones que minimicen o se parezcan a las que han sufrido otros familiares, sino que más bien lo que se hereda es cierta predisposición a sufrir trastornos depresivos que pueden o no ser motivados por las causas ambientales. Como resultado de esto tenemos que los hijos de familias en las que ambos padres padecen de algún trastorno afectivo claro parecen tener una posibilidad del 30 al 40 % de desarrollar una también. Si un gemelo idéntico tiene una depresión importante, hay una probabilidad del 70 % de que el otro la desarrolle. Pero en los gemelos fraternos, la posibilidad es sólo del 25%.

Efectos

La depresión puede afectar todos los aspectos de nuestra vida, como el comer, hablar e interactuar con otras conductas que pueden en su momento, llegar a constituir tareas que requieren más energía de la que creemos tener. Aun el sueño, la fuente de descanso más importante, se nos escapa, No tenemos deseos de sonreír, nos retraemos y queremos aislarnos de todo y de todos. de manera más específica existe una pérdida o desinterés por el placer,



melancolía, fatiga, pobre memoria e indecisión así como también irritabilidad. Weston (1985), nos dice que también la conducta sexual del individuo puede verse alterada, es decir, aumentada o disminuida. Puede ser que hasta se piense en el suicidio. Aun en muchos de los casos examinados se ha comprobado que esta alternativa es más frecuente en aquellas depresiones que van acompañadas de sentimientos de culpa severos y menos frecuente en las depresiones de tipo moderada. Los pensamientos tienen un impacto determinante con la depresión, son llamados de tipo disfuncional o irracionales, que someten al individuo en una sensación de profunda infelicidad y profundo desagrado. Hablando en este sentido, decimos que los pensamientos producen los efectos de la conducta depresiva. Hay (1996), señala que los pensamientos producen sentimientos que tienen ciertos efectos para crear nuestras experiencias propias y nuestro futuro, si estos pensamientos son negativos entonces haremos todo lo posible por sentirnos mal y culpables con nosotros mismos, por lo tanto dejar de hacer ciertas cosas que nos hacen sentir bien porque preferimos creer lo que estamos pensando. Finalmente el efecto es sentirnos mal y directamente sentir los aspectos antes mencionados.

Estrés y Depresión

Toledo y Fernández (1995), consideran que algunos otros aspectos que pueden fungir como factores precipitantes de la depresión son; Pérdida de padre o madre antes de los 17 años, presencia en el árbol familiar de pacientes depresivos bipolares (padres-hermanos), trabajo o estudios con elevados niveles de estrés. Soledad, falta de amistad íntima, carencia de relaciones



Tesina sobre la Depresión

personales, enfermedad crónica, obesidad, consumo de tabaco (12 cigarrillos por día), consumo de alcohol, toma de algún psicofármaco y el tan renombrado consumo de drogas. De estos factores se ha observado que el estrés ocasionado por las situaciones escolares es uno de los principales aspectos correlacionadores de altos niveles ansiolíticos depresivos, así como el propio estrés originado de la vida moderna Lara y Acevedo (1993), a propósito de esta afirmación realizaron un proyecto preventivo dirigido a mujeres, que tenía como antecedente un trabajo de investigación acerca de los efectos que ejerce la actividad laboral en la mujer y sobre su salud mental y sobre la de sus hijos. Dicho proyecto de investigación relativo al trabajo extradoméstico y a la salud mental se llevó a cabo con un apoyo parcial del Population Council, como parte de un proyecto más amplio: la influencia del trabajo materno sobre la salud de sus hijos. El mismo abordó una amplia gama de variables hipotéticamente relacionadas con la sintomatología depresiva y somática en mujeres empleadas como enfermeras y en amas de casa no empleadas. Entre los principales hallazgos se encontró una considerable presencia de síntomas depresivos entre las mujeres no empleadas, en las que los síntomas emocionales se asociaron con las tensiones derivadas del rol de la madre y las propias de la pareja, mientras que en otro grupo de mujeres empleadas como enfermeras, los síntomas depresivos y somáticos se asociaron con el incremento de las tensiones en el ámbito laboral, como trabajar en áreas de gran demanda (por ejemplo el servicio de urgencias o de terapia intensiva).

Los resultados obtenidos demostraron que la relación con la pareja fue una influencia importante sobre el malestar emocional, siendo las amas de casa más vulnerables ante las tensiones con el cónyuge. así mismo se reportaron una



mayor violencia y alcoholismo por parte de este tipo de parejas. Con relación a los hijos e hijas de estas mujeres, no se encontraron diferencias en cuanto a los patrones de apego entre los grupos, pero sí indicadores importantes de inestabilidad emocional en todos los menores de edad. Al mismo tiempo en otra fase del mismo estudio, con las mismas mujeres, además de la alta frecuencia de síntomas depresivos, se encontró baja autoestima, ambivalencia afectiva, relaciones interpersonales insatisfactorias, vivencia de su sexualidad como conflictiva, dificultad en la expresión del afecto y tensión y ansiedad hacia el interior de las familias; por otro lado, se apreció la vivencia de las limitaciones exteriores como si fuesen fracasos propios, lo que lleva a que las mujeres se autorreprochen la no consecución de sus metas. En una última fase de la investigación, se elaboró un reporte escrito, en lenguaje sencillo, de los resultados de la misma y que fue presentado a las entrevistadas como una manera de retribuir su participación; se les pidió su opinión o comentario respecto de dicho reporte. Los comentarios de las mujeres reflejaron no sólo una buena comprensión del material, sino también sentimientos positivos al identificar algunos de los datos con su propia realidad. Las conclusiones a las que se llegaron fueron las siguientes: Un alto porcentaje de mujeres estaba siendo sometido a tensiones considerables, relacionados con diversos aspectos de su vida, que las orillaban a presentar frecuentes síntomas depresivos y somáticos. Los hijos e hijas también manifestaban inestabilidad emocional. Pocas mujeres recibían atención especializada cuando presentaban dichos síntomas y por último la información respecto a las condiciones de vida asociadas con la depresión les había parecido valiosa. Estos datos permitieron elaborar un proyecto más amplio que requería un diseño de material más



completo y profesional sobre las condiciones psicosociales y de género relacionadas con la depresión. Para ello se necesitaba justificar el proyecto en términos de que las observaciones realizadas se podían generalizar a otros sectores de la población. Caballo, Buela y Carrobes (1995), comentan que el estrés es problemático cuando se refiere a la psicopatología, es decir que éste es considerado como un factor muy importante de vulnerabilidad para la depresión, ya que en algunos casos las exigencias ambientales predominan a la capacidad de afrontamiento de la propia persona.

Causas Orgánicas

Al hablar de causas orgánicas nos remitimos directamente a aquellos estados que biológicamente hablando son agentes permisivos de la depresión y alteran el metabolismo del individuo. Desde esta perspectiva la depresión es explicada como causa de un desequilibrio bioquímico cerebral, producido por los niveles de serotonina noradrenalina, catecolaminas y la endolina, neurotransmisores neuronales responsables del estado anímico del organismo. Cualquier alteración en síntesis o almacenamiento de estas sustancias produce deficiencias fisiológicas. (Larson, 1996), comenta que un desbalance bioquímico en la sustancia de serotonina puede causar; Problemas de sueño (apnea, insomnio), irritabilidad y ansiedad entre otras cosas característicos de la depresión. Cuando el desequilibrio es causado por la noradrenalina entonces se produce un estado de alerta en el organismo ocasionando fatiga y un modo particular de estado anímico en la enfermedad.



Otra de las causas fisiológicas de la depresión es el funcionamiento de la cortisona, hormona aislada de la corteza cerebral. Cuando se produce un desbalance bioquímico el cuerpo responde a señales extremas de frío o enfado extremos (Deren, 1996).

Otros importantes elementos dentro de este grupo, son el funcionamiento del sodio y el potasio. Electrolitos principales del sistema nervioso. Davison (1989), menciona que en pacientes deprimidos existen perturbaciones de la distribución de los mismos, ya sea porque uno y otro sean o tengan una mayor concentración.

Depresión por enfermedad crónica.

Por otra parte, la enfermedad crónica es proveedora de la depresión por la sencilla razón de que los diferentes rasgos de la personalidad dependen directamente del funcionamiento glandular y la personalidad cambia completamente si las glándulas son hiper o hipoestimuladas (Wolff, 1986). De entre algunas de las cuales que ejercen fuerte influencia en la actividad psíquica podemos mencionar las siguientes:

Wolff (1986), comenta que la extirpación o insuficiencia del funcionamiento de la tiroides puede acarrear síntomas físicos y psíquicos de cretinismo, incluso retardo en el crecimiento, sequedad de la piel, pérdida del cabello, acumulación de grasa y deficiencia mental. El sujeto pierde su vivacidad y tanto el cerebro como los músculos parecen inertes apareciendo como consecuencia lentitud y pérdida de la capacidad de concentración. La hiperactividad de la tiroides hace al individuo nervioso, inestable e inquieto.



Tesina sobre la Depresión

No en vano la deficiencia de la hormona tiroidea es en muchos casos confundida con depresión, ya que su cuadro sintomático es casi igual. Otra de las enfermedades que ocasionan depresión es la enfermedad de Cushing que afecta a las glándulas pituitaria y suprarrenal, la primera produce gigantismo o enanismo en la persona a menudo con un desarrollo sexual anormal, aunque con una *inteligencia normal*, así como también efectos considerables en el metabolismo de cada individuo. Las segundas, las glándulas suprarrenales colocadas inmediatamente encima de cada riñón y están directamente ligadas con la expresión de las emociones. Cada una de las dos partes de la glándula produce una secreción distinta. Una la adrenalina, se produce por estimulación emocional y da lugar a reacciones súbitas; la otra, la cortina, es un elemento necesario para la vida; su destrucción causa una enfermedad mortal (enfermedad de Addison). La hiperactividad de la secreción parece exaltar las características masculinas, tanto en el hombre como en la mujer, pudiendo en esta última dar un tono más grave a su voz o salida de barba.

La anemia como enfermedad constituye otra importante fuente para estar deprimido ya que en la medida de que en algunos de los casos no es detectable a simple vista, y por lo tanto no se encuentran elementos que justifique el estado de ánimo del sujeto. Al respecto conviene destacar que antes de todo tratamiento psiquiátrico y psicológico de la depresión lo ideal sería que el individuo se vea sometido a un tratamiento médico general que permita desechar cualquier duda biológica que esté causando alteraciones en la conducta del individuo ya que de practicarse se hace de forma muy general y no se encuentran evidencias claras de la perturbación emocional.



Greist, Jefferson y Spitzer (1993), ofrecen una visión general de aquellas enfermedades relacionadas con síntomas depresivos, como insomnio, fatiga y pérdida de apetito entre otros

Trastornos Neurológicos: Enfermedades extrapiramidales, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Huntington, Parálisis supranuclear progresiva. Enfermedades cardiovasculares, Neoplasias cerebrales, Traumatismos cerebrales, Infecciones del SNC, Esclerosis múltiple, Epilepsia, Narcolepsia e Hidrocefalia.

Trastornos Sistémicos: Infecciones víricas y bacterianas.

Trastornos endocrinos: Hipertiroidismo, Hipotiroidismo, Hiperparatiroidismo, **Hipoparatiroidismo**, Síndrome de Cushing (exceso de esteroides), Enfermedad de Addison (insuficiencia de esteroides), Hiperaldosteronismo y Depresión premenstrual.

Trastornos Inflamatorios: Lupus Eritematoso, Artritis reumatoidea, Arteritis Temporal y Síndrome de Sjögren.

Deficiencias Vitamínicas: Folato, Vitamina B12, Niacina y Vitamina C

Otros Trastornos Sistémicos: Enfermedad Cardiopulmonar. Enfermedad Renal y Uremia, Neoplasias sistémicas, Porfiria, Síndrome de Klinefelter, SIDA, Trastornos del Estado de Animo Postparto y Trastornos Posoperatorios.

Son los mismos autores los que señalan que no se conoce cuál es la epidemiología de los síntomas depresivos debidos a una enfermedad médica. No obstante el trastorno es probablemente más común de lo que parece y está infradiagnosticado.

Se ha concretado que las causas que originan una depresión pueden ser diversas, pero sólo algunas de ellas son capaces de producir impactos



Tesina sobre la Depresión

emocionales fuertes en el actuar del sujeto, estas causas pudieron durante mucho tiempo estar dormidas, o como el psicoanálisis planteara únicamente desviadas por el mismo sujeto a situaciones más placenteras y esperando cualquier evento de carácter aflictivo para el individuo para salir intempestivamente.

La depresión como entidad patológica tiene una sintomatología precisa aunque no así una causa definida. Una depresión llamada severa puede ser fácilmente distinguida de una ocasional, ya que en la primera se presentan trastornos de consideración como el insomnio permanente y la inutilización psicomotora de la persona, mientras que la segunda sólo entristece al estado anímico de manera muy breve. Se ha revisado también que todos estamos propensos a sufrir depresiones, sin embargo no en todos, los efectos son los mismos. Las personas deprimidas tienden a ser particularmente selectivos con los acontecimientos negativos de la vida, esto precisamente y el no percibir efectos positivos a corto plazo son algunas de las razones por las cuales el estado de malestar persiste. Se han definido también las causas que producen la enfermedad; y que de entre las cuales, es muy importante mencionar la historia y el ambiente familiar de cada persona. En algunos casos se ha visto que las personas deprimidas se han desarrollado en hogares cuyos padres u otros familiares de importancia emocional para el individuo también han sufrido depresiones. De esta manera, se plantea un modelo de depresión aprendida. Por otra parte también es muy importante observar las propuestas fisiológicas de la depresión y los efectos que las emociones producen en nuestro sistema nervioso que provoque que actuemos de formas específicas de sintomatología. Ahora bien, el tratamiento de la depresión tiene una etiología



Tesina sobre la Depresión

diversa en la medida que se toman en cuenta aspectos y/o elementos diferentes, dependiendo de la perspectiva teórica que se contemple. Dentro de la literatura especializada en el tema, se distinguen diversos enfoques, dentro de los cuales se puede destacar por un lado la postura psiquiátrica que explica el fenómeno patológico de la depresión como una enfermedad de carácter biológico, por tal motivo fisiológica que implica entonces el uso de medicamentos que permitan contrarrestar los efectos de la misma, es decir silenciando el síntoma que puede volver a surgir en el futuro, ya que no se atacan directamente los síntomas, sino sus efectos. Las posturas psicológicas por otro lado, no contemplan únicamente los efectos de la enfermedad, sino también aquellos factores que la desencadenaron, mismos que se ven fuertemente influenciados por la deteriorada percepción del sujeto para enfrentarse a ellos, por lo tanto el objetivo a seguir a continuación pretende tratar de confrontar al sujeto con su problema real o verdadero, cabe mencionar que en muchos de los casos el verdadero origen del problema está lejos de ser percibido por el individuo a causa de la ansiedad y el ofuscamiento generados que acompañan a la enfermedad. El siguiente capítulo versa precisamente sobre los enfoques teóricos de la depresión, de manera específica se abordan el punto de vista médico psiquiátrico y las teorías psicológicas del psicoanálisis, la teoría sistémica, la conductista y la cognitivo-conductual.



Capítulo II

Enfoques Teóricos de la Depresión.

En este capítulo se pretenderá abordar algunas de las diferentes perspectivas teóricas que explican la depresión. El modelo psiquiátrico remonta los orígenes de la enfermedad como resultado de la predisposición familiar y el desarrollo de la misma como una disfuncionalidad biológica. Sin embargo no habla de aquellos aspectos que la mantienen. Derivado de este mismo modelo se encuentra el enfoque psicoanalítico quién concede a la depresión componentes internos mas que externos, es decir constructos hipotéticos difíciles de comprobar. Desde el punto de vista psicodinámico la depresión surge cuando un individuo ha tenido pérdidas a nivel gratificante en sus relaciones de objeto con otras personas. La depresión se desarrolla cuando el individuo empieza a reprimir sentimientos buenos y malos (ambivalencia) en su inconsciente. Dando como consecuencia un síntoma que mantiene a la misma. La teoría sistémica por su parte, deja bien claro como se desarrolla y mantiene la depresión pero no nos habla de donde o como se inicia, ya que hace mención de la depresión cuando ya existe un problema, centrándose más en el ambiente interno. El enfoque conductual presta toda su importancia al ambiente externo, aquí la depresión nace como una respuesta aprendida a ese ambiente y se desarrolla a partir del efecto y la asociación que esas respuestas tengan, lo cual provoca que la conducta depresiva se mantenga debido a la



retroalimentación que el sujeto obtenga de ellas. El enfoque teórico cognitivo-conductual finalmente va a retomar los principios conductuales de aprendizaje en la depresión para formar un modelo estructurado de la función de lo cognitivo en la patología, pero concediéndole mayor importancia a esto último. No sucede así para el modelo psiquiátrico donde los pensamientos son elementos secundarios a una alteración del humor. En la teoría cognitiva estos pensamientos pueden constituir el trastorno primario de la conducta depresiva.

Modelo clínico médico

Es importante considerar dentro de este apartado el enfoque psiquiátrico, ya que cualquier persona que se dedique a la terapia de la depresión, deberá tomar en cuenta, si el individuo está o no bajo tratamiento médico. La tarea del psicólogo consiste en tratar al individuo desde un ámbito meramente emocional, ya que no cuenta con la preparación médica para prescribir ni suspender ningún tipo de medicación en ninguna situación. Es conveniente entonces considerar que la persona (si es el caso) está bajo algún régimen antidepresivo para conocer sus efectos, y por ningún motivo retirarlos si no es con la salvedad del especialista porque los costos de la terapia podrían ser muy costosos y la medida que al paciente estos medicamentos son necesarios para reestablecer los efectos inmediatos de una depresión severa por ejemplo.

El trastorno en el estado de ánimo en general constituye la característica principal de las llamadas alteraciones afectivas. Castilla (1986), considera que la vida afectiva está íntimamente ligada a nuestra vida instintiva, en general, las



satisfacciones o inhibiciones de nuestras tendencias instintivas producen sentimientos agradables o desagradables, podríamos decir que la afectividad pertenece a los estratos más fisiológicos del ser, arraigada en el sistema nervioso central y expresada por sentimientos, emociones y estados de ánimo. Ayuso y Carullo (1992), mencionan que una de las características principales de estas alteraciones afectivas es la anormalidad del humor. Hoy en día, el término se limita a trastornos en los que el humor es depresión o euforia. El sentirse infeliz en momentos de adversidad es parte de la experiencia normal. El síntoma de humor deprimido es un componente de muchos síndromes psiquiátricos y se encuentra también con frecuencia en muchas enfermedades físicas. Las características centrales de estos síndromes son: humor deprimido, pensamiento pesimista, falta de goce, energía reducida y lentitud. De éstos el humor deprimido constituye el síntoma más prominente. Los otros elementos son lo bastante variables para sugerir que no hay un trastorno sino varios. Este síntoma se verá incrementado o disminuido de acuerdo a otros elementos que se describirán a continuación en las clasificaciones que se han hecho a los estados depresivos dentro de la psiquiatría.

Para Robbins (1993), la depresión es un desorden del estado de ánimo o humor del organismo, sumergiendo a quien la padece en un mundo de completa desesperanza y bajo autoaprecio. Es una enfermedad tanto de la mente como del cuerpo.

La depresión es un estado patológico de sufrimiento psíquico, con pesadumbre del ánimo, tristeza íntima de minusvalía personal y sentimiento de impotencia para obrar y pensar. Sin déficit de la actividad mental y con



molestias somáticas diversas (anorexia, cefaleas y constipación entre otras) (Harris 1989).

Desde este punto de vista, es factible pensar que la depresión es solo un síndrome psicosomático, que es capaz de ser provocado por motivos y enfermedades diversos. Al igual que en otras definiciones la perspectiva médica contempla a la tristeza como factor relevante de la enfermedad y liga lo afectivo con lo instintivo, argumentando que la no satisfacción de lo instintivo causa displacer en el individuo trasladándolo a somatizar distintos malestares corporales tales como los llamados por los psiquiatras como síntomas vegetativos; pérdida de energía, alteración del sueño, disminución de la libido, variación diurna del estado de ánimo y estreñimiento entre otras, mismos que para los médicos son bien conocidos. Sarietti y Bemporad (1993), esbozan a este respecto que el método tradicional de la clínica médica consiste en estudiar una serie de pacientes con una misma dolencia dejando de lado todo el proceso interno del aprendizaje de la depresión. Para el médico es más oportuno tomar en cuenta los aspectos genéticos y hereditarios de la enfermedad que los agentes externos que la pudieron haber desencadenado.

Durante mucho tiempo se pensó, que los factores sociales afectaban el desarrollo de la depresión; sin embargo algunos autores reafirman la relación entre depresión y sucesos en la vida. También existen datos sobre predisposición genética para alteraciones del estado de ánimo. Los estudios en gemelos demuestran mayor frecuencia de enfermedades depresivas en familias de pacientes deprimidos que en la población en general, asimismo hay semejanzas familiares a la respuesta a los medicamentos. Existen muchas causas conocidas, orgánicas y farmacológicas, para la depresión, muchas de



ellas son omitidas cuando bien pudieran corregirse, tratarse o posiblemente evitarse Davis (1992).

Los aspectos bioquímicos de la depresión han sido el centro de investigación de los últimos años, día a día son más los especialistas en el tema que ligan lo afectivo con lo emocional (Kelsoe 1989). Fundamentada en estos argumentos, la depresión ha sido explicada desde diferentes perspectivas

Teorías biológicas de la depresión

Algunos autores sugieren que las deficiencias en ciertos neurotransmisores del sistema nervioso central originan la depresión. Davis y Wengert (1992), explican que las deficiencias en serotonina o noradrenalina en el espacio sináptico neuronal de las células encefálicas de las regiones límbicas son las causas de algunas formas de depresión. Las irregularidades de estas sustancias pueden manifestarse en decaimiento, letargia y retraso psicomotor. Por otra parte se sugieren deficiencias de serotonina cuando se presenta irritabilidad, hostilidad e inquietud (Larson, 1996).

Los aspectos bioquímicos de la depresión han sido relacionados también con el uso de reserpina y fármacos antihipertensores (Wetzel, 1994). La reserpina depleta las concentraciones intraneuronales de catecolaminas (noradrenalina) e indolaminas (serotonina) centrales y periféricas, creando un síndrome depresivo importante. Una segunda observación es que el inhibidor de la MAO, iproniácida, tienen efecto energizante psíquico en pacientes cuando se les emplea por vez primera para tratamiento de tuberculosis. La



iproniacida mejora la depresión mediante el aumento de la concentración de catecolaminas en la sinapsis neuronal, debido a interferencia con su destrucción en la neurona presináptica. Estas observaciones iniciales dieron paso a todo un nuevo campo de investigaciones sobre causa y tratamiento de la depresión, llevándola de una teoría primariamente psicológica a los modelos de las aminas biógenas en la depresión (Wenger, 1992).

Sistema Límbico y neurotransmisión bioquímica.

Como unidad el sistema límbico ejerce control restrictivo sobre corteza cerebral. El sistema límbico, que gradúa emociones y regula la respuesta afectiva al peligro, está formado por tres partes: lóbulo temporal, área fuera del lóbulo temporal y tractos principales que conectan al sistema (Harris, 1989) De manera específica el lóbulo temporal está formado de varias estructuras, las circunvoluciones subcallosas, del cíngulo e hipocámpica y el hipocampo propiamente dicho. También se incluyen núcleos subcorticales relacionados con el complejo amigdalóide, núcleo septal, hipotálamo, epítálamo, núcleo talámico anterior y partes de ganglios basales. El hipotálamo componente de este sistema es la región del encéfalo con mayor concentración del neurotransmisor noradrenalina. La serotonina, otro neurotransmisor tiene distribución más generalizada dentro del encéfalo (Leveason, 1989).

Por último Davis (1992), comenta que pese a estos descubrimientos fisiológicos de la depresión aún falta mucho por explorar, ya que es muy posible que sea más neurotransmisores los que intervienen en el complejo síndrome depresivo. Por otra parte menciona que hoy en día gracias a las



Tesis sobre la Depresión

explicaciones de origen bioquímico a este padecimiento las personas aceptan con mayor facilidad su diagnóstico y tratamiento con antidepresores pues se tiene una similitud con otros procesos morbosos como diabetes sacarina.

Se argumenta, de acuerdo con esta afirmación que, en efecto los individuos en muchos de los casos por enfermedad, quedan más conformes, no por ello totalmente resignados al saber que su padecimiento es de origen biológico y que puede ser tratado o corregido con medicamentos, que el saber que están enfermos de algo interno que ellos mismos tienen que superar como el miedo o la angustia a algo inespecífico. Esto por ningún motivo pretende desvalorizar alguna otra perspectiva teórica acerca de la depresión, sino, simplemente concretar el impacto emocional que tiene la misma en las personas. Por otra parte resulta asombroso conocer el mecanismo químico cerebral y su modo tan peculiar de reaccionar a las emociones internas de cada individuo a tal extremo que pueden llegar a paralizar psíquica y motoramente a cada persona, además de que pueden hacer sentir malestares diversos como lo son: dolores (por ejemplo; torax, abdominales, cefaleas tensionales, etcétera) y taquicardias que producen sensaciones de asfixia y mareo.

Por su parte, el enfoque psicodinámico representado en sus orígenes por el padre del psicoanálisis Sigmund Freud, cuyo mérito principal consiste en haber sido el primero en mostrar un cuadro psíquico estructurado de la personalidad del individuo, explica la depresión como origen principalmente de una pérdida, misma que es provocada por estímulos externos que circundan la vida personal y que tienen como consecuencia reacciones tales como; la depresión, la angustia o histeria.



Enfoque psicoanalítico

Antes de iniciar a describir la perspectiva psicoanalítica de la depresión, es oportuno aclarar que lo haremos desde el punto de vista de Freud al comienzo de la formulación de sus teorías, ya que actualmente las teorías de la depresión han sufrido cambios notables, es posible también que la naturaleza clínica del desorden propiamente dicho se haya modificado a través de las décadas. Sarietti y Bemporad (1993), comentan que hoy en día es raro encontrar al melancólico culposo y paralizado que describían los primeros trabajos sobre el tema y que las depresiones actuales parecen ser más benignas, con menos recriminaciones y quizás más exigencias derivadas de aspiraciones distorsionadas. Bien puede ser, dicen los autores que a medida que la sociedad se hizo menos rígida y moralista y la crianza infantil más permisiva, los aspectos superficiales del síndrome hayan cambiado.

En los inicios del Psicoanálisis, el inconsciente era el concepto central, pero alrededor de 1920 la distinción estructural entre conciencia e inconsciente fue reemplazada por la organización tripartita ello, yo y super yo (Freud, 1980), Freud da el nombre de yo al ente que es primero preconscious, y el de ello, a lo psíquico restante -inconsciente- en lo dicho yo, se continúa. Lo reprimido confluye en el ello y constituye una parte de él. En cambio se encuentra separado del yo por las resistencias de la represión, y solo se comunica con el a través del ello. El yo es un representante del mundo exterior en lo anímico, es una parte del ello pero modificada por la influencia de dicho mundo. El yo se esfuerza en transmitir al ello esta influencia, y aspira a



sustituir el principio del placer, que gobierna en el ello, por el principio de la realidad. El yo representa lo que sería la razón, en contraste con el ello, que contiene las pasiones. El super yo o ideal del yo, es la parte del yo que tiene una conexión menos firme con el mundo exterior. Representa lo ideal más que lo real, y pugna por la perfección antes que por el placer o a la realidad, es decir que representa la moralidad de cada sujeto. Los conflictos entre el yo y el ideal reflejan, finalmente el conflicto entre lo real y lo psíquico, del mundo exterior y el interior. A partir de este esquema puede ser más entendible el proceso depresivo, ya que ésta basa su mecanismo entre una lucha de lo bueno y lo malo de acuerdo a lo considerado y percibido por cada individuo.

Robbins (1993), esboza que la depresión de acuerdo a Freud, tiene sus orígenes en la pérdida, la cual puede ser ocasionada por un objeto o una persona en particular. Esta pérdida puede ser real o imaginaria (Lowry, 1993). Las bases de estas afirmaciones se encuentran en el desarrollo de los primeros años de vida del individuo. Comer (1992), explica que Freud estipuló que el potencial depresivo tenía su origen en la primera infancia, supuso que durante la etapa oral, las necesidades orales del infante pueden ser insuficientes o excesivamente satisfechas. La persona permanece por lo tanto estancada en esta etapa y depende de las satisfacciones instintivas características de ella. Al estar detenida la maduración psicosexual, a lo cual se le da el nombre de fijación, se puede tomar una tendencia a depender excesivamente de otras personas en cuanto al sostenimiento de su propia estimación (Fenichel, 1991).

Davison (1989), considera harto complejo mencionar como es que el individuo puede desencadenar una depresión ulterior. Sin embargo lo piensa asumiendo que el razonamiento es complejo y que hay diversos procesos



inconscientes que forman parte de la tristeza que es experimentada por las personas. Freud (1989), supuso que después de perder a un ser amado, el individuo que está de luto introyecta o incorpora primero en sí mismo a la persona desaparecida. La persona que está triste se identifica en una forma bastante completa con el ser desaparecido tal vez en un intento estéril de compensar la pérdida, inconscientemente se van abrigando sentimientos negativos contra las personas que amamos, así que quien está de luto se autoconvierte en el objeto de su propio odio y rencor. Además resiente el haber sido abandonado y se siente culpable de pecados reales o imaginarios cometidos contra la persona desaparecida. Al período de introyección sigue el período de trabajo de luto, durante el cual el individuo que está de luto evoca recuerdos de la persona desaparecida apartándose de esta manera de ella y aflojando los lazos impuestos por la introyección.

El trabajo de luto puede desviarse por los individuos excesivamente dependientes y convertirse en un proceso de automutilación, autoreproche y depresión (Lowry, 1984). Estas personas no aflojan los lazos emocionales que los unían con la persona desaparecida y continúan autocastigándose por los defectos y deficiencias percibidos en el ser amado que introyectaron en sí mismos. El resentimiento que experimenta el individuo que está de luto contra la persona fallecida continua adentrándose contra él mismo. Esta hipótesis es la base de la difundida perspectiva psicoanalítica de la depresión concebida como un resentimiento dirigido contra uno mismo. Ahora bien, hay casos en los que no hay una pérdida real como los autores lo explican, se dice entonces que existe una pérdida simbólica, es decir, las personas se deprimen sin alguna causa aparente, experimentando los sentimientos antes descritos. Wetzell



(1994), explica este evento como resultado de alguna pérdida del objeto que proporciona placer al sujeto (este objeto puede ser una persona, que se convierte en un instrumento de satisfacción para el individuo por diferentes cualidades), de esta pérdida pueden resultar sentimientos de odio hacia uno mismo por creerse responsable de la pérdida o por no poder resolver el conflicto que condujo a la pérdida.

A propósito de esta pérdida del objeto y con el fin de redondear un poco más esto Bleichmar (1991), dice que cuando el ideal del objeto es muy elevado y su intolerancia al apartamiento de este es tan marcado, los estados comunes de bienestar del objeto o de felicidad, por comparación con el ideal, son vividos como insuficientes y siempre se mantiene latente el deseo de aquello que se anhela. Al no satisfacerse ese ideal de bienestar, de felicidad del objeto se cae en la depresión. Freud (1917), cita a la melancolía (depresión) como una reacción del objeto amado, que puede presentarse al no haber un proceso de duelo bien resuelto. Ya que el objeto puede no estar realmente muerto o en algunas ocasiones no se sabe que se perdió. Existe algo que falta en el duelo, el mismo autor nos comenta; que en este caso hay un embrocamiento del yo, ya que en el duelo el mundo se ha hecho pobre y vacío, en la melancolía esto le ocurre al yo mismo. También nos menciona, que en el duelo, además, la pérdida es conciente, mientras que en la melancolía es inconsciente. El autor establece que el autoreproche y la pérdida de estimación propia que se desarrollan en la melancolía son dirigidas hacia el objeto perdido. Es decir, que cuando el paciente insiste en sus deficiencias e insuficiencias, de hecho está expresando sus sentimientos inconscientes respecto al objeto perdido.



Como puede apreciarse, para el psicoanálisis la depresión ocurre en lo interno de cada individuo, lo externo es importante en la medida que son eventos significantes para la estructura de la personalidad, no obstante, esta doctrina presenta algunas limitaciones al no considerar la influencia de otros factores ambientales; tales como la familia y el efecto que éstos ejercen sobre la propia depresión del individuo. Este elemento es considerado por la teoría de los sistemas que contempla al conflicto como resultado de un todo más integral y no como patología única de cada persona.

Enfoque sistémico

La teoría de los sistemas nace como un esfuerzo de contemplar al individuo como parte de un todo, como parte integrante de un sistema en el cual, una parte afecta a la otra y viceversa. Boscolo y Cecchin (1989), mencionan que el enfoque psicodinámico pasa por alto los vínculos familiares en los cuales se producen las conductas problema, y más específicamente el contexto familiar. La principal premisa extraída de estas observaciones era que si se lograba cambiar la estructura familiar la conducta problema cambiaría también. La familia en este caso es la poseedora de la enfermedad pero solo en alguno de los miembros resalta el síntoma. Otro punto importante con respecto al psicoanálisis es que la teoría sistémica no considera las experiencias tempranas del individuo como partes sustentadoras de las conductas presentes. El síntoma actual tiene una causa en el problema, es decir la situación actual es la causa del problema (Madanés, 1989).

La concepción de un problema psiquiátrico dentro del área sistémica involucra no sólo a un individuo como lo haría el enfoque psicodinámico, sino



lo hace participe de dos, tres o más personas. Su principal objetivo es ayudar a las familias a superar las crisis que se presentan durante determinados períodos o etapas, ya que de no superarse la familia no puede pasar a su etapa siguiente de maduración. Haley (1989), define un problema como un tipo de conducta que forma parte de una secuencia de actos entre varias personas. Síntomas como las depresiones o las fobias son entendidos como contratos entre seres humanos y, por consiguiente como adaptados a los seres humanos, y por consiguiente, como adaptados a las relaciones que ellos mantienen. Madanés (1989), explica que el terapeuta está incluido en tales relaciones, puesto que él es quien define el problema: rotular a alguien como esquizofrénico, delincuente o maniaco depresivo, es participar en la creación del problema que la terapia debe resolver. A veces el rótulo mismo origina el problema, tomando más difícil su solución, eliminar una depresión resulta mucho más difícil que eliminar algún otro componente de la conducta. Esto trae como consecuencia la importancia de un buen diagnóstico en el surgimiento de la enfermedad, ya que deberá ser el preciso para tomarse las medidas terapéuticas indicadas.

Un ejemplo de como es que la depresión es entendida como un contrato entre varias personas, es el caso de la depresión infantil. En un hogar donde los padres o alguno de los padres presenta una conducta depresiva es muy posible que el hijo también la presente de acuerdo a como ésta, es manejada y representada por el niño, ya sea que bien, él pueda manifestarla de manera metafórica, como una respuesta a los sentimientos que albergan uno de los dos cónyuges. Con esto queremos decir que la depresión del niño es una comparación en sentido figurado pero silenciosa de la depresión de alguno de los cónyuges. Esto puede manifestarse en diversas conductas como por



ejemplo la de no ir a la escuela o alguna otra actividad que implique estar lejos del hogar, porque de otro modo al no estar presente la depresión del niño está presente la depresión del padre o la madre dejando a un lado al niño. Este modo de actuar del niño representa una protesta al modo de actuar de sus progenitores, y si esto despierta la atención de los mismos es muy probable que se siga asumiendo hasta encontrar una solución adecuada. Madanés (1989), sostiene que la conducta perturbada de un niño es a la vez una representación y una solución al problema de su progenitor. A veces la solución que da el niño tiene que ver con las consecuencias que le traería al progenitor la conducta perturbada del hijo. Si el terapeuta puede cambiar estas consecuencias, de modo que se conviertan en un sacrificio para alguno de los padres o en una solución desagradable para el hijo, su conducta perturbada ya no cumplirá su función y será desechada.

Se considera que de igual forma se presenta la depresión adulta en el sentido que también el síntoma es la representación de un estado interno y por consiguiente, tal como como lo muestra la teoría de los sistemas, es la representación en sentido figurado de otra conducta de alguno de los otros miembros de la familia.

Como punto final se considera que los sistémicos aprecian la conducta del individuo, en esta caso la depresiva como una respuesta de efecto a un problema existente en el núcleo familiar, el cual no puede ser tratado de forma aislada porque finalmente se regresaría a lo mismo y los patrones patológicos no se transformarían. Esta es una observación muy importante en cuanto a la perspectiva psicoanalítica se refiere, ya que al tratar el componente conflictivo



por separado se está dejando de lado la fuente que lo está ocasionando que en este caso es la estructura familiar.

La depresión desde el punto de vista conductual va más allá de la interacción familiar, es decir, profundiza en otro aspecto que es determinante para las relaciones familiares; el ambiente.

Enfoque Conductual

El conductismo o Análisis experimental de la conducta como se le conoce, desenmaraña las hipótesis psicodinámicas de que la conducta está determinada y su respuesta es la misma a ciertos eventos ambientales, encasillando al sujeto en un sin número de categorías. El conductismo vino a demostrar que la conducta es una respuesta a diversos estímulos que producen efectos específicos en el individuo.

Como una concepción histórica establecida, se puede decir que el ámbito de la psicología se organiza en torno al comportamiento. La separación de las distintas doctrinas está cifrada, principalmente, por las condiciones de las que se haga depender el comportamiento y, en consecuencia, también respecto a ciertas consideraciones definicionales del mismo (Caballo, 1991). Es por esta razón que es necesario explicitar que el conductismo define al comportamiento en función de ciertas determinantes ambientales, de carácter cultural, social y físico que posibilita al sujeto psicológico. Pero para entender como se hace posible crear, mantener, modificar o extinguir la conducta a través de cambios ambientales, es necesario recurrir a la noción de conducta operante como un modo de plantear que el sujeto es una persona activa que



opera o actúa en el ambiente provocando cambios. Esta noción de operante libre planteada en términos Skinnerianos, describe un sujeto en una situación cualquiera que tiene que hacer algo, es decir libre de actuar y necesariamente con arreglo de su ambiente. Esta libertad está conformada en función del ambiente que lo precede, es por esto que su participación en el entorno es seleccionada, moldeada, mantenida y modificada según sus consecuencias, denominadas técnicamente refuerzos (fortalecimientos de probabilidad de la ocurrencia de ciertos comportamientos). Dicho de esta manera el sujeto conductistamente hablando representa una persona activa, cuyo comportamiento está en función de los objetos a los que se dirige.

Caballo (1991), menciona que en la noción de conducta operante está implícito este carácter activo, en un sentido manipulativo, transformador y de intervención en las condiciones dadas. De esta manera el ambiente responde a un efecto, con el cual el individuo se va transformando al ir actuando sucesivamente de nueva cuenta. El mismo autor considera que estas condiciones de actuar las puede ir creando el mismo sujeto, se puede decir que el sujeto subjetivamente va interpretando la realidad objetiva y asume que cada vez mediante la discriminación de los estímulos aprende formas más sutiles y diferenciadas de manipular su realidad. Skinner (1991), afirma que es importante acentuar que estas condiciones de comportamiento no están prefijadas mecánicamente en el sujeto, ni son conductas estereotipadas, sino que más bien, se trata de conductas de acuerdo, a su vez, con una definición genérica del estímulo. Con esto podemos entender que el género del estímulo va a provocar una consecuencia en el sujeto, esta consecuencia es su propia conducta, que va a estar determinadas por las condiciones mediante las cuales



se de el género del estímulo mismo que estará determinado también por la asociación de otros estímulos que por sí mismos serán capaces de evocar la respuesta en el sujeto, aunque no sean aquellos con los que inicialmente se dió la conducta en el sujeto, sino que como se asocian a éstos obtienen un poder similar para que se produzca la respuesta que en este caso es la conducta. Pues bien, es por medio de este aprendizaje de estímulos llamados discriminativos, que el sujeto va aprendiendo nuevas y variadas pautas de comportamiento. De hecho, este aprendizaje sustenta el enfoque conductista, al afirmar que todo comportamiento es aprendido. Y es precisamente que dentro de esta categoría cae el estudio de la depresión.

Los teóricos y clínicos conductistas creen que la depresión es aprendida. Ferster (1984), fue uno de los primeros teóricos en sugerir el fuerte vínculo entre depresión y comportamiento, señalando a la misma como un resultado de falta de reforzamiento positivo que trae como consecuencia las acciones depresivas. Esto es, falta de motivación y control fomentado por la retroalimentación recibida de otros (familia, amigos, etcétera). Otros conductistas también atienden este aspecto, y observan la presencia de un tipo de reforzamiento negativo como componente de la depresión, llevando al sujeto a formarse una mala opinión de sí mismo (Wetzel, 1984). Algunos otros como Lewinsohn (1986), afirman que bien, pudiera no haber reforzamiento en las depresiones que surgen en la vida.

Estas definiciones nos llevan a contemplar aspectos importantes, en la mayoría de ellas se destaca el papel del reforzamiento en la depresión y si tomamos en cuenta que el reforzador fortalece la ocurrencia de que una respuesta ocurra, entonces podemos decir que el reforzamiento negativo



condiciona la respuesta depresiva en el sentido de que aún siendo una conducta problema se le presta atención en forma inadecuada, provocando que en lugar de remediarla se fortalezca y siga ocurriendo. Esto es, Caballo (1991), plantea que si la conducta del sujeto ha sido precedida por algún estímulo aversivo puede tener efectos no deseables, por ejemplo, puede ser que la situación se convierta en un estímulo condicionado aversivo, pero finalmente condicionado dando como resultado que el sujeto escape de ella o la evite. Por otro lado puede ser que la persona o situación en este caso se convierta también en un estímulo aversivo condicionado, dando como resultado que la persona escape de ella o la evite, y puede ocasionar también que se provoque conducta emocional problemática, al no existir suficiente confianza en uno mismo y en los demás por presentarse de forma amenazante para la propia integridad personal.

Por otra parte se encuentra la consideración de que la depresión puede presentarse en la vida aún con ausencia del reforzamiento, lo cual nos lleva a pensar que al ser la conducta aprendida, es factible que el individuo asimile la depresión de los demás como una manera de enfrentarse ante la vida y no necesariamente porque exista algún tipo de reforzamiento ya sea negativo o positivo. Seligman (1981), otorga a la depresión otra categoría en la que la conceptualiza como un todo al que le asignan diferentes nombres:

Seligman (1981), Propone otro modelo de la depresión al presentarla como un modo de desamparo aprendido. El autor considera que la depresión se presenta, cuando el organismo experimenta una falta de control ante ciertos eventos, debido a la dependencia entre sus respuestas y las consecuencias. Por



esto, el organismo manifiesta una disminución en la iniciación de sus respuestas concebida para él como depresión.

El modelo de desamparo aprendido propuesto por Seligman (1975), se compone de tres partes: La primera se refiere a la información que el organismo recibe del medio ambiente sobre la consecuencia entre su respuesta y el estímulo consecuente. La segunda consiste en el procesamiento y transformación de esta información en una representación cognoscitiva. Dicha información ha recibido nombres tales como; aprendizaje y/o percepción, etcétera. La tercera parte corresponde al debilitamiento motivacional, cognoscitivo y emocional característicos del desamparo.

El modelo postula la existencia de un incentivo (en forma de expectativa) que determina la ocurrencia de respuestas voluntarias. Un incentivo que pierde fuerza cuando el sujeto aprende que los resultados son independientes de sus respuestas debilitando así la motivación. El control por el pasa el sujeto produce alteraciones cognoscitivas que interfieren con el subsecuente aprendizaje de las contingencias contrarias. En el campo emocional, la falta de control que el sujeto experimenta ante los eventos, lo atemoriza; este estado se reduce y desaparece si aprende a controlar el evento, pero en caso contrario, se ve reemplazado por la depresión.

Resumiendo, este modelo afirma que la independencia entre la respuesta y la contingencia; reduce la motivación para controlar el resultado; interfiere con el aprendizaje que el responder controla el resultado; y si este último es traumático, produce temor mientras el sujeto dude de la incontrolabilidad del resultado, y una vez asumida se presenta entonces la depresión. Cabe mencionar que el propio autor manifiesta que este modelo no es aplicable para



toda la tipología de las depresiones, sino sólo para aquellas en la que el individuo es una persona pasiva que no cree aligerar su estado, que se deprimen si pierden una fuente importante de alimentación (el caso del desamparo aprendido), pero también se aplica a individuos activos que se deprimen sin alguna causa aparente. Al principal grupo de individuos a los que hace referencia, son aquellos que se caracterizan por ser lentos en iniciar sus respuestas, se consideran sin poder, sin esperanza y perciben un futuro magro, estado que se inicia como una reacción ala pérdida de control en el reforzamiento, y por ende, en los eventos del mismo ambiente.

Más adelante se elaborarían algunas reformas al modelo propuesto por Seligman Abramson (1978), y el mismo Seligman (1978), reelaboraron algunos principios de los cuales sólo convendría mencionar las siguientes:

- 1.- La expectativa de la incontrolabilidad per se, no es suficiente para que se dé la depresión. Sólo cuando la expectativa de la independecia entre la respuesta y el resultado sea sobre la pérdida de un resultado altamente deseado o con una alta probabilidad aversiva entonces el componente emocional de la depresión desaparecerá.
2. El modelo anterior no explicaba –incluso ni siquiera contemplaba- el déficit que las personas deprimidas presentan en la autoestima. Este problema se elimina al considerar el desamparo personal y el desamparo universal (En el primero el sujeto piensa que él no tiene habilidades para controlar la situación, pero que otros si las tienen, mientras que en el segundo; que ni el ni otras personas pueden controlar la situación), ya que en el primer caso dicho déficit es mayor que en el segundo.



3 Se explica que las personas deprimidas tienden a hacer uso de los llamados atributos internos, estables y globales para explicar el fracaso, así como atributos externos, específicos y menos estables para el éxito.

4. Tanto la generalización como la agudeza de la depresión depende de la globalidad y estabilidad de los atributos que la persona haga en cuanto a la situación por la que atraviesa.

A continuación se revisará la propuesta cognitivo-conductual de A. Beck, quien al igual que Seligman introduce en sus preceptos la triada cognitiva. No obstante desde el primer punto de vista la presentación de la depresión se deriva de la percepción de las no contingencias y de las expectativas que forma el individuo sobre las futuras no contingencias. De acuerdo al autor, las no contingencias; son entendidas como la inexistente correlación entre la conducta del sujeto y las condiciones ambientales en que se encuentra. Para Beck (1983), la presentación de pensamientos irreales en relación con los eventos clave en la vida de la persona es lo que la lleva a la depresión.

Enfoque Cognitivo-Conductual

Aaron T. Beck, es considerado como el representante de la teoría cognitiva en lo que respecta al campo de la depresión. La práctica de la terapia cognitiva dentro de la psicología pretende dar cuenta de los pensamientos disfuncionales que afectan la conducta de un individuo. Existe un pensamiento consciente entre un evento externo y una respuesta emocional particular. Este es el principio básico de la teoría de Beck. Puede ser que la persona tenga una



emoción sin que exista un evento externo, en esos casos es posible determinar que la reacción se deba a un evento cognitivo, es decir, a un pensamiento una reminiscencia o una imagen que produzca la respuesta emocional. Un paciente tratado con terapia cognitiva debe aprender a distinguir su realidad y la percepción que tiene de la misma. ya que su realidad se ve transformada y está sujeta a procesos cognitivos. Beck (1991), fue uno de los primeros teóricos en ofrecer una visión clara de lo cognitivo, mencionando que a esto puede denominársele “cualquier técnica cuyo modo principal de acción sea la modificación de patrones erróneos de pensamiento” (pág.347). Desde esta perspectiva se pretende explicar que el modelo cognitivo-conductual como su nombre lo indica presta importancia específica a los pensamientos característicos de determinada conducta y considera que son ellos los que la determinan, tenemos entonces que no es ya solo la conducta manifiesta ni como ha sido aprendida, sino que ahora también se destaca el papel que los pensamientos desempeñan para determinar que un sujeto actúe de cierta forma

De acuerdo a Beck (1991), la conducta depresiva es caracterizada por seis componentes cognitivos que a continuación describiremos:

1. Esquemas: Son estructuras cognitivas que regulan el proceso del pensamiento, tanto si están estimuladas o no por la situación ambiental.
2. Reglas: Representan en el sujeto ciertas ecuaciones, fórmulas y premisas que le van a permitir ordenar esas representaciones de la realidad, de tal forma que se llegue a conclusiones específicas.
3. Esfera personal: Esta implica el significado que se le da los objetos tangibles e intangibles. Y representa la integración de todo lo que nos



conforma y define. Esta se delimita en torno a la interpretación de todo aquello que acontece al sujeto.

4. Pérdida: La consecuencia de ésta puede acarrear melancolía, y un estado de ánimo doloroso un desinterés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de las funciones y la disminución del amor propio. La pérdida como ya se había mencionado puede ser de una situación específica de una persona o bien una situación emocional gratificante para el sujeto

5. Tríada cognitiva: La pérdida se manifiesta en tres aspectos: la visión de sí mismo, interpretación de su presente y un futuro negativo. Esto es, visión negativa del pasado, del presente y del futuro, donde se descartan los logros positivos y sólo queda lo negativo.

6. Distorsiones Cognitivas: Son errores sistemáticos de pensamiento que mantienen las creencias del paciente sobre la validez de sus conceptos negativos, a pesar de la evidencia en contra. Entre algunos de ellos se destaca: la inferencia arbitraria, abstracción selectiva, sobregeneralización, magnificar y minimizar, personalización y pensamiento absolutista, esto es o algo es completamente bueno o completamente malo no hay un intermedio que regule una consecuencia para no tener efectos tan devastadores.

Estos componentes, como puede apreciarse constituyen la respuesta de el porque la depresión. Desde este punto de vista podemos definirla entonces como un proceso exclusivo del pensamiento, caracterizado por procesos no negativos por completo sino que más bien ilógicos, al no razonar ante la veracidad y aceptación de las posibles alternativas de vida que lo circundan.



A pesar de su estructuración, el modelo de Beck de la depresión tiene algunas limitaciones como lo definen otros teóricos como Arnkoff y Glass (1982). En donde consideran que Beck trabaja adecuadamente con el contenido del pensamiento, pero no explica el funcionamiento de los procesos, contenidos y estructuras contenidas implicadas, ni ha podido demostrar correctamente la vinculación de éstos con el cambio observado. Otros autores señalan que la terapia cognitiva no acaba de explicar el problema del vínculo cognición-efecto, debido a que la racionalidad no necesariamente se deriva de buen razonamiento y que los pensamientos no son constructos completamente controlados. Respecto a esto, se podría argumentar que en efecto nadie conoce aún las dimensiones exactas del pensamiento, pero que si hay conductas predecibles en base a ciertas circunstancias específicas de comportamiento, de acuerdo a los distintos trabajos teóricos y prácticos que se encuentran en la literatura especializada, y que aún falta mucho por conocer. Otras de las limitantes que se han encontrado en el modelo de Beck, es que no explica la función del lenguaje en el proceso del pensamiento y que es fundamental en el vínculo terapéutico. Buela (1991), considera que las investigaciones en terapia cognitiva se deberían complementar por el estudio serio del proceso de la terapia: los factores responsables del cambio, cómo interaccionan paciente y terapeuta, que tipo de vínculo existe entre ellos entre otros aspectos y que estos factores permitirán encontrar mejores criterios de uso y eficacia de la aplicación de técnicas específicas. Es por ello que el mismo autor considera que un buen modelo es aquel que explica los fenómenos de los que habla, o de los que pretende abarcar, aunque no lo pueda explicar todo. Existen otros tratamientos cognitivos que aportan elementos importantes que no se



encuentran en el modelo de Beck, como por ejemplo la terapia racional emotiva de Ellis (Ellis, 1991).

A pesar de estas limitantes si es muy conveniente mencionar que la terapia cognitiva ha sido muy eficaz en el tratamiento de la depresión y que el modelo cognitivo de Beck, presenta una naturaleza satisfactoria de los síntomas y problemas de los pacientes además de estimular otros esfuerzos teóricos y de investigación. Más adelante se encuentra una descripción más completa de esta perspectiva y su tratamiento aplicado ya en la terapia.

Como una apreciación propia se resume que el enfoque psicodinámico de la depresión la concibe como producto de una pérdida inconsciente de un objeto deseado o amado. La pérdida se interioriza y se transforma en una pérdida del yo, haciendo que éste se torne pobre y vacío manifestándose autoreproches y la pérdida de la estimación propia.

La teoría de los sistemas viene a romper el esquema de la patología individual de Freud, al instalar la enfermedad como producto de un sistema familiar en donde todos son reponsables del comportamiento dañino, y de que si una parte se ve alterada, las demás también lo están.

La aproximación cognitiva de Beck, manifiesta que la esencia de la depresión se encuentra en un conjunto cognoscitivo negativo, la persona tiene una *visión negativa de sí misma*, del mundo y del futuro. El deprimido percibe los eventos como una merma en su dominio personal, lo que trae como consecuencia la tristeza.

El enfoque conductual, conceptualiza a la depresión como una consecuencia de las contingencias de reforzamiento que inciden en la conducta



de los individuos. Por otra parte el modelo de Beck ofrece una naturaleza satisfactoria de los síntomas y problemas de los pacientes y además de estimular otros esfuerzos teóricos y de investigación. Y precisamente hablando de la sintomatología que presenta el cuadro depresivo, se observa que son más agudos en algunos casos y menos en otros, dependiendo de la categorización que se le designe



Capítulo III

Tipología de las Depresiones.

Normalmente una clasificación se entiende como aquel proceso de ordenamiento que tiene como objetivo jerarquizar diversos eventos o situaciones respecto a su importancia y así poder diferenciarlos de otras cosas. Esto mismo sucede con la tipología de las depresiones, en donde cada una de ellas presenta de acuerdo a los estudiosos de la conducta, un cuadro específico de síntomas que los diferencian de los otros. Así alguna de ellas podrá presentar aspectos más severos o agudos que otras, mientras que las más leves sólo reportarán estados de molestia y desagrado sin llegar a tener los fuertes impactos emocionales de una depresión de tipo más severa, que tiene consecuencia en el ámbito social, emocional y físico de la persona que la padece. Es en la depresión de tipo psicótica, que se presentan percepciones alteradas de la realidad, es decir, el individuo puede creer que escucha voces o visualizar figuras que no existen verdaderamente. Hay otras depresiones sin embargo, que no manifiestan síntomas ni de uno, ni de otro tipo de depresión, son las llamadas depresiones atípicas, es decir sin tipo característico de alguna clasificación. Este apartado pretende enfatizar más la importancia del primer tipo de depresión, llamada neurótica, ya que es en ella donde pueden demostrarse más eficazmente los efectos de la terapia de interés aquí, la cognitivo conductual.



Sin embargo como conocimiento general se presentan las clasificaciones más universales de la enfermedad, que se agrupan de la siguiente manera:

1. Depresión endógena: De acuerdo a Rodríguez (1986), este tipo es de origen psicótico, con esto podemos entender que se presenta un cuadro agudo de personalidad en donde encontramos cuatro rubros característicos:

a) Enfermedad maniaco-depresiva tipo depresiva: consta sólo de episodios depresivos. Estado de ánimo gravemente deprimido con lentificación mental y motora, recelo inquietud, perplejidad, agitación, ilusiones e ideas delirantes de culpa.

b) Enfermedad maniaco depresiva de tipo bipolar: enfermedad maniaco depresiva caracterizada por la presentación alternante y cíclica de un episodio depresivo y uno maniaco.

c) Melancolía involutiva: psicosis que se presenta durante el período involutivo y se caracteriza por ansiedad, agitación, preocupación e insomnio severo y frecuentemente con preocupaciones somáticas y sentimientos de culpa.

d) Reacción psicótica depresiva: la psicosis se caracteriza por un estado de ánimo deprimido causado por una experiencia real, pero sin historia de depresiones repetidas y oscilaciones del estado de ánimo. En todos estos subtipos de patologías se deberá de tener en cuenta, curso fásico típico, predisposición familiar y suceso desencadenante.

Davison (1983), clasifica a las depresiones es psicóticas, neuróticas, endógenas y exógenas. Para este autor las depresiones psicóticas se



caracterizan específicamente por la aparición de alucinaciones fuera de la realidad y por la preocupación de los malestares corporales. Beck (1983), menciona que las ilusiones de los depresivos psicóticos, son creencias equivocadas e inverificables, sentimientos injustificados de inutilidad y aprensión por alteraciones corporales.

Malaguez (1993), esboza que en los pacientes depresivos está notoriamente disminuido el funcionamiento corporal y que esto es un síntoma psicológico de la misma enfermedad, así como cualquier trastorno médico crónico, y que es particularmente cierto en el caso de la culpa, la desesperación existencial, el desprecio de sí mismo y la ideación suicida notorios de la depresión que él, llama psicógena. También nos dice que muy importante también, es el tomar en cuenta que estas dolencias de tipo somático y las perturbaciones del funcionamiento cognitivo varían en función de la propia cultura donde se mueve el individuo, ya que se han hecho divesos estudios de poblaciones de un país a otro donde por ejemplo se encontró que en los países desarrollados es menor el riesgo de suicidio que en los países desarrollados.

Bernhardt (1996), nos dice que no existe una discontinuidad clara en la conducta a medida que vamos de lo normal a la depresión neurótica o a la psicótica, pues parece que esto se va dando de manera progresiva, a medida que se van comprometiendo en el estado de ánimo depresivo más facetas de la personalidad del individuo, y hasta que se llegue a producir de manera gradual una distancia cada vez más grande entre la experiencia del individuo y el "mundo real". Así en la parte final del continuo, que sería lo psicótico, podemos distinguir dos características básicas: a) la personalidad total del paciente está comprometida en este desorden. Y hay una pérdida penetrante



del contacto con la realidad. Este tipo de depresión es más un proceso interno que uno externo, es decir, un proceso de dentro hacia afuera que involucra importantes aspectos: Primeramente se encuentra que; la psicosis dentro de la depresión puede ser desencadenada por factores de tipo genético que puede surgir ante un muy fuerte conflicto emocional y después tenemos que no necesariamente puede ser de origen genético, sino social y personal en donde el individuo se concreta a ensismarse en sí mismo y ya no le importa nada, perdiendo contacto con la realidad. Sin embargo no con esto queremos decir que no hay recuperación, ni tratamiento terapéutico. Lo hay, pero a otros niveles donde destaca fundamentalmente el farmacológico y el psicológico caracterizado principalmente por la rehabilitación de las habilidades básicas que le permitan al sujeto subsanar sus necesidades básicas conductuales.

2. Trastorno depresivo Mayor

Antonuccio (1995), señala que un desorden depresivo mayor, es un desorden del estado de ánimo donde sólo se presenta depresión. Puede presentarse en un episodio único o ser recurrente. El diagnóstico del desorden depresivo mayor comparte con su contraparte, el desorden bipolar, la dificultad de que necesariamente involucra la incertidumbre de que el individuo pueda desarrollar un ataque de manía, en algún momento futuro, en cuyo caso el diagnóstico sería el de desorden bipolar afectivo. Esto es, si sólo se presentara la depresión con psicosis se llamaría desorden depresivo unipolar, pero como se presenta también manía, se llama desorden depresivo bipolar. Kolb (1985), menciona que la manía son desórdenes del humor, donde existen delirios que suelen consistir en exageraciones y distorsiones de la elación o de la



autoafirmación normal. A veces lo confunden en un principio con la felicidad y se parecen en muchos casos a los cambios que padecen algunas personas después de haber bebido algunas copas. Si bien, la reacción maniaca dura meses o semanas y no horas, estando ausente todo estado de embriaguez. Muy importante es considerar que el estado maniaco representa una defensa de algo que se pretende ocultar. Tiene sus orígenes igual que en las depresiones psicóticas en la pérdida del amor, la seguridad en sí mismo. La persona que cae en una depresión maniaca parece diferenciarse de la que sufre una depresión psicótica en que, ante todo, usa a fondo la negación y reconstruye su realidad mediante sus delirios de grandeza. Los maniacos parecen irremediabilmente irresponsables e incontrolablemente expansivos. Se conducen como si sólo ellos existieran en el mundo, como si tuvieran el derecho de hacer lo que se les antoje, como si los intentos de controlarlos o privarlos de cualquier deseo fueran injusticias de la vida intolerables. Estas actitudes son infantiles y poco realistas y representan a la vez una seria pérdida de la perspectiva social.

Es pertinente comentar que aún cuando esto sea cierto, hay muchas personas que en la vida se manejan así sin llegar a tener problemas serios, es decir, se podría decir que son tipos de personalidad en donde, si las carencias se encuentran en la seguridad de sí mismo son y deben ser readaptadas mediante un tratamiento psicológico que les permita un nivel interactivo eficaz con las demás personas, siempre y cuando esto les esté ocasionando problemas de consideración.

Caballo, Buena y Carrobbles (1995), añaden que la manía también se jerarquiza dependiendo los grados de ésta en la depresión. Así pues queda:



La hipomanía llamada también enfermedad bipolar II, se utiliza para clasificar una afección menos grave del estado de ánimo y su duración es más corta que los episodios maniacos, además de no ser psicóticas.

La Ciclotomía está considerada como una forma menos grave y perturbadora del trastorno bipolar. Howland y Thase (1993), afirman que la ciclotomía incluye un estado deprimido elevado con síntomas asociados. Su inicio ocurre en los últimos años de los sujetos adolescentes o en la primera década de los 20. Este trastorno está considerado como un desorden chiquito o pequeño de la depresión y que por general suele ser de tiempo breve.

Conveniente es soslayar en este apartado al trastorno conocido como distimia, que es un episodio menos grave y agudo que el de la depresión mayor, es decir está categorizado dentro de las depresiones leves y dentro de las más frecuentes también. El comienzo de la distimia ocurre normalmente en la infancia o en la adolescencia, lo que ayuda a explicar la alta tasa de comorbilidad con el denominado grupo ansioso de los trastornos de la personalidad (Buela, Caballo y Carroles, 1995).

3. Depresiones exógenas.

- a) Depresiones reactivas (causas psíquicas). Calderón (1990), dice que éstas, son el conjunto de manifestaciones clínicas que llevan al sujeto hacia una manifestación fundamental de tristeza, pesimismo y lentitud psicomotora, que se deriva de un acontecimiento doloroso o de una situación penosa vital a condición de que: la reacción depresiva aparezca ligeramente estrecha al traumatismo psicológico y que esta reacción sea en cierta medida comprensible para el observador y que el contenido del tema
-



doloroso (temor, deshonra, desesperación, pena remordimiento, nostalgia, etcétera), se encuentra en relación con el evento que ha desencadenado el estado depresivo. La sintomatología puede variar en función de las condiciones exteriores y que la evolución sea al menos parcialmente dependiente de las modificaciones de la situación y el medio circundante. En resumen, las causas serían: conflictos agudos, conflictos crónicos, trastornos de la relación social y trastornos en el desarrollo infantil temprano o tardío.

4. Depresión Neurótica

De acuerdo a la Revista de la Sociedad Mexicana de Psiquiatría Biológica (1986), las depresiones neuróticas incluyen todas las manifestaciones de curso depresivo provocado por el resurgimiento de conflictos intrapsíquicos más o menos reprimidos o circunscritos. El cuadro clínico es muy similar al de las depresiones reactivas, e incluso el mecanismo desencadenante es externo, pero la reacción producida suele ser desproporcionada con respecto a la causa que la produce.

La depresión neurótica, enfoque principal de este trabajo, es un proceso de afuera hacia adentro, ya no interno como en el caso de la depresión psicótica, los elementos que la caracterizan son proporcionados por el medio ambiente externo, aunque también influye en gran medida lo interno para interpretarlas. Las depresiones neuróticas, así como las exógenas se consideran afecciones patológicas leves. Coleman (1990), establece que en las reacciones neuróticas, el individuo reacciona a algunas situaciones molestas con una cantidad de tristeza y abatimiento superior a lo normal, y a menudo. Aunque



estas semanas puedan durar meses, finalmente estos sentimientos se desvanecen. En algunos casos permanece una forma leve de estado de ánimo deprimido después de que se han abatido los síntomas más severos. La incidencia de depresión neurótica parece ser más frecuente en las mujeres que en los varones. Esto podría ser explicado por factores hormonales o simplemente debido al estrés, al que la mujer se ve sometida en su vida cotidiana, la profesión, si es el caso, el matrimonio, los hijos y la propia autoestima. Por otra parte, la manía dentro de la depresión neurótica suele ser confundida con personalidades crónicamente hiperactivas, dominantes, antidependientes, deficientes en la autocrítica y tal vez excesivamente optimistas en lo que concierne a los resultados de ciertos planes y esquemas. Sin embargo estas personas no representan en sí casos raros y sería lamentable confundir su conducta con el síndrome de manía clásico, pues se trata de individuos que invariablemente tienen un sustrato de angustia de la que se defienden por medio de una hiperactividad del tipo que es común en un conflicto neurótico, y cuyos problemas, probablemente deberían considerarse dentro de un subgrupo de desórdenes neuróticos menores.

A veces estos individuos evitan presentarse por sí mismos a tratamientos en clínicas psicológicas o psiquiátricas. El patrón más común en ellos consiste en presentarse en las clínicas médicas con una incipiente enfermedad psicosomática, tal vez como pacientes principalmente con problemas en las coronarias. En cualquier caso, aunque es bastante claro que lleguen a presentarse episodios depresivos a niveles más bajos que la psicosis, no es tan claro que exista un nivel neurótico de la manía.



5. Desorden depresivo de invierno

Este tipo peculiar de desorden, aparece únicamente en ciertos individuos que por lo regular lo experimentan solamente en determinadas épocas del año. Jacobs (1995), sugiere que esto es debido fundamentalmente a que la glándula pineal en el cerebro de algunas personas es altamente más sensible hacia la pérdida de la luz natural, resultando en una multitud de síntomas descritos generalmente como “una reacción a la hibernación”. Recordemos que la glándula pineal es una pequeña estructura situada en la cara posterior del tallo encefálico, entre los hemisferios cerebrales y cuya función supone controlar el esqueleto y a mantener reprimidas las glándulas sexuales. Generalmente esta reacción de hibernación comienza en los meses de septiembre y octubre, aunque algunas personas empiezan a tener signos de aviso desde la segunda mitad de agosto. Entre algunos de los síntomas se encuentran estados de tristeza, ideas suicidas en el más severo de los casos, e interpretaciones negativas de las propias acciones. Una explicación de ello, podría ser que en estos meses caracterizados como más ligeramente fríos que los otros, algunas personas gastan más carbohidratos o se vuelven más lentos en este proceso, ocasionando pérdida de calor en su organismo. Algunos otros autores destinan a la hormona de la melatonina causante también de este tipo de depresión.

Por último mencionaremos, que ya anteriormente hemos hablado que las glándulas producen la química del organismo y que la personalidad cambia completamente si las glándulas son hiper o hipoestimuladas.

Se ha revisado en este capítulo la principal sintomatología de la clasificación que se ha hecho acerca de las depresiones, se ha observado que la gravedad de los síntomas dependerá de cómo sea tratado y encasillado el



trastorno La manía considerada como grave en la psicosis, no lo es para la neurosis, ya que mientras que la primera se considera interna, la segunda se causa por factores externos pero siempre con un contexto de la realidad bien marcado. Muy importante es mencionar que estas jerarquías de la depresión han sido elaboradas por la psiquiatría, fue Emil Kraepelin el primero formular una clasificación de los trastornos mentales psiquiátricos. De ahí se han derivado más elementos alternativamente con el desarrollo paulatino de la medicina. La psicología sin más preámbulos divide a las depresiones en exógenas y endógenas, de acuerdo a su etiología sintomática. De igual forma, las dos pueden ser tratadas exitosamente, aunque una de ellas utilice medicación para su control. Sin embargo la medicación no es exclusiva de las depresiones de tipo psicótico, sino que también lo es, en las depresiones de tipo neurótico, propósito esencial de este trabajo. La patología depresiva puede ser tratada ya sea con terapia psicológica o con terapia antidepresiva, la diferencia radica en que a largo plazo, la crisis que fue atendida inicialmente con fármacos puede resurgir más impetuosamente, ya que el conflicto interno de base que produjo este tipo de respuesta o estado de ánimo no ha sido resuelto. Es por esta razón, que se hace necesario tratar el problema desde un punto de vista psicológico, para entrenar al individuo en habilidades que le permitan afrontar desde otra percepción sus problemas.



Capítulo IV

Tratamientos

El trastorno conocido como depresión, amerita una importancia significativa a nivel multi e interdisciplinario del comportamiento humano. Ya que de un mayor conocimiento que de la enfermedad se tenga, más amplias serán las perspectivas de diseñar modelos estratégicos de prevención y rehabilitación de sus síntomas para quien la padece. Sin embargo, aún en la actualidad es todavía mayor el porcentaje de individuos que no acuden a solicitar ayuda debido tal vez debido a que el estigma de la enfermedad mental es manejado como propio de “locos”, por lo cual se niegan a seguir el consejo de compañeros o familiares preocupados por su salud o hasta del propio médico quien se lo sugiere. Acudir con algún profesional para algunas personas, es aceptar que no se tiene la fuerza de voluntad suficiente para controlar “aquella situación específica”, sin darse cuenta que el problema o aquello que nos preocupa puede ir trascendiendo hasta llegar a desencadenar en una situación en la que difícilmente se puedan crear soluciones de carácter más constructivo que como se observarían de haber atendido a tiempo nuestro malestar. Por otra parte, aún cuando la gente accede a recibir algún tipo de tratamiento no lo hace íntegramente, sino que ocasional o permanentemente lo suspende por varias razones, entre las que se podrían citar; la resistencia a tomar medicamentos, si es el caso de un tratamiento de tipo psiquiátrico o el



abandono a la terapia psicológica por no recibir recompensas a corto plazo. Muy digno es también reflexionar, en que posiblemente estos tratamientos no sean los idóneos para la situación en cuestión. Es por esta y otras razones que en este capítulo se hablará del tratamiento psiquiátrico y el tratamiento psicológico con el objeto De mostrar perspectivas diferentes de *tratamiento* para la nosología de la depresión. La importancia de describir uno y otro método, radica en la frecuente comparación que de ellos se hace, y en la importancia que para la psicología tiene el promover repertorios conductuales de prevención en los individuos como medidas de afrontamiento hacia eventos desagradables de la vida. El método psiquiátrico por su parte ofrece otra perspectiva a los conflictos internos del sujeto, proporcionando recompensas inmediatas en forma de medicamento que suele subsanar los efectos más devastadores de una depresión.

Tratamiento Psiquiátrico

Como quiera que se defina (como un síntoma, un síndrome, una enfermedad única o como un espectro de diferentes manifestaciones), la depresión es en el momento actual el trastorno psiquiátrico más frecuente, tanto en los países desarrollados como en los de vías de desarrollo, y su presencia sigue aumentando. Harper (1996), menciona que en cualquier momento dado, entre el 13 y el 20 % de la población, como mínimo tiene algunos síntomas depresivos, y aproximadamente entre el 2 y el 3% de la población se encuentra hospitalizada o gravemente deteriorada por una enfermedad de carácter afectivo. Gold (1990), a este respecto considera que



las personas depresivas merecen y requieren recibir ayuda lo antes posible. Para este enfoque la persona más ad-hoc para recibir el tratamiento es el psiquiatra. Un psiquiatra es un médico especializado, entrenado para aplicar un diagnóstico biomédico y psicosocial que posee además habilidades terapéuticas para el manejo de pacientes con trastornos físicos y mentales (Goldman, 1994). Además de ser los únicos autorizados para preescribir medicamentos y realizar exámenes físicos completos. A este respecto se puede mencionar que actualmente la mayoría de los galenos especializados en esta área, omiten realizar un examen físico y biológico de los pacientes canalizados, como sucede en la mayoría de las instituciones de salud pública y únicamente sustentan su diagnóstico con el reporte verbal del paciente y el escrito por el médico familiar, dejando a un lado la posibilidad de descartar otros agentes biológicos imitadores de la depresión tales como enfermedades de tipo crónico. Generalmente es en la primera entrevista cuando el psiquiatra acostumbra a realizar su terapia de tipo farmacológica, basada en un diagnóstico conocido dentro del campo de la psiquiatría como el DSM-IV (Manual de diagnóstico y Estadística de Enfermedades Mentales), llamado también popularmente la “biblia” del diagnóstico psiquiátrico. Así como también basado en: La Clasificación Internacional de la Enfermedades Sus códigos de diagnóstico son utilizados por todos los profesionales de salud mental. En la agrupación que hace de los trastornos del estado de ánimo, se encuentra la clasificación de los trastornos de origen depresivo, en depresivos y bipolares. Como algunos instrumentos de evaluación estandarizada, el DSM-IV puede caer en el error de generalizar categorías de pacientes distintos,



encasillando sus síntomas con la misma etiqueta u otras de mayor o menor gravedad.

Ya una vez identificado el síntoma de acuerdo a la escala de clasificaciones, comienza la elección del fármaco conocido como agente antidepresivo. Handal (1995), esboza que los antidepresivos son drogas que pueden afectar adversamente a muchos organismos, por eso, se comienza con una dosis pequeña y va aumentando gradualmente hasta llegar a la dosis terapéutica aceptada para que el organismo empiece a tener los efectos requeridos. Cuanto antes se llegue a la dosis necesaria será mejor para el sujeto. Sin embargo los efectos colaterales pueden demorar el proceso. Winter (1995), argumenta que según de que antidepresivo se trate los efectos colaterales pueden ser: sequedad bucal, constipación, cefalea, visión borrosa, descenso de la presión sanguínea cuando el paciente; se pone de pie o permanece en esa posición, lo cual provoca mareos, caídas o hasta en el peor de los casos desmayos, sedación, agitación, pérdida de memoria, insomnio, apetito compulsivo, aceleración del ritmo cardíaco y/o efectos graves sobre el corazón. El mismo autor también describe, que por lo general estos síntomas son transitorios y leves, también dice que apenas son molestos, pero que algunas personas resultan muy sensibles a ellos. A propósito de esta mención, es muy pertinente señalar que por estas razones es muy grande el porcentaje de pacientes que abandonan el tratamiento.



Terapia Farmacológica

De acuerdo a la aproximación médica, la depresión es una enfermedad de alteraciones químicas cerebrales y como tal debe tratarse (Warren y Weinberg, 1995). Entre los medicamentos más conocidos dentro de la práctica depresiva se encuentran primeramente los de carácter heterocíclico, también conocidos como tricíclicos, cuya función básica es la de influir sobre los dos neurotransmisores básicos causantes de la depresión la serotonina y la noradrenalina (ver tabla no. 1).

Cabe señalar que el tiempo promedio de la toma de un medicamento antidepresivo es como mínimo de un año para poder estabilizar el sistema nervioso por prescripción del psiquiatra. Después se encuentran otro grupo de antidepresivos llamados Inhibidores de la monoaminooxidasa (MAO) que son una alternativa a los tricíclicos cuando éstos no han funcionado en el paciente. Los inhibidores de la MAO inhiben la monoaminooxidasa de manera que las aminas no son metabolizadas tan rápidamente y se encuentran en mayor cantidad para la neurotransmisión (Lipka, 1995), aunque son muy efectivos, seguramente son muy conocidos por sus efectos hipertensivos, por tal motivo para prescribir estos fármacos se requiere de pacientes muy cooperativos para evitar problemas si se ingieren con ciertos alimentos que al combinarse producen este efecto (Davis y Wengert, 1992), (ver tabla no. 2).

También se han encontrado otro grupo de fármacos llamados heterogéneos, que no son más efectivos que los antidepresores tricíclicos para



tratar la depresión mayor pero pueden usarse debido a sus propiedades especiales relacionadas con sus efectos colaterales o las características clínicas del paciente (Goldman, 1994). Algunos de este tipo de medicamentos como el bupropión ocasiona ataques a la persona como efecto colateral importante y preocupante, asimismo la fluoxetina origina confusión, incoordinación y manía, por esta razón, este tipo de fármacos se agrupa dentro de los antipsicóticos. (Brumback, 1990), (ver tabla no. 3).

Por último encontramos otro grupo de fármacos llamados Estabilizadores del Estado de Animo, lo cuales no son muy efectivos cuando se usan sólo para tratar un episodio depresivo, pero pueden usarse en combinación con un antidepresivo para potenciar sus efectos o para evitar recurrencias de la depresión (Webmaster, 1994), (ver tabla no. 4)

A pesar de la buena opción que los fármacos representan en el tratamiento de la enfermedad depresiva, hay casos en que tienen que ser omitidos por no responder biológicamente, en estas situaciones restan otras alternativas médicas de delicada importancia como es el caso de la Terapia Electro Convulsiva (TEC).

Terapia Electroconvulsiva(TEC)

El tratamiento electroconvulsivo ha demostrado su eficacia para depresiones por desilusión y endógenas graves. Su efecto se inicia rápidamente disminuyendo a su misma velocidad los síntomas de casos que no responden previamente a tratamiento por pastillas, sin embargo, existe alto índice de recaída después del TEC a menos que se administre medicación antidepresiva de mantenimiento. La TEC no es efectiva en depresiones leves. El tratamiento



electroconvulsivo posiblemente será más efectivo cuando exista peligro de suicidio. En algunos cardiópatas el TEC es menos peligroso que los fármacos antidepresivos. Goodwin (1990), describe que en este método se dirige al paciente una corriente eléctrica de poca potencia a uno o ambos lados del cerebro, el paciente está relajado y dormido, gracias a los relajantes musculares y a la anestesia de corta duración, además se le proporciona oxígeno. Los monitoreos vigilan sus signos vitales. Los efectos colaterales más importantes son la confusión y la pérdida de la memoria, habitualmente breve, pero a veces prolongada. Sin embargo, se pueden producir lesiones duraderas, especialmente si el sujeto es sometido a sesiones reiteradas. Y el uso de la anestesia general implica también sus riesgos. En conclusión este tratamiento es efectivo en depresiones de tipo muy severa o en pacientes psicóticos (Rickels, 1990).

A la toma del medicamento precede un período de cuatro a seis semanas para producir el efecto deseado. Son muchos los factores que influyen sobre el tiempo que el paciente debe esperar para sentirse mejor. Si bien algunos síntomas, como el insomnio pueden desaparecer en una o dos semanas, la base de la depresión se prolonga por un tiempo igual. Antes que los depresivos hagan efecto es preciso mantener la dosis terapéutica recomendada por el especialista (Williams, 1990). La dosis terapéutica dependerá y es única de cada paciente por las características personales de cada uno de ellos. La cantidad que llega a la sangre para ser trasladada al cerebro depende de factores tales como la genética, la edad, cualquier otra medicina que se pueda estar tomando en ese momento y el funcionamiento del hígado (Giardina, 1994).



Gold (1989), afirma que pareciera que el psiquiatra establece la dosis terapéutica por “adivinación”, si se hace correctamente y el paciente responde rápido al tratamiento, mejor. Pero si no, el asunto se vuelve muy complicado, ya sea que no es la dosis adecuada o que no hay reacción a ese medicamento, por lo cual, lleva a considerar de acuerdo al autor, que el paciente al existir estas condiciones no debió haber sido medicado desde un principio. Cuando el paciente no responde a la medicación, muchos psiquiatras aumentan la dosis y luego esperan alertas, de no haber efecto, es momento de cambiar la droga y la segunda medicación puede demorar tanto como la primera.

Esto puede desconcertar al depresivo, infundiéndole sentimientos de culpa o creencias de ni siquiera servir para tomar el medicamento. O puede suceder también, que no se responda por que existe la evidencia de algún otro padecimiento crónico, pero como antes se había mencionado, en las instituciones de salud pública de la ciudad de México, el especialista no suele practicar, no al menos el más accesible al bolsillo del paciente, exámenes biológicos adecuados que permitan dar testimonio de otros tipo de padecimientos de carácter orgánico.

Ahora bien, cuando el medicamento ha funcionado, se asegura el éxito en un 90 % de los casos, después de que se ha sostenido la dosis indicada en el nivel y en el tiempo adecuados. Cuando el fármaco no actúa muy probablemente se tenga que alterar la dosis. Esto puede deberse a varios aspectos: primero, el paciente puede no estar tomando la dosis adecuada, por opinión propia de que no necesita más o, la dosis simplemente no es la requerida por su organismo para contrarrestar los efectos de la depresión o, sencillamente reporta sentirse bien con las primeras tomas del medicamento y



lo suspende, sin saber que más adelante podría sentirse peor. La regla general de los antidepresivos tricíclicos es que su tiempo de acción es de tres a cuatro semanas para causar un mejor estado anímico en el sujeto, cabe mencionar que los signos vegetativos (como los llaman los psiquiatras) se van desvaneciendo a los pocos días de haber ingerido la medicación, tales como el reestablecimiento del sueño, e incluso algunos actúan de forma inmediata. Sin embargo si bien hay un buen reestablecimiento biológico de estos síntomas, queda de lado por el galeno el aspecto emocional (y justificado por que esa área ya no le corresponde en su formación académica), es decir, tratando únicamente el aspecto fisiológico, los pensamientos y actitudes hacia la enfermedad quedan fuera, el síntoma permanece causando conflicto a posteriori, aunque en ese momento se perciba la realidad de otra manera, muy importante es señalar que aún con un tratamiento combinado el efecto de la terapia no es el mismo, con la sedación del medicamento las cosas se perciben desde otra perspectiva. No obstante si se toma adecuadamente el fármaco, sus efectos se mantienen a lo largo de un año permitiendo reestablecer el sistema nervioso del individuo. Después de este período de tiempo, el organismo ya no estará tan desgastado fisiológicamente. Entre las dosis más ligeras de medicación se encuentran las de tres pastillas diarias ya en su nivel normal, todo esto dependerá de la gravedad de sus síntomas, por lo regular el psiquiatra suele diagnosticar en base a la agudeza de los síntomas. del sujeto, esto es, la medicación se hace más urgente cuando éste presenta ideas suicidas o pensamientos recurrentes a la muerte como solución a sus conflictos. Circunstancias perfectamente evaluadas por los psiquiatras y desafortunadamente poco exploradas en algunos casos por los psicólogos.



Como consideración final se ha pretendido reflexionar, dentro del campo de la psicología, además de mostrar el tratamiento en sí, que el papel que el psiquiatra desempeña dentro de la rehabilitación de la depresión; es de gran ayuda si se toma en cuenta que el estado por el que atravieza el paciente puede ser incontrolable y la terapia psicológica, manejada como elemento único de tratamiento no resulte la adecuada por el mismo estado sintomatológico que el paciente presenta (no come, no duerme o se la pasa llorando con ideas de profunda culpabilidad). Aunque no obstante, existan depresiones más leves que puedan ser tratadas con otro tipo de terapias, el tratamiento psiquiátrico contribuye a que los costos de la enfermedad sean menores; emocional y conductualmente hablando. La perspectiva cognitivo-conductual, está de acuerdo con esta consideración al establecer que el tratamiento de la depresión deberá ser cauteloso en observar que tipo de conductas son idóneas para tratarlas solo con terapia, o bien con tratamiento combinado (médico y terapia).

Tratamiento Cognitivo-Conductual de la Depresión

Se ha mencionado que a pesar del amplio grupo de pacientes depresivos que responden a la terapia farmacológica, sopesa aún aquellos que no producen una remisión completa al tratamiento. Aunque los fármacos están evidentemente relacionados con la disminución de los síntomas, es posible que se presenten al cabo de un tiempo de iniciado el tratamiento. La terapia cognitiva bien puede tener un lugar en ese conjunto de individuos que no muestran predisposición a evitar la enfermedad o preservarla por tiempo



indefinido. En otras palabras se trata de destacar en este apartado, que el papel de la terapia cognitiva puede ser; el de fortalecer o instaurar una respuesta positiva a la quimioterapia.

La razón de la elección de este tipo particular de tratamiento psicológico radica en que abarca tanto el elemento cognitivo como el conductual, importantes para plantear relaciones funcionales entre las vulnerabilidades antecedentes a todo tipo de conducta; por ejemplo, actitudes de tipo disfuncional, atribuciones depresógenas o escasas habilidades sociales. Además de demostrar que los pacientes deprimidos aprenden a responder a determinados estímulos estresantes de manera desadaptativa, que puede ser sustentada por una carencia en las habilidades sociales de esa persona. Al paso del tiempo estas conductas pueden intensificarse, aislando al individuo de una vida social reforzante y colocando a la persona en un estado progresivo de menos control sobre su estado de ánimo y sobre sus circunstancias, surgiendo percepciones de indefensión y finalmente de depresión. Lo atractivo del tratamiento se basa en que las creencias negativas que se perciben de los eventos ambientales estresantes, pueden ser modificadas y plantearlas en términos más adaptativos a las situaciones particulares. Ya que modificando estos patrones de pensamiento (poniendo a prueba sus creencias, por medio de técnicas cognitivas y conductuales) y aumentando la eficacia de ciertas habilidades sociales, el sujeto será capaz de mantener un nivel de interacción más auto-aceptable en el medio donde se desarrolla. Además de que en lo que refiere a la medicación antidepresiva, puede resultar de gran ayuda si se trabaja cautelosamente en conjunto con el paciente, para lograr que este: tome la medicación solamente, la terapia o ambos tratamientos.



Es conveniente mencionar que no se trata únicamente de proporcionar la terapia a aquellos individuos con estas características, sino que se adapta también a aquellos que han respondido a la medicación pero que han recaído a los efectos colaterales de los mismos, por no ser suficiente este método único de terapia. Beck (1983), sustenta que para algunos pacientes, la terapia cognitiva puede proporcionar una estabilidad del tratamiento mayor que la quimioterapia, es decir, que la TC (terapia cognitiva, como la llamaremos de aquí en adelante), sirve para que el paciente aprenda a ejercer un control, a efectuar pruebas de realidad y a modificar patrones estereotipados de pensamiento negativo. De este modo, el paciente desarrolla nuevos modos de pensar sobre sí mismo y sobre el mundo. Mientras estos patrones de pensamiento distorsionados continúan actuando, la TC predice que el paciente estará predispuesto a la recaídas. De acuerdo a lo dicho por el autor, esto puede explicarse debido a que el sujeto tendrá nuevas necesidades de afrontar sus conflictos, ya que, la medicación al subsanar los efectos fisiológicos deja de lado las cogniciones negativas que se presenten ante las situaciones de riesgo, esto es, que el conflicto personal puede ir aumentando o sencillamente se va quedando en el aire, ocasionando que los antidepresivos funcionen para aquietar al sujeto, una vez fortalecido el sistema nervioso el paciente quedará en mejores condiciones de encontrar alternativas más adaptativas a su depresión. Es decir, que no se trata únicamente de que se presenta la crisis, se ingiere el medicamento y punto, sino de que se va a hacer con todo aquello que la provocó para evitar que siga torturando al que la padece.

Rush, Hollon, Beck y Kovacs (1978), esbozan que en relación con la respuesta al tratamiento, las depresiones son heterogéneas. Las terapias a base



de fármacos antidepresivos tienen un valor significativo en el tratamiento y profilaxis de algunas depresiones, por esta razón se considera que existe un tipo de depresión idónea (por llamarla de algún modo), para responder a la TC como tratamiento único. Habrá otras cuyas características permitan justificar una combinación de quimioterapia y de TC, es en este caso el clínico el que deberá a través de realizar una minuciosa evaluación del paciente seleccionar a aquellos que puedan ser tratados ya sea, con fármacos, con TC o con una combinación de ellas. La literatura revisada reporta que aquellos pacientes con características psicóticas como es el caso de la esquizofrenia, o la lesión cerebral debido a alguna otra enfermedad necesitarán forzosamente la terapia farmacológica, ya que se conoce que éstas responden efectivamente al tratamiento biológico, otras como las depresiones de condición menos aguda que las psicóticas, deberán hacer uso de su medicamento si es que existen riesgos de poner en peligro su vida, tal es el caso de las llamadas neurosis de tipo depresivo o las depresiones no psicóticas lógicamente. Cabe mencionar que los antidepresivos tricíclicos son eficaces y prescritos específicamente para este respecto, también, que del grupo de los antidepresivos éstos son los más ligeros o los más leves para el alivio de los síntomas depresivos y pueden ser combinados con algún otro tipo de terapia psicológica que en este caso puede ser una terapia de tipo cognitivo. Finalmente existen otros tipos de depresión más leves, pero no por eso menos importantes, donde no se hace necesario el uso de medicamentos y en las cuales el uso exclusivo de la TC es suficiente. Purdon y Clark (1993), mencionan que antes de seleccionar un determinado tratamiento, es esencial realizar una cuidadosa evaluación del paciente, también dice no obstante, que en algunos casos particulares la



capacidad del terapeuta cognitivo queda limitado para determinar que tipo de tratamiento es el más adecuado. Una evaluación inicial por lo general proporciona al terapeuta la pauta de comienzo de algún régimen de tratamiento óptimo, pero a menudamente es necesario un método empírico de ensayo y error. Es decir una vez comenzado el tratamiento, habrán de llevarse a cabo evaluaciones frecuentes para determinar si el paciente responde en el sentido esperado (Nelson, 1990). Esto resulta muy importante, ya que puede ser que el clínico después de realizar una cautelosa primera evaluación, pueda equivocarse y diagnosticar una cosa por otra, esto le permitirá percatarse de que la terapia por sí misma no es suficiente y que se necesitará de otro elemento más para el reestablecimiento del paciente, si es que es el caso. La falta de respuesta al tratamiento debe poner en aviso al clínico que deberá reevaluar tanto al paciente, como al tratamiento seleccionado.

Requisitos para llevar a cabo una Terapia Cognitiva

Beck (1983), indica que para el tratamiento cognitivo de la depresión deben reunirse ciertas condiciones, entre las que enumera las siguientes.

1.- En primer lugar, muy importante es que el terapeuta por ética profesional tenga un muy amplio conocimiento de la enfermedad depresiva, esto es, que cuente en su saber la etiología, evolución, consecuencias y efectos de la misma. De alguna manera “colocarse en los zapatos del otro” para entender y comprender como se siente, o como el mismo autor lo señala el terapeuta no deberá limitarse a una definición idiosincrática de la depresión dictada por una determinada escuela de psiquiatría o psicología, sino que debe



tener en cuenta las descripciones de los síndromes que posean una aceptación generalizada. La depresión actualmente cuenta con variados marcos de referencia e investigaciones en los cuales puede apoyarse el terapeuta para establecer un diagnóstico correcto. Tampoco se trata de guiarse únicamente en los síntomas del paciente, siendo objetivo con categorías generales de la depresión se sopesa tanto los síntomas del paciente como a la enfermedad misma. La depresión por sí misma presenta varias características diferenciales. Primero, presenta un conjunto de síntomas y conductas peculiares que la hacen diferente de otras neurosis. Segunda, tiende a seguir un desarrollo determinado. La depresión típica suele comenzar con un grado medio de intensidad, alcanza un punto agudo, y a continuación disminuye generalmente en intensidad, de tal modo que sus características temporales y las "remisiones espontáneas" han sido repetidamente observadas por los clínicos. La depresión suele ser episódica, con períodos en que se da una ausencia de los síntomas. La naturaleza temporal de la depresión diferencia este síndrome de otros tales como las fobias, las neurosis obsesivo compulsiva e incluso la ansiedad crónica, las cuales pueden estar presentes durante toda la vida del individuo sin experimentar cambios sustanciales. Tercera, a causa de la complicación letal casi exclusiva de este síndrome, es decir el suicidio, el diagnóstico de la depresión es particularmente importante. Cuarta, determinados tratamientos somáticos han sido aplicados con éxito a la depresión. Los fármacos tricíclicos, tienen una aplicabilidad altamente selectiva limitada a este síndrome. La terapia electroconvulsiva produce resultados positivos en determinados casos de depresión, si bien suele empeorar otras condiciones, como la neurosis de ansiedad. Quinta, existe una creciente evidencia que indica la presencia de un



tipo de alteración biológica en la depresión, posiblemente debida a una especie de agotamiento o fatiga de los neurotransmisores. Sexta, existe evidencia de que ciertos tipos de depresión (por ejemplo, las depresiones bipolares) tienen un fuerte componente hereditario. Séptima, se ha encontrado que el contenido específico de las distorsiones cognitivas y de los supuestos subyacentes es diferente del que se da en otros trastornos. Por último, el tipo de factores desencadenantes (cuando se hallan presentes) pueden diferir en cada una de las alteraciones neuróticas. Los factores desencadenantes de la depresión surgen de una pérdida percibida o real; en otros síntomas, como la ansiedad, los factores desencadenantes están más relacionados con una amenaza o un peligro. Más adelante en otro apartado se describirán criterios generales para poder diferenciar la ansiedad y la esquizofrenia de la sintomatología aceptada de la depresión.

2.- Otro punto considerable a tratar es el involucrado al suicidio, ya que un terapeuta de cualquier inclinación teórica deberá evaluar concienzudamente este riesgo. Dado que el suicidio es la complicación letal de la depresión, el clínico necesita una serie de capacidades especializadas para reconocer al paciente suicida y determinar las posibilidades de que se lleve a cabo. Asimismo deberá poseer cautela para informar y mantener en alerta a los familiares más cercanos al paciente sobre el riesgo, de igual forma tendrá la pauta si es que el paciente amerita períodos de hospitalización y prescribir precauciones especiales dentro del hospital, etcétera. La TC cuenta con diversos instrumentos que permiten conocer el riesgo que tiene el paciente de llegar a este punto: La monografía *The Prediction of Suicide* (la predicción del suicidio) Beck, Resnik y Lettieri, 1974), así como el artículo que describe la



Scale for Suicidal Ideation (Escala de pensamientos suicidas) (Beck, Kovacs y Weissman, en prensa).

3.- El aspirante a terapeuta cognitivo debe ser, en primer lugar, un buen terapeuta. Debe poseer algunas características necesarias, como la capacidad para responder al paciente en una atmósfera de relación humana, con interés, aceptación y empatía. Independientemente de su destreza en la aplicación técnica de las estrategias cognitivas, puede encontrar serios impedimentos si no posee estas características interpersonales esenciales.

4.- Por último se reafirma la importancia de que el clínico cognitivo posea un amplio conocimiento cognitivo de la depresión en todas sus dimensiones, pero exclusivamente cognitivas. Tratamientos, trastornos emocionales y si es posible asistir de forma empírica a algún centro donde el tipo de terapia sea de carácter cognitivo y donde se pueda apreciar los criterios de competencia en la misma.

Una vez aclarado que para llevar a cabo la terapia cognitiva se ameritan ciertas condiciones que justifiquen su uso, se podrá entonces mencionar y describir como es que ésta se lleva a cabo paso a paso en el tratamiento de la depresión, desde la entrevista inicial, hasta las técnicas que suelen involucrarse en la misma. También que el enfoque cognitivo del tratamiento será el descrito por Aaron T. Beck por ser uno de los que resaltan mayor importancia para la psicología, ya que él, además de psiquiatra llegó a señalar el papel de las emociones y los pensamientos dentro de la depresión. Por tal motivo la meta a perseguir es describir como se lleva a cabo este proceso con pacientes fundamentalmente no psicóticos, que pueden usar medicamento si es el caso, pero diagnosticados con enfermedad limítrofe a la realidad. Lo que



sería en tal caso una neurosis de tipo depresiva, más adelante se especificarán los casos en cuyo criterio puede ser aplicado.

La entrevista inicial

Es bien conocido que durante el primer contacto entre el paciente y el terapeuta se establezca un clima de completa empatía y confianza, como quien dice se establezca un buen rapport. En la primera entrevista cognitiva, el terapeuta deberá dejar bien claro que se trabajará fundamentalmente con las emociones y el efecto que éstas tienen en la conducta como ya se ha venido mencionando. El establecimiento de la relación, la recogida de la información relevante y la aplicación de las técnicas cognitivas específicas pueden quedar delimitadas desde la entrevista inicial. Beck (1983), señala que muchos terapeutas encuentran conveniente comenzar la entrevista con una pregunta tal como -¿Qué sentimientos le produce acudir a un terapeuta? o ¿Qué sentimientos ha experimentado ante la idea de venir hoy aquí?, de esta manera el terapeuta podrá comenzar a adentrarse en el aparato cognitivo del paciente y empezar a trabajar con sus pensamientos automáticos para posteriormente solicitarle el objeto de la consulta. El mismo autor nos comenta que un comienzo así puede elicitar que el terapeuta tranquilice al paciente sobre sus emociones, favoreciendo así una relación terapéutica informal además de facilitarla, por otra parte también el terapeuta tiene la oportunidad de situar la relación entre la cognición y el afecto, además de que la mejoría inicial de los sentimientos desagradables del paciente pueden servirle como incentivo para identificar y corregir sus distorsiones cognitivas. Para la recogida de la



información relevante dentro de la práctica cognitiva es muy recomendable el uso de materiales tales como el Inventario de la Depresión de Beck (Beck, 1967, Beck, 1978), que no sólo proporciona una evaluación rápida de la gravedad del problema, sino que también suele poner de manifiesto ciertos síntomas (por ejemplo las ideas de suicidio) que exigen una intervención inmediata. Por otra parte, los diversos ítems del inventario proporcionan información sobre los pensamientos negativos del individuo, lo cual constituye una guía natural hacia los problemas principales del paciente (por ejemplo, sus expectativas de todo lo que según él, le va a ir mal, la percepción de sí mismo como un fracasado, la creencia de que es incapaz de hacer algo por sí solo etcétera). Por otra parte también se cuenta con otro instrumento llamado la Escala de la Desesperanza (Beck, Weissman, Lester y Trexler, 1974) que presenta todo un grupo de ítems que permiten observar y abordar la visión negativa del futuro por parte del paciente. El autor nos comenta que la respuesta a las preguntas de estos materiales totalmente estructurados para la depresión, es suficiente para ofrecer al terapeuta un marco teórico suficiente de las ideas del paciente y su conexión entre los pensamientos negativos y sus emociones desagradables. En algunos casos, no obstante es necesaria la participación más directa del terapeuta si el individuo muestra problemas para expresar sus emociones aquel podrá hacer uso de algún tipo de explicación sobre la terapia cognitiva (sobre todo para hacerle entender al paciente que en general siempre se muestra alguna respuesta ante una peculiar situación ambiental, y los efectos que ejercen sobre sus sentimientos, tal es el caso del estrés, la tensión y especialmente aquellas que puedan servir para prevenir posibles depresiones futuras). También dentro de esta línea se menciona que el



Tesina sobre la Depresión

terapeuta recomienda a todo paciente depresivo el manual Coping with Depression (Cómo hacerle frente a la Depresión), que tiene como objetivo la construcción de la primera tarea a realizar en casa, así el paciente va vislumbrando sus dudas y participando más directamente en la solución de sus problemas. Buela y Caballo (1992), a este propósito menciona que por regla general, se le pide al paciente que recoja, en un plazo de 7 días, las ideas anteriores a un estado de malestar, es decir se empieza a recoger información sobre el mundo cognitivo del paciente, así como la capacidad y la posibilidad de éste para hacerlo. De esta manera se conoce, si es viable el implicar al paciente a este tipo de tratamiento, o si conviene derivarlo a otro tipo de terapeuta o cambiar su marco de tratamiento.

Información sobre el Diagnóstico

De todo diagnóstico médico se asigna un tratamiento, así si es una gripa, una hepatitis o una enfermedad de tipo crónico se recetan ciertos tipos de medicamento, esto mismo sucede con la depresión para el terapeuta cognitivo que se verá en la ardua tarea de seleccionar el tratamiento adecuado para la misma. En el tratamiento de las depresiones, el terapeuta deberá poseer amplios conocimientos y una larga experiencia para reconocer “las múltiples caras de la depresión”. Debe prestar atención, por ejemplo a la “depresión sonriente”, a los trastornos orgánicos enmascarados tras una depresión (un dolor crónico de cabeza por ejemplo), y a las depresiones enmascaradas después de un trastorno orgánico, es decir, si después de haberle diagnosticado medicamente alguna enfermedad crónica al paciente puede ser que éste responda expresando síntomas que no concuerdan anímicamente con el



padecimiento crónico de base, lo cuál lleva a considerar que no haya un buen proceso de aceptar la enfermedad por diversas causas, corresponde entonces al terapeuta corregir todos aquellos pensamientos para que el individuo lo afrente en forma más positiva. Con esto no se pretende expresar que la terapia cognitiva es un “toque maravilloso” que lo cambia todo, sino que ayuda al paciente a transformar los pensamientos negativos guiándolos a propuestas más realistas con su lema de “pienso luego siento”. Es muy conveniente también en esta secuencia de tratamiento que el terapeuta lleve a cabo una exploración mental del paciente para descartar lesiones cerebrales serias.

Para comenzar el tratamiento, es menester tanto del paciente como del terapeuta seleccionar y concretar los síntomas que aquejan al primero, es decir jerarquizar estos síntomas que se convertirán en el objetivo del trabajo. Comenzando con aquellos que evidencien un mayor peso para el paciente o con aquellos que muestren una mayor magnitud de efecto en el mismo.

Selección de los síntomas objetivo.

A este respecto Beck (1983), esboza que inicialmente resulta difícil determinar los problemas más urgentes del paciente y el nivel de acercamiento a los mismos, pero que sin embargo, de manera general cuando se presenta un grado medio o grave de depresión, el punto de partida de la intervención terapéutica se enfocará en el nivel de los síntomas objetivo. A este respecto también menciona que un síntoma objetivo puede ser identificado en la medida de que alguno de los componentes de la depresión conlleve sufrimiento o algún tipo de discapacidad funcional, tal es el caso de los llamados síntomas vegetativos (incapacidad para conciliar el sueño, deterioro del apetito,



incapacidad sexual etcétera). Los síntomas objetivo pueden clasificarse en diversas categorías:

- 1.- Síntomas afectivos: Tristeza, pérdida de la gratificación, apatía, pérdida de sentimientos (disfuncionalidad para expresar alegría, enojo etcétera) y ansiedad.
- 2 - Motivaciones: Deseo de escapar (suicidio por lo general), deseo de evitar problemas o simplemente la evitación de las actividades cotidianas.
- 3.- Cognitivos: Dificultad para concentrarse, problemas de atención, dificultad de memoria (olvido temporal de circunstancias específicas), las distorsiones cognitivas que se sitúan más específicamente a nivel conceptual o en el nivel del procesamiento de la información (modo de percibir la realidad).
- 4.- Conductuales: Suelen ser reflejo de otro tipo de síntomas, se incluye la pasividad (quedarse en cama o quedarse sentado en una silla por horas) la evitación o huida del contacto con otras personas (agarofobia), la lentitud y la agitación
- 5.- Fisiológicos o vegetativos: Hiper o hiposomnia, hiperfagia o hipofagia (alteración o disminución del apetito), así como pérdida temporal o permanente del deseo sexual.

El terapeuta en colaboración con el paciente delimitarán los síntomas objetivo por los que van a comenzar, ya sea los más problemáticos o los que sean más susceptibles de intervención terapéutica. Las técnicas de intervención se discutirán más adelante, pero comúnmente se agrupan en dos grandes conjuntos, por un lado están las predominantemente conductuales y las predominantemente cognitivas. Las primeras hacen referencia a la estimulación



del paciente para realizar determinadas actividades o proyectos que ayudarán a mitigar sus sufrimientos, alternándose positivamente para subsanar otros síntomas. Las segundas inciden básicamente en los pensamientos del paciente (Beck, 1983). Cabe mencionar aquí la importancia fundamental de la interacción de ambas técnicas alternativamente ya que de quedarse en uno u otro nivel los resultados pueden ser a más largo plazo. En primera porque una vez que el paciente ha podido restaurar poco a poco sus actividades cotidianas por medio de las técnicas conductuales, el aspecto cognitivo puede elicitarse nuevamente su recaída.

Énfasis en el procesamiento de la información inadecuada

La importancia de este punto, sustenta la concepción de Beck sobre la Depresión ya que, depende de este proceso de la información que la enfermedad depresiva se mantiene y se apoya. Ya antes se había mencionado, que para la terapia cognitiva la depresión es el resultado de un tipo de pensamiento ilógico, no que no sea lógico el paciente sino que interpreta ilógicamente ciertas sensaciones y experiencias. Buela (1992), considera que el paciente tiende a concebir el presente, el futuro y el mundo exterior (triada cognitiva) en un sentido negativo sobre el éxito de cualquier actividad que emprenda e interpretando los problemas externos como abrumadores e irresolubles. De tal forma que de acuerdo a Beck (1983), el terapeuta podría enfocarse en estos errores de lógica que son el origen de todo el pensamiento negativo del paciente. También menciona que la sobregeneralización, la abstracción selectiva, el olvido de la información positiva (visión de túnel), la



inferencia arbitraria y una visión extremista o llamada también en blanco y negro, entre otras cosas son características esenciales del pensamiento depresivo, además de una fuerte tendencia a emitir juicios moralista de valor a situaciones particulares.

Secuencia Básica de Tratamiento

Según Piasecki y Hollon (1987) los pasos a seguir en el tratamiento cognitivo-conductual de la depresión podrían recogerse en siete puntos, clasificados en relación a tres momentos fundamentales del curso de la terapia, teniendo presente una hipotética terapia para la depresión que dure 20 sesiones. Estos tres momentos se refieren a las primeras sesiones, donde se asientan las bases del tratamiento propiamente dichas, las sesiones intermedias donde se busca, el funcionamiento de las técnicas de las que se dispone, y las sesiones últimas, en donde se afianza el logro alcanzado y se prepara al paciente para la interrupción del vínculo terapéutico. Los siete puntos son los siguientes:

- De la 1ª a la 5ª sesión: Ofrecer la justificación y la base de la terapia, entrenar al paciente en tareas de aurreregistro, emplear cuando es necesario, estrategias de activación conductual y por último entrenar al paciente en la identificación o cognición de pensamientos automáticos.

- De la 6ª a la 17ª sesión: Centrarse en las creencias valorativas que el sujeto aporta a las situaciones (juicios de valor) y exploración de los supuestos subyacentes.



- De la 17ª a la 20ª sesión: Se continúa con lo marcado en el punto 6, aunque el terapeuta se preocupa por preparar al paciente para terminar la terapia y evitar las recaídas, acordando el seguimiento.

Principales Técnicas cognitivas y Conductuales para el tratamiento de la depresión.

Técnicas Conductuales

Entre las técnicas de corte conductual característicamente más utilizadas dentro del modelo de Beck, se encuentran; la planificación de actividades, técnicas de dominio (maestría) y agrado, asignación de tareas graduales, práctica cognitiva, entrenamiento en asertividad y role- playing.

Planificación de Actividades: Buela (1991), comenta que esta técnica de corte conductual, tiene también importantes implicaciones cognitivas. Su finalidad es, por una parte, la de luchar contra la pérdida de motivación y la carencia de actividad típicas del paciente deprimido y, por otra, evitar que el paciente se preocupe por las ideas negativas que le asaltan constantemente. Mucho énfasis se deberá hacer al paciente, que en un principio puede resultar muy difícil la tarea, pero que gradualmente será muy benéfico en su tratamiento. El objetivo de la técnica es establecer cierto tipo de actividad en el paciente, intentando realizar o llevar a cabo ciertas tareas que se realizaban sin dificultad antes de la crisis. Por otra parte, expone al cliente a afrontar las razones por las cuales se evitan ciertas actividades, para posteriormente contrastar su veracidad. El mismo autor señala, que normalmente las razones



del paciente en contra de una actividad son fruto de la activación de esquemas y de la tríada cognitiva (conceptualización autonegativa, del presente y del futuro), y que por ello, el terapeuta sea consciente de todo este conjunto de ideas negativas que se presentan en la depresión y motivar al paciente a tan sólo intentar emprender dicha técnica.

Esta técnica trata de mantener ocupado al paciente; en movimiento. La distracción suele apartar al paciente del bombardeo de pensamientos de culpabilidad, frustración y por ende evita también sentimientos que agudicen el problema. Una actividad cotidiana como el tan sólo lavar los platos (para el ama de casa, por ejemplo), o el evitar salir de casa por tiempos prolongados pueden resultar en momentos imposibles de realizar, incapacitando al depresivo y manteniéndolo absorto en sus pensamientos. Beck (1983), menciona que la programación de actividades y la evaluación de cada una de ellas en las dimensiones de dominio y agrado proporcionan evidencias de distorsión y corrección cognitiva del paciente, además las actividades que ya no sean agradables y después de haber experimentado algunas otras, podrán ser sustituidas. El autor también menciona, que en ocasiones la asignación de tareas produce patrones absolutistas de pensamiento o perfeccionistas, por lo cual el terapeuta deberá propiciar actividades que trabajen sobre estos problemas de pensamiento. El llevar a cabo cierta tarea, y que ésta no responda o no produzca los efectos deseados, pueden llevar a motivar al paciente sentirse un fracasado, minando su autoestima contemplada como de escaso valor en todos los aspectos. Aunque curioso es, que a pesar de obtener también algunos logros, no se toman en cuenta por el propio paciente, confirmando su discrepancia cognitiva hacia lo que se lleva a cabo (cualquier



tipo de actividad) y lo que se piensa debería estar mejor. Esto es precisamente lo que se conoce como maestría y agrado.

Técnica de maestría y agrado. Buela y Caballo (1991), expone que el objetivo primordial de esta técnica es el de luchar contra los pensamientos absolutistas (blanco o negro, todo o nada) Si se toma en cuenta que maestría hace referencia a toda sensación de ejecución de alguna actividad o de logro al realizar una tarea y agrado a la sensación de satisfacción (agrado) asociada con la realización de la tarea, se puede observar que este tipo de enunciados lleva al paciente a introducirse en un círculo vicioso de difícil solución. En un principio el cliente o paciente quiere hacer algo, tanto si lo hace como si no, no se siente satisfecho por ello, infravalora no sólo lo que ha hecho, sino a él mismo, poniendo las bases para un mayor malestar y para una expectativas negativas para hacer algo en el futuro. La técnica de la que se habla puede complementar a la planificación de actividades, ya que al registrarse las actividades más cotidianas se va valorando en que medida se realiza la actividad, tanto las más cotidianas como aquellas que proporcionen al paciente ciertas sensaciones de agrado (escuchar música, divertirse etcétera). El autor menciona que se pueden organizar hojas de registro en las cuales se describan las actividades a realizar y al lado de la actividad se describa el nivel de satisfacción (de 0 a 5) o de agrado (de 0 a 5) que ha experimentado el paciente al realizarla. También menciona, que no es necesario que se valore la actividad en función, por igual, de la maestría y el agrado. Se pueden utilizar por separado, dependiendo de las necesidades del paciente y también del tipo de actividad. Beck (1983), especifica que en esta técnica, suele ser recomendable explicarle al paciente los conceptos de dominio y agrado, ya que



Tesina sobre la Depresión

los mismos tienen la tendencia de comparar la perfección conseguida de la tarea con su nivel de logro previo a la depresión. Así pudieran decir, “¿Que tiene de extraordinario llamar por teléfono a un amigo? Antes yo hacía cientos de llamadas sin ponerme a reparar en ello” O, ¿Qué tiene de maravilloso que haga las tareas domésticas? Debería ser capaz de hacerlo. Es lo que se espera de mí ¿no?. El terapeuta deberá explicar al paciente que la evaluación de la ejecución actual (el grado de dominio) debe basarse, lógicamente, en la dificultad que entraña la tarea en el estado actual del paciente, no en su estado ideal: Debido a la depresión, “lleva usted un gran peso sobre sus espaldas” o “arrastra un pesado lastre”; en estas circunstancias, incluso los logros pequeños deben considerarse como muy importantes.

Esta técnica, en cuestión, es muy importante ya que además de ser de corte conductual implica un carácter cognitivo al registrar las sensaciones del pacientes ya sean positivas o negativas al ejecutar ciertas actividades. Puede ser que algunas o la mayoría por el estado depresivo, no muestren satisfacción alguna pero sobre todo por que, el pensamiento va tan ligado que en lugar de concentrarse en la tarea que se está emprendiendo, se puede pensar en todo aquello que no puede lograr, por ejemplo; lograr sentirse bien inmediatamente (recompensa a corto plazo), de no ser así, se pierde la motivación de seguir emprendiendo actividades. Esto es precisamente la asignación de tareas graduales, que tiene como propósito; mantener el nivel de actividad anterior a la depresión, pero en forma de retroalimentación, pensando que lo que se hace, está bien hecho y por el momento no debe exigirse ni preocuparse por más de lo que en ese momento el paciente tenga a su alcance.



Asignación de Tareas Graduales. Beck (1983), afirma que después de que los pacientes depresivos han realizado con éxito algunas actividades, se suele experimentar mejorías (aunque sea transitorias) que los motivan a realizar otro tipo de tareas con un grado de dificultad mayor, siempre que el terapeuta esté atento para detectar y refutar la inclinación del paciente a menospreciar sus logros.

Características Principales:

1. Definición del problema-por ejemplo la creencia de que el paciente es incapaz de conseguir los objetivos que son importantes para él.
 2. Formulación de un proyecto. Asignación de una serie de tareas (o actividades) ordenadas de más simples a más complejas.
 3. Observación inmediata y directa por parte del paciente de su éxito al conseguir un determinado objetivo (llevar a cabo una tarea que se le había asignado). El feedback continuo proporciona al paciente nueva información sobre sus capacidades funcionales.
 4. Eliminación de las dudas del paciente, de sus reacciones clínicas y de la minimización de sus logros.
 5. Estimular al paciente para que evalúe de forma realista.
 6. Énfasis en el hecho de que el paciente alcanza el objetivo gracias a su propio esfuerzo y capacidades.
 7. Asignar tareas nuevas y más complejas en colaboración con el paciente
-



La práctica cognitiva: Todas las actividades conductuales involucran diversos aspectos psicológicos para su ejecución. Esta técnica consiste en solicitarle al paciente que imagine sucesivamente cada uno de los pasos que componen la ejecución de una tarea. Este procedimiento obliga al paciente a prestar atención a los detalles esenciales de las actividades que lleva a cabo, a la vez contrarresta su tendencia a divagar. Además al practicar la secuencia de pasos de una actividad, el paciente dispondrá de un sistema preprogramado para realizarla. Esto resulta de gran ayuda, ya que al haber olvidado o falta de concentración hacia una tarea, pareciera que la memoria se va deteriorando. Pero es precisamente por los pensamientos continuos que el paciente depresivo se distrae o no presta atención a lo que está realizando.

Entrenamiento en Asertividad y Role-playing. Beck (1983), esboza que los procedimientos en asertividad dentro de la práctica clínica están bien documentados. En general dentro de este procedimiento se incluyen técnicas tales como: el modelado, la práctica cognitiva etcétera. El role playing (“juego de roles”), implica sencillamente la adopción de papeles por parte del terapeuta o del mismo paciente, o de ambos y la subsiguiente interacción social basada en el papel asignado. Básicamente este procedimiento consiste en tratar de que se actúe o se represente situaciones problemáticas para el paciente con ayuda del terapeuta que intente retroalimentar al paciente de sus ejecuciones de temor, ira, enojo y angustia. En pocas palabras con la expresión adecuada de las emociones. Es muy frecuente que los pacientes depresivos sean más críticos y exigentes consigo mismos que con los demás en la misma situación.

Uno de los puntos esenciales de la terapia cognitiva; es la evaluación de las cogniciones que puedan interferir con la ejecución conductual. Algunos



depresivos de comportan de forma no asertiva a causa de sus creencias negativas, más que como resultado de sus habilidades conductuales deficientes. Es decir, en un momento dado algunas personas creen o tienen la firme convicción de que se tiene que actuar de cierta manera, porque así lo han venido haciendo sus padres o la sociedad misma. Ejemplo: El ama de casa que permite que se abuse de ella con las tareas domésticas y no protesta porque su madre así lo hizo y no porque no tenga la habilidad suficiente de otorgar responsabilidades y obligaciones a cada uno de los miembros de la familia, por temor tal vez a ser mal juzgada y representar ante los demás una madre desobligada y descuidada del hogar familiar.

Como puede observarse estas técnicas compensan los déficits conductuales de la depresión, existen muchas otras, pero dentro del enfoque de Beck estas son las más usuales.

Técnicas Cognitivas

Las técnicas cognitivas en sí, constituyen una parte muy importante dentro del tratamiento de la práctica cognitiva. El introducirse en los pensamientos del paciente es una tarea harto difícil para el terapeuta. Pese a ello, proporciona uno de los caminos más exitosos para modificar la percepción de la realidad y percatarse de aquellos conflictos que en todo momento proveen una depresión. En esta enfermedad sobre todo, resulta bien difícil comprender y aceptar que sea el propio aparato cognitivo el que autocondene al paciente. Las técnicas cognitivas motivan al individuo a



contemplar situaciones pasadas desde otro punto de vista, con ayuda de su propio repertorio de pensamiento.

Beck (1983), considera que antes de llevar a la práctica este tipo de técnicas, es sumamente necesario dotar al paciente de la importancia que mantienen sus propios pensamientos, es decir, exponer la estrecha relación existente entre la concepción de sí misma, de su entorno y de su futuro, así como de sus sentimientos, motivaciones y conductas. Hacerle ver, que los pensamientos y sentimientos negativos tienen como consecuencia un efecto por demás negativo en la depresión y que una buena alternativa es la modificación de esos pensamientos negativos por situaciones más adaptativas o cercanas a la realidad. El mismo autor afirma, que la información central que se necesita para la terapia cognitiva es cómo comprende e interpreta, el paciente sus experiencias partiendo desde dos premisas. La primera de ellas es que los pacientes depresivos piensan de un modo indiosincrático (minar su autoconcepción existencial, del mundo y del futuro). Y segunda, que su manera de interpretar los acontecimientos contribuye al mantenimiento de la depresión. Por tal motivo es esencial, conocer las expectativas del paciente ante el tratamiento..

Técnicas de retribución: Este método de corte específicamente cognitivo, se emplea cuando el paciente atribuye, de forma poco realista, las consecuencias negativas a una deficiencia personal, como la falta de capacidad o de esfuerzo. El terapeuta y el paciente deberán revisar los acontecimientos relevantes y aplicarán leyes lógicas a la información disponible, con objeto de atribuir la responsabilidad a quien verdaderamente corresponda. Lo importante no es liberar responsabilidad a quien verdaderamente corresponda, sino definir



los múltiples factores que puedan intervenir en una experiencia adversa. Conforme va ganando en objetividad, el paciente no sólo deja de atribuirse el peso de la culpa, sino que además puede buscar caminos para evitar las situaciones adversas e incluso prevenir su incidencia futura (Beck, 1983).

Búsqueda de soluciones alternativas: Esta técnica se refiere a la investigación activa de otras interpretaciones o soluciones a los problemas del paciente. Este procedimiento constituye la base fundamental de la resolución adecuada de los problemas (Beck, 1983). Gracias a la definición cuidadosa de sus dificultades, el paciente puede llegar espontáneamente a soluciones para problemas que antes consideraba irresolubles. Además con una comprensión de problemas basada en la realidad, las opciones que anteriormente habían sido descartadas pueden ahora considerarse prácticas y útiles. El terapeuta no debe fiarse solamente de las afirmaciones del paciente, acerca de que, lo ha intentado “todo”. Dado que los pacientes depresivos creen sinceramente que lo han explorado todas las opciones posibles, es probable que rechacen automáticamente algunas de las alternativas y abandonen la búsqueda de otras nuevas, debido a que previamente habían llegado a la conclusión de que el problema era irresoluble.

Registro de pensamientos inadecuados o Técnica de la triple columna: Esta técnica cognitiva es también de las más utilizadas en el enfoque de Beck. Con ella se pretende que el paciente haga más y mejores inferencias respecto a conclusiones, pensamientos automáticos e ideas que le asalten con frecuencia. Al paciente se le preparan una hojas que puedan tener 3 columnas, con los bloques dispuestos de izquierda a derecha de la siguiente manera: situaciones, pensamientos negativos, respuesta racional. Para que el



paciente sea capaz de hacerlo, es preciso el haber realizado junto con el terapeuta un importante trabajo de debate con el tipo de ideas que más malestar le producen. El terapeuta prepara al paciente para que cuestione constantemente la veracidad de sus cogniciones y descubra sus errores cognitivos (Buela, 1991).

Empleo del contador de pulsera: De acuerdo a Buela (1991), se ha observado que, aunque no se dan cuenta de la naturaleza repetitiva y estereotipada de sus pensamientos automáticos negativos, el empleo de un instrumento técnico les ayuda a identificar y controlar sus emociones. Para este respecto es de mucha utilización un contador de respuesta adaptado a partir de un contador de golf (parecido a un reloj de pulsera). Una vez que el paciente ha recibido instrucciones precisas del terapeuta para identificar los pensamientos automáticos, se le pide que anote sus pensamientos automáticos. Cuando el terapeuta percibe que el paciente identifica adecuadamente sus cogniciones (y las distingue de los pensamientos “normales”, adaptativos o neutros), pasa a mostrarle el empleo del contador de pulsera. El terapeuta deberá hacer uso de comprobaciones periódicas para asegurarse de que el terapeuta registre las cogniciones que son relevantes para la terapia. Beck (1983), señala que el empleo del contador es útil para demostrar al paciente el modo como sus pensamientos producen, mantienen o intensifican sus sentimientos negativos y otros síntomas de depresión, también menciona sin embargo que en algunos casos el empleo del contador de pulsera está contraindicado, ya que en algunos casos de depresión severa o aguda, el paciente se halla tan inmerso en sus propios pensamientos negativos que es



incapaz de concentrarse en algo distinto, se le debe entrenar en ignorar la cognición y concentrarse en la tarea que tenga entre manos.



Capítulo V

Aplicaciones de la Terapia Cognitivo-Conductual en la Depresión.

La práctica de la terapia cognitiva, dentro de la psicología pretende dar cuenta de los pensamientos disfuncionales que afectan la conducta de un individuo. La terapia cognitivo-conductual tiene por objetivo fundamental entonces, el modificar por medio de técnicas cognitivas y conductuales, procesos diversos cognitivos que elicitán pautas comportamentales específicas que resultan ineficaces al individuo en eventos o situaciones determinadas. El estudio de la depresión dentro de la terapia cognitivo-conductual ha permitido poner de manifiesto el paradigma personal del paciente cuando se encuentra en un estado depresivo. Los métodos conductuales y cognitivos pueden considerarse como una serie de pequeños experimentos dirigidos a probar la validez de las hipótesis o ideas del paciente acerca de sí mismos. Así de esta manera, si estas hipótesis son refutadas motivarán a los terapeutas de la conducta a diseñar nuevas estrategias de tratamiento más eficaces de cura o rehabilitación de la entidad nosológica conocida como depresión. A continuación se presentan una serie de casos clínicos extraídos de revistas del estudio de la conducta donde, se puede apreciar la aplicación de dicho



tratamiento, y haciendo uso de las técnicas antes mencionadas. Estos se han agrupado en bloques subtítulos de acuerdo al objetivo que pretenden.

Terapia Cognitiva como prevención de la Depresión y del tratamiento farmacológico.

Tanto la terapia cognitiva como la medicación tricíclica han demostrado su eficacia para ser efectivas en el tratamiento de la depresión. Simon, Garfield y Murphy (1984), consideran sin embargo, que es posible que algunos subtipos de depresión puedan mostrar respuestas diferenciales de tratamiento hacia la terapia cognitiva en contraste hacia la medicación tricíclica. El propósito de la presentación de los siguientes estudios es el observar la efectividad de tratamientos diferenciales y sus efectos al estudio de la depresión.

Zeiss y Steinmetz (1997), presentan un trabajo con el objetivo de dar respuesta a un artículo realizado por el Consenso de NIH (Instituto Nacional de Salud de Estados Unidos), donde ofrecen consideraciones sobre la aplicación de algunos tratamientos para la vida tardía de la Depresión. En particular se revisa la terapia cognitivo-conductual comparándola con la medicación antidepresiva y otros tipos de terapia, como el enfoque psicodinámico y la terapia breve o interpersonal. Algunas de las premisas más importantes de dicha conferencia son las siguientes:

1.- La depresión en los ancianos no representa una forma diferente de síndrome depresivo de la de los jóvenes adultos. No hay marcadores biológicos en la depresión tardía.



2.- Los adultos mayores radican en comunidades donde no hay elevada prevalencia de la depresión.

3.- Los factores de riesgo demográficos y sociales para la depresión en los ancianos, son los mismos que se enfocan para los jóvenes adultos, con la excepción de que la depresión tardía es frecuentemente asociada con enfermedades físicas.

4.- El curso de la depresión tiene la misma probabilidad de recurrencia en los ancianos que en los jóvenes adultos.

5.- El tratamiento con medicación antidepresiva es tan efectiva en los ancianos como en los adultos. Sin embargo no existe medicación específica que demuestre ser la más efectiva. Las decisiones sobre la medicación son basadas en los efectos profilácticos y en relación con el estatus físico y mental del paciente. La continuación en el tratamiento médico, es recomendado por un periodo de 6 meses después de la remisión del primer episodio depresivo y 12 meses después de la remisión de algún otro episodio subsecuente.

6.- Son cada vez más los pacientes de 61 años de edad, que reciben terapia electroconvulsiva más que ningún otro grupo. Esto parece ser benéfico a corto plazo para los ancianos, pero a plazo más largo la eficacia no ha sido bien demostrada, ya que genera confusión, particularmente si existen déficits cognitivos

7.- Cuidado comprensivo para la gente anciana, puede incluir tratamientos de tipo psicosocial, aunque algunos estudios han demostrado resultados pocos relevantes, sin embargo, si demuestran efectividad moderada para la terapia de tipo conductual, psicodinámica o algún otro tipo de terapia



breve; como la interpersonal. El trabajo cita además síntesis de estudios que fueron presentados en la conferencia.

Zeiss y Steinmetz (1997), reconocen de acuerdo a estas conclusiones, que los tratamientos para la depresión en los ancianos pueden efectivamente requerir el incluir un componente psicosocial. Esto no es forzosamente un indicador, sin embargo, si pueden resultar ser suficientes en el tratamiento con los ancianos. Por otra parte, las recomendaciones que se hacen acerca de la medicación antidepresiva o la Terapia electroconvulsiva (TEC), demuestran que son básicas en el tratamiento y que la psicoterapia es mejor, si esta relacionada como un elemento de tratamiento adicional. Respecto a esta afirmación los autores contraponen, que en general dicho consenso no recomienda ningún tipo específico de terapia para la depresión, ya que todas son clasificadas como moderadamente efectivas. Ellos consideran que los primeros seis puntos quedan perfectamente justificados, sin embargo no el último que se considera de mucha controversia.

Ahora bien, una de las principales razones que la conferencia expuso a favor de la medicación; es que los ancianos pueden generalmente no aceptar la psicoterapia debido a las creencias que sustentan en relación a que no se consideran personas depresivas o que puedan comenzar a deprimirse en un futuro, por lo tanto rechazan cualquier remisión al departamento profesional de salud mental. Haciendo con esto, manifestar su preferencia hacia la medicación antidepresiva muy por arriba de la psicoterapia. Adler (1992), considera que algunas ocasiones lo psicosocial implica o suena concerniente a tener que



tomar psicoterapia, lo cual puede estar estigmatizado para los adultos más jóvenes.

En un estudio reciente realizado por Rokke y Scogin (1995), se examinó las diferentes actitudes de los ancianos hacia tratamientos de la depresión, en una área de comunidad y en una de ciudad. Los ancianos depresivos de las comunidades, demostraron actitudes más positivas y dan más crédito a aquellos tratamientos enfocados en cambios de actividad, terapia psicodinámica y terapia con medicamentos, de igual forma los jóvenes adultos también dan más crédito al tratamiento farmacológico que a algún otro tipo de terapia. Los ancianos de las ciudades coinciden con esta misma opinión, no así los jóvenes, ya que se considera un estigma el recurrir a buscar ayuda psicológica mental.

Como puntúan Rokke y Scogin (1995), estos resultados claramente desafían la creencia de la pseudo utilización de los servicios de psicoterapia causado por actitudes negativas hacia aproximaciones psicológicas. Sin embargo, ya que para los ancianos depresivos las diversas aproximaciones psicológicas son aceptables y preferidas regularmente, entonces la evidencia empírica contempla la eficacia de varias formas de psicoterapia, comparadas con otras aproximaciones de tratamientos biológicos, que pueden ser factores determinantes de preferencia para pacientes depresivos.

Scogin y McElreath (1994), proveen un meta-análisis de estudios publicados en donde, examinan la importancia de los tratamientos psicosociales para la depresión en la edad avanzada. La mayoría fueron avalados por el consenso del NIH, pero los análisis por sí mismos no fueron



bien conducidos. Y dada la importancia de trabajar con el meta-análisis, para su grado actual de validación empírica de acuerdo a Zeiss y Steinmetz (1997), los estudios no demostraron la mejor aproximación de tratamiento para la depresión, además de que ninguno de ellos involucró a algún paciente con serios problemas médicos.

Más adelante Schneider's (1994), presentó datos comparativos a los estudios realizados por Scogin y McElreath (1994). Identificó 18 estudios en los cuales pacientes con desorden depresivo mayor fueron tratados con medicación antidepresiva aleatoria y un doble placebo ciego como una condición de control. Las diferencias y similitudes entre uno y otro estudio radican en lo siguiente: En ambos estudios se emplearon poblaciones similares Schneider's incluyó únicamente pacientes con padecimientos de desorden depresivo mayor, pero diagnosticados con turno fuera. Scogin y McElreath (1994), incluyeron estudios con pacientes diagnosticados con depresión subclínica (depresión mayor, y problemas variados) Los estudios de Schneider's involucraron el azar y un grupo control de doble placebo ciego (imipramina y nortriptilina), sin embargo Scogin y McElreath, por la naturaleza de la psicoterapia, hicieron uso de diferentes formas de control de grupos, incluyendo pastillas como placebos, tratamientos alternativos y no tratamientos (Terapia cognitivo-conductual, terapia psicodinámica breve y terapia de reminiscencia). Zeiss y Steinmetz (1997), mencionan que cualquier argumento para la relativa superioridad de la base de datos para la medicación como es comparada con la intervención psicosocial puede ser hecha, y que ésta puede estar basada en la fuerza intrínseca de la metodología respectiva de el azar y el control del doble placebo ciego, usados en estudios de medicación.



Los resultados finales indican que las terapias de tipo psicosocial tuvo un mejor efecto en la población subclínica

En otro grupo de estudios, dirigido por Thompson, (1990), se compara terapia cognitivo -conductual y terapia breve psicodinámica para un tratamiento de control de condición retrasada. Los sujetos en el tratamiento de la condición de control retrasado fueron asignados azarosamente para una de las 3 condiciones de la terapia después de 6 semanas del periodo de espera. 3 sesiones fueron filmadas para cada paciente y enviadas independientemente a personas expertas en este tipo de terapias. Siendo efectivamente distribuida esta información, sólo se incluyeron en el análisis los casos con criterio de desorden depresivo mayor, ya que al comienzo de la misma lo cumplían todos los sujetos, pero después de la filmación se encontró que sólo un 52% lo acreditaba, así como también un 18 % mostró mejoras significantes en algunos síntomas depresivos. Los pacientes en los grupos de tratamiento con terapia cognitiva mejoraron más significativamente que los del tratamiento de la condición de retrasado. Aunque en ambos grupos hubo mejoras, las observaciones más relevantes se centraron en: los pensamientos disfuncionales, eventos plascenteros, adaptación social, etcétera. En resumen: los pacientes quienes alcanzaron remisión de la terapia, hacia el final de la misma mantuvieron los efectos por arriba de los 2 años siguientes (Gallagher, Thompson, Hanley-Peterson y Thompson, 1990).

En un segundo estudio, realizado por el mismo grupo de investigadores, se comparó un medicamento antidepresivo desipramina, y terapia cognitivo-conductual (CBT), combinada con desipramina. Este estudio también examinó



una fase de continuación del tratamiento después de 20 sesiones de terapia. Los pacientes que recibieron Terapia cognitivo-conductual o tratamiento combinado, continuaron con el mismo tipo de tratamiento, pero la frecuencia de las sesiones varió. A quienes mostraron una remisión de la depresión, la frecuencia de las sesiones se redujo, a quienes continuaron con síntomas importantes de depresión se continuó con la misma frecuencia en las sesiones de terapia. Los pacientes que recibieron desipramina solamente en la primera fase también comenzaron terapia cognitivo-conductual en la segunda fase.

Thompson, (1991), reporta que los sujetos en la condición combinada mejoraron más en la fase uno, que los sujetos que recibieron terapia cognitivo-conductual solamente, quienes en turno mejoraron más que los sujetos que recibieron únicamente desipramina. Más adelante, Thompson, (1996), hace algunas consideraciones más generales al respecto de estos resultados, por ejemplo que hacia la terminación de la fase 2, 4 o 5 meses después de la completación de la fase 1, el orden relativo del éxito de las 3 condiciones fue el mismo, pero la condición combinada no fue lo significativamente más prolongada que la CBT únicamente. Estas 2 condiciones, no pueden ser comparadas con la fase 2 de la medicación sola de los pacientes, desde entonces ahora reciben el tratamiento combinado.

Resumiendo se tiene que: los pacientes depresivos ancianos pueden beneficiarse con la CBT, si ellos también reciben medicación (aunque no solamente ésta), sin embargo puede resultar más benéfico el uso de la CBT, únicamente o los tratamientos combinados. También los autores dejan bien



claro, que sería mucho mejor empezar el tratamiento en las etapas iniciales de la depresión, no cuando los medicamentos ya no se toleren.

Posteriormente en otro estudio Scogin y McElreath (1994), también examinan terapia cognitivo-conductual. Todos los sujetos en el estudio fueron diagnosticados con desorden depresivo mayor y asignados para un grupo de CBT y enfocado en resolución de problemas con terapia de remisión o lista de control. El grupo de resolución de problemas demostró que los problemas son asociados con la depresión y con el promover aproximaciones más racionales y positivas de resolver problemas. El grupo de remisión enfatizó medidas acerca del tiempo de resolución de los problemas. En las medidas de la depresión, los sujetos con CBT, mejoraron más que el grupo de la remisión de la terapia quienes a su vez mejoraron más que aquellos de la lista de control, estos resultados se mantuvieron por un período arriba de los 3 meses siguientes.

Por otra parte Zeiss (1996), han demostrado que las enfermedades medicas, per se, no es un factor de riesgo para desarrollar depresión en comunidades habitadas por ancianos, pero que la presencia de las no-habilidades funcionales si lo son.

En conclusión, Zeiss y Steinmetz (1997), opinan que una mejor manera de citar a la depresión en la vida tardía es la siguiente: La psicoterapia es igualmente efectiva como medicación antidepresiva para los ancianos, aunque también que las aproximaciones cognitivo-conductuales son más efectivas que otros tipos de terapia breves, como la interpersonal y la psicodinámica. Sin embargo, son las de corte cognitivo y conductual las más efectivas para aquellos pacientes que soportan terapia basada en la remisión. La terapia



cognitiva ha sido bien apoyada, para ser utilizada en la biblioterapia y formatos de grupos psicoeducacionales para ancianos con excelentes resultados, principalmente con aquellos que sufren depresión moderada. La durabilidad de la psicoterapia comparada con el tratamiento médico favorece la condición del control, más sujetos que cumplen criterio de depresión mayor al principio de la terapia hacia el final de la misma, mejoran los síntomas hacia el final, tales como las medidas de funciones cognitivas, actividad social y actividades agradables en general.

Ampliando más estos datos, McKnight, Gray y Barnhill (1992), presentan un estudio donde también se compara la medicación antidepressiva y el test de supresión de Dexametasona (DST), con terapia cognitiva

Las hipótesis de base para la realización de este estudio parten de la idea de que tanto la terapia cognitiva, como la medicación tricíclica son eficaces en el tratamiento de la depresión, como así lo afirman los autores arriba mencionados. La premisa fundamental argumenta que estos dos tratamientos (tricíclico versus test de supresión de dexametasona); pueden producir respuestas diferenciales de tratamiento para personas depresivas. El artículo ofrece las siguientes consideraciones de este medicamento:

a) Medicamento de origen tricíclico, que con sujetos depresivos produce respuestas anormales específicas, en comparación con sujetos con otro tipo de diagnósticos; ya sea; control normal, dolor agudo, ansiedad, esquizofrenia, pánico, fobia, alcoholismo, desorden distímico, psicosis típica y aguda, demencia y manía



b) Los pacientes con desorden depresivo primario parecen mostrar una elevada tasa de no supresión que los pacientes con desorden depresivo secundario. Esta respuesta anormal se correlaciona de forma positiva con melancolía y otros síntomas vegetativos de depresión aunque no consistentemente, lo cual lleva a considerar que esta correlación se lleva mejor con síntomas depresivos severos. La respuesta anormal, nuevamente en ocasiones es vista como un marcador de depresión endógena como opositora de la exógena

c) La respuesta anormal de DST, indica un moderado o no significativo tratamiento diferencial de responsabilidad para la medicación antidepressiva comparados con depresivos con respuestas normales de DST. La no-normalización de esta respuesta anormal de DST en tratamientos siguientes es indicador de un diagnóstico pobre y por consiguiente un deficiente resultado clínico.

Las predicciones postuladas se basan en que depresivos con respuestas anormales de DST pueden mejorar con tricíclicos que con terapia cognitiva, considerando que los depresivos con respuestas anormales de DST pueden mejorar más terapia cognitiva. El estudio se llevó a cabo con 43 pacientes depresivas femeninas, con cogniciones disfuncionales. 23 con respuestas normales y 20 con respuestas anormales para el test de supresión de dexametasona. La evaluación se llevó a cabo con instrumentos tales como; El Scale of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory, El Inventario de la Depresión de Beck (BDI), y el Lubin Depression Adjective Checklist. Para determinar la respuesta anormal o normal del medicamento se proporcionó 1



mg. de ingesta de dexametasona a cada sujeto, haciéndoles una prueba de sangre por la tarde al día siguiente. Los respondedores normales fueron definidos por poseer niveles grandes de suero de cortisol o igual a 5 ug/dl, cuando el suero del nivel de cortisol fue menor a 5 ug/dl, entonces se consideraron respondedores anormales. Los tratamientos se determinaron de acuerdo a ciertas particularidades: El modelo cognitivo de Beck, por las siguientes razones: a) provió alternativas racionales a pensamientos disfuncionales, b) auto-registros de patrones de pensamiento, c) instruir a los sujetos para identificar sus errores lógicos, d) proporcionar alternativas a pensamientos disfuncionales y confrontaciones con hipótesis del pensamiento. Para el tratamiento médico; se administró a los sujetos, después de laboriosos exámenes médicos y de otro tipo de medidas, 8 semanas de sesiones individuales de farmacoterapia, la selección psiquiátrica de los tricíclicos se consideró de acuerdo a los síntomas de los pacientes. Algunos recibieron amitriptilina y otros desipramina, esto fue igual para los respondedores normales y anormales.

Los resultados obtenidos confirman que ambos tratamientos son de ayuda para disminuir los efectos de síntomas depresivos, los respondedores normales y anormales de DST, mejoraron con alguno de los 2 tratamientos, terapia cognitiva o medicación tricíclica. Los respondedores normales de DST, sin embargo, mejoraron más que los respondedores anormales de DST. El diagnóstico de los individuos con depresión mayor se redujo únicamente a 6 que cumplían el criterio de los cuales; 1 pertenecía al grupo de los respondedores normales de DST que recibieron terapia cognitiva, 3 respondedores anormales de terapia cognitiva y 2 respondedores anormales de



medicación tricíclica. Los sujetos que recibieron terapia cognitiva mejoraron sus pensamientos disfuncionales, no así los que recibieron medicación tricíclica. Los individuos con respuesta anormal de DST, tuvieron una alta correlación con síntomas melancólicos. En el grupo de la terapia cognitiva, hubo 9 sujetos melancólicos y 13, no melancólicos. En el grupo de la medicación tricíclica, hubo 7 melancólicos y 14 no melancólicos. Los sujetos sin melancolía mejoraron más significativamente que los que sufrán melancolía.

Finalmente, las conclusiones de este estudio demuestran, que los subtipos de depresión en respondedores normales y anormales de DST, no son usados en la predicción de tratamientos de respuesta diferencial para la medicación tricíclica contra la terapia cognitiva. Algunas investigaciones han demostrado, que los depresivos con respuestas normales y anormales de DST muestran un gran pero no persistente grado de respuesta para la farmacoterapia que los depresivos con respuestas normales de DST. Estos datos apoyan la conclusión de que no hay diferencias significantes de respuestas exitosas para la medicación antidepressiva entre depresivos con respuestas normales y anormales. Los depresivos con respuestas anormales de DST tiene una pobreza de respuesta para ambas terapias; cognitiva y medica.

Terapia Cognitiva como prevención de la depresión.

Segal y Williams (1995), reportaron la evidencia de indicios favorables de tratamientos psicológicos para la depresión, en particular la terapia



cognitiva, que puede reducir subsecuentemente las recaídas después del período del tratamiento inicial. Este análisis sugiere que la Terapia Cognitiva puede desencadenar efectos similares equivalentes a los creados por la medicación en cuanto a la sensación de bienestar y no en efectos colaterales aunque claro, a plazo más largo. Los autores plantean que una forma óptima de prevenir la depresión es el usar técnicas de reducción de estrés basadas en habilidades del control atencional. Ellos establecen que la intervenciones preventivas operan a través de los efectos en el cambio de patrones de procesamiento cognitivo que conviene activamente en estados moderados de afecto negativo. Desde esta perspectiva el entrenamiento en el despliegue de atención como un método de reducción del estrés basado en técnicas de mediación de la calidad de cuidado es altamente relevante en la prevención de la recaídas depresivas.

Este estudio presentó un modelo en el cual se va modificando el procesamiento de la información depresiva y la manera en que ésta va interactuando en subsistemas, es decir, la información que el individuo obtiene se clasifica en varios tipos para su codificación mental; entre los más representativos está el visual, el acústico y el propioceptivo, que se constituyen de todas aquellas estimulaciones corporales a la entrada sensorial. Es aquí donde la emoción desempeña un mediador muy importante en el efecto que causan en el sujeto estos subsistemas de codificación, por ejemplo; en la emoción se encuentran los patrones coherentes de códigos implicados que llevan implicaciones significativas, que a su vez contienen: a) elementos derivados de patrones de significaciones específicas de contenido central y de contextos amplios semánticos, b) elementos derivados de patrones de estados



del cuerpo, entradas sensoriales, expresiones faciales, posturas y despertares, c) elementos derivados de patrones acústicos, patrones de voz y volumen y d) elementos derivados de patrones visuales, entradas sensoriales, ambiente de iluminación y tasa de crecimiento visual. La característica de estos factores se va a determinar por las experiencias esquemáticas de cada individuo a nivel mente-cuerpo. La depresión entonces se mantiene cuando las emociones relacionadas con los modelos esquemáticos son producidos por patrones de bajo nivel significativo y patrones sensoriales derivados de entrada, la producción de respuestas emocionales depresivas ocurren cuando los modelos esquemáticos depresógenos son sintetizados. El mantenimiento de un estado depresivo depende de la producción continua de modelos esquemáticos depresógenos. Es decir, que las personas que sufren depresión pudieran tener únicamente actividad a nivel cerebral, ya que su capacidad para experimentar sentimientos positivos está apagada y experimenta en grado muy agudo las vibraciones de sus emociones desagradables. La terapia cognitiva tiene entonces la finalidad de mitigar las alteraciones emocionales y otros síntomas de la depresión, ya que por lo regular el paciente depresivo percibe sólo eventos mentales y no reales. Finalmente, si se enfoca la calidad de cuidado del individuo hacia sus percepciones auditivas, visuales y propioceptivas e identifique aquellas que resulten más estresantes y aprenda a disminuirlas, seguramente su capacidad de afrontamiento hacia el estrés será más fortalecida y la probabilidad de recaer en una depresión será menor.

Finalmente Beck (1983), sugiere que la terapia cognitiva sin medicación antidepressiva puede ser un tratamiento eficaz para una gran proporción de pacientes depresivos hospitalizados. El mismo autor señala la existencia de



otro estudio donde se sugiere que la inclusión de medicación antidepresiva no aumenta la efectividad de la terapia cognitiva.

Como se puede apreciar, la terapia cognitiva reporta que en algunos casos es muy benéfica con aquellos pacientes que no responden totalmente al tratamiento con medicación, sin embargo también ha demostrado ser muy útil en aquellos que requieren de la medicación si se usa en forma combinada, es decir, con programas que ayuden al individuo a mantener una constancia con su tratamiento farmacológico. No es simplemente el tratar de hacer a un lado la quimioterapia, sino hacer uso de evaluaciones específicas que permitan constatar que ese paciente es el candidato idóneo para la misma, son muchas y muy variadas las situaciones en que los pacientes son medicados únicamente, sin lograr efectos benéficos a largo plazo por lo cuál reinciden en la ingesta de antidepresivos o cualquier otro medicamento que se le sea administrado.

Depresión Materna y Depresión infantil.

Muy basta es la literatura que enfatiza, que el desarrollo emocional del niño está determinado por el ambiente familiar, pero sobre todo, por el ambiente materno creado por la interacción de la madre con su hijo. Dawson, Panagiotides, Grofer y Spieker (1997), mencionan que la depresión materna puede crear disturbios en los patrones tempranos de la interacción madre-infante, al tener dificultades de éstas para responder a la señal de las contingencias de sus hijos y mostrarse menos gustosas de expresar emociones positivas hacia los mismos. En la misma dirección Field, Healy, Goldstem y Guthertz (1990). reportan que durante la interacción diádica, las madres



Tesina sobre la Depresión

depresivas y sus hijos gastan más tiempo en estados emocionales negativos y menos tiempo en estados emocionales positivos, que las madres no depresivas con sus infantes. Por esta razón quizás no es sorprendente que los hijos de madres depresivas tiendan a estar más generalmente inquietos e irritables comparados con los niños de madres no depresivas. Pickens y Field (1993) encontraron que las madres depresivas con infantes de 3 meses tienden más a desplegar expresiones de tristeza y cólera, así como poco interés hacia los mismos que las madres no depresivas o madres que no padecen de alguna alteración mental o enfermedad. Esta situación lleva a considerar que la depresión materna esta vinculada con las diferencias poco favorables del comportamiento emocional de los niños.

Dawson y Klinger (1997), reportan que la depresión materna también puede estar asociada con el sistema psicobiológico de las madres, es decir que la actividad cerebral esté siendo la impulsora que propicie este tipo de comportamientos y más específicamente en la región frontal del cerebro, que es la zona encargada de la expresión de las emociones. Esta afirmación está apoyada en evidencias que demuestran que el lóbulo frontal se desarrolla rápidamente durante los 2 primeros años de vida. Está demostrado que el metabolismo del cerebro en infantes jóvenes reporta un incremento dramático en actividad cerca de los 8 meses de edad resultando en alteraciones de los patrones de actividad cerebral constatado mediante el estudio de electroencefalogramas. Comparados con hijos de madres no depresivas, los hijos de las depresivas muestran una significativa reducción de la actividad frontal izquierda durante el juego activo con sus madres y durante la condición alerta de línea base.



Por este motivo los autores tuvieron el propósito de examinar una muestra de 34 infantes (femeninos y masculinos) de entre 11 y 17 meses de edad, de madres depresivas y no depresivas donde emplearon filmaciones para observar la conducta de los niños con sus madres, así como previos electroencefalogramas (EEG), codificados con electrodos de sitios parietales de actividad cerebral de izquierda y derecha de los niños. Las medidas de evaluación se determinaron para; expresiones faciales, vocalización, temperamento de los infantes y características maternas. Los resultados obtenidos demostraron que en cuanto a la vocalización de uno a otro grupo de niños no hubo diferencias, ambos lo hicieron durante el tiempo del estudio del electroencefalograma. Las expresiones faciales por otra parte mantuvieron de igual manera una proporción similar a excepción de que la sorpresa en los niños de madres no depresivas es más prolongada que en los hijos de madres depresivas. La actividad cerebral durante la expresión de las emociones evidenció que durante las negativas los infantes de madres depresivas exhiben un incremento significativo de activación cerebral, cuando saben que no están percibiendo su sonrisa y se les está demostrando enojo, se inclinan a ser más inquietos e irritables. Según los autores, puede que esto no sea observado en otro tipo de estudios con niños tan pequeños, pero aquí, pudo hacerse debido al registro de la actividad cerebral. Por otra parte el estado de sorpresa como actividad cerebral provocó en hijos de madres no depresivas activaciones grandes o prolongadas en la región frontal parietal, posibilitando que la emoción active la región posterior del cerebro de los niños. Otra de las conclusiones de este estudio es que los hijos de madres depresivas tienden a



expresar más emociones negativas intensas que los otros niños y que esto es reflejado en su electroencefalograma en la región frontal.

Otro estudio que demuestra los efectos de infantes de madres depresivas y no depresivas es el reportado por Campbell, Cohon y Meyers (1995), en donde hacen filmaciones de madres interactuando con sus hijos de 2, 4 y 6 meses en sus hogares de clase media. Ellos utilizaron como medidas de evaluación; la alimentación materna, el juego maternal y la interacción cara a cara. Cuando la depresión fue definida en términos de 2 meses de diagnóstico no se marcaron diferencias en uno u otro grupo en cuanto al aspecto de la alimentación de las madres hacia sus hijos, en la interacción cara a cara o en el juego de juguetes con ellos, sin embargo cuando la depresión se incubó durante períodos de 6 meses, las madres depresivas fueron menos positivas con sus hijos de 2, 4 y 6 meses. Los datos obtenidos demuestran que en el tiempo límite de la interacción, las madres depresivas no mostraron diferencias significativas con las no depresivas en cuanto a la alimentación, es más tuvieron un mayor contacto con su bebé en el primer tiempo. En lo que respecta al juego se evidenció que las depresivas tienen un menor contacto de juego que las no depresivas, los autores reportan que puede ser que alguna de estas tres actividades resulten más placenteras para la madre y que por eso hayan reportado una mayor frecuencia. En lo tocante a la sensibilidad maternal se encontró, que las madres depresivas muestran menor sensibilidad que el grupo de comparación en el primer tiempo, sin embargo después de ese tiempo mostraron equivalencias en la misma. En relación al compromiso del infante se reportó que las madres depresivas en el primer tiempo tuvieron un porcentaje mayor con sus hijos varones que con sus niñas, sin embargo a lo



largo del estudio decrecentó. Las madres no depresivas mostraron niveles iguales en todos los aspectos, con excepción de que aquí son las niñas las más cuidadas por sus madres y en el otro grupo en el de las depresivas, las niñas muestran un menor cuidado por parte de sus madres. Esta información aumenta la necesidad de distinguir entre lo pasajero y lo prolongado de la depresión postnatal, que deberá ser señal de alerta cuando después de los 2 primeros meses de alumbramiento no desaparece. Los resultados de este estudio demuestran que el diagnóstico de la depresión postparto no es condición necesaria de un menor desarrollo de la interacción materna, el peligro deriva de una depresión crónica. Del total de la muestra, sólo un 30 % manifestó criterio de depresión continua después de los primeros 6 meses del parto, otro 40 % mostró bajos niveles de síntomas que pueden o no interferir con la calidad de la interacción entre las madres y sus bebés. Otro 30 % de la población fueron relativamente liberadas de los síntomas depresivos durante la evaluación, lo que lleva a pensar que en este tipo de estudios donde hay una observación directa de la relación de las madres con sus hijos, éstas tiendan a disminuir sus conductas coercitivas.

Por otra parte, también Tarullo, DeMulder, Rosanville, Brown y Radke (1995), el efecto de la conducta depresiva de la madre en los hermanos de mayor y menor edad. Para tal motivo, fueron requeridos para el estudio pacientes diagnosticadas con criterio depresivo unipolar (trastorno depresivo mayor), bipolar (depresivos y maníacos) y familias en las cuales no existieran ningún tipo de diagnóstico psiquiátrico.



La muestra fue observada en un laboratorio clínico, acondicionado como casa-habitación, las observaciones se analizaron de acuerdo a 3 tiempos. 1er. niños de 2 y medio años (jóvenes), grandes de 6 y medio años. 2do de 5 y 9 años y 3er. tiempo de 9 y de 12 años. Las interacciones observadas fueron; juegos, resolución de problemas, comunicación y comidas juntos). Las variables incluidas fueron;

a) el grado de involucramiento maternal, b) demostración de actitudes positivas (afecto, aprobación, respeto y amistad), c) demostración de actitudes negativas (expresiones poco amigables, insultos y ridiculizaciones), d) apoyo de la conducta del niño (facilitar, alentar, motivar y elogiar), e) uso de control de intentos (respuestas específicas de comportamiento), f) uso de control de fuerza verbal (uso del intento de control coercitivo, ordenes y demanda de complacencia) g) felicidad, h) calidez, e irritabilidad.

Los resultados demostraron que el grupo de las madres con enfermedad mental, fueron menos comprometidas con sus infantes y más críticamente irritables con cada niño en sus respectivos periodos de tiempo. Sin embargo, las madres en general exhibieron menor intolerancia hacia el 1er. tiempo. Lo cuál lleva a considerar que en este aspecto, no hay entre los grupos de madres diferencias significativas. No obstante, para las madres diagnosticadas con enfermedad unipolar y bipolar esto trascendió hacia el siguiente tiempo, no así las buenas madres, sin diagnóstico psiquiátrico. Las madres que reportaron problemas de consideración con sus hijos pequeños, fueron vinculadas con el tipo de diagnóstico de la madre, esto fue en la bipolares y unipolares. Se tiene entonces, que el tratamiento diferencial de las madres hacia sus hijos, es más



proyectivo hacia los más pequeños que en los más grandes, ya que son los primeros los que manifestaron mayor sintomatología, por ejemplo, un apego excesivo hacia la madre o una mala contingencia del afecto, o bien una elevada tasa de externalización de conducta depresiva por parte de la madre. Para el 1er. tiempo en general, los autores explican que un niño pequeño requiere y demanda más atención por parte de la madre y que estos tipos de comportamientos en cierta medida son lógicos por la edad del pequeño. La calidad del compromiso de la madres hacia sus hijos también demostró la calidad del cuidado, ya que una madre más comprometida que otra con su pequeño, mostrará *infantes más persistentemente mejores que las que tienen un menor compromiso*. Finalmente, los autores sugieren más atención para este tipo de estudios en el ambiente familiar y en el trato diferencial de los hijos y los factores que en ellos intervienen.

En la misma línea, Serketich (1994), en otro estudio comparó 3 modelos para investigar los síntomas depresivos maternos y la mala adaptación infantil. Los modelos expuestos fueron; 1) Establece que los niños generalmente exhiben menores niveles de consentimiento y niveles más altos de aversividad. 2) Predice que los niños no muestran diferencias en sus conductas cuando se comparan con los hijos de madres asintomáticas, y el 3) Establece que se exhiben mayores niveles de consentimiento y menores niveles de aversividad. Las suposiciones de este modelo están basadas en que las madres que reportan un alto nivel de sintomatología depresiva, tienen hijos con una variedad de problemas, con inter y externalización de desórdenes, así como pobreza en sus interacciones y dificultades académicas. La muestra estuvo conformada de 96 diadas madre-hijo, Con observaciones realizadas en el propio hogar. Durante



cada observación las familias trataron de continuar con su rutina diaria, pero adheriéndose a los siguientes reglamentos: sólo se observaron a los miembros de cada familia (familia nuclear), acceso restringido a las habitaciones, acceso restringido a las llamadas que entraban y salían, no comunicación con el observador durante cuatro semanas. Las medidas de evaluación, consistieron en la aplicación de cuestionarios. El Child Behavior Checklist (CBCL), el BDI (Inventario de la Depresión de Beck). Además las madres complementaron la información con el Center for Epidemiologic Studies-Depression scale (CES-D), y con un índice de desventaja socioeconómica. Las categorías propuestas para las observaciones fueron las siguientes: 1) seguridad: ayuda, recompensa o premio, aprobación o conducta afectiva 2) aversión: fastidio, desaprobación, agresividad y conductas de castigo. 3) afecto positivo: expresiones positivas de afecto, acompañadas de mimos. 4) afecto aversivo: expresiones aversivas de afecto, acompañadas de palabras profanas y voces irritables. 5) ordenes de las madres: instrucciones directas y claras, así como indirectas que los niños cumplan inmediatamente y 6) obediencia de los niños: complacencia directa o indirecta de las ordenes maternas.

Los resultados demuestran primeramente que las desventajas socioeconómicas desempeñan un papel muy importante en la relación de los síntomas depresivos maternos y la mala adaptación infantil. Los modelos concuerdan en que los síntomas depresivos reportan altos niveles de desajuste infantil y maneras más aversivas y controladoras hacia los hijos que las madres asintomáticas, pero hacen diferentes predicciones de como los niños se comportan hacia ese tipo de conductas hacia las madres. El género mostró, por otra parte, ser una variable más significativa en los niños que en las niñas como



externalización de problemas al inicio del estudio, pero que pudo ser controlada durante el transcurso del mismo. Las madres sintomáticas tienden a ser más irritables e intolerables que las madres no depresivas. El reporte maternal de externalización de problemas de los niños estuvieron relacionados con la reducción de obediencia del niño y la elevada conducta aversiva y sus efectos. En conclusión, se muestra que las observaciones caseras apoyan más el modelo 2, pero los resultados finales describen que el modelo 1 es el más adecuado para ilustrar el contacto de las madres depresivas y sus hijos. De manera adicional, se puede comentar, que el modelo 3 no estuvo apoyado al no encontrar evidencias de consentimiento por parte de las madres hacia sus hijos, es decir, no se encontraron evidencias significativas tanto en las madres asintomáticas como en las sintomáticas. Finalmente se reportó que las madres con conductas positivas desarrollan en sus hijos conductas y efectos positivos, aunque involucren aspectos negativos, siempre preponderan más los positivos.

Otro estudio que reporta el comportamiento de los niños hacia la conducta depresiva de sus madres, es el realizado por Teti, Messenger y Gelfand (1995). Los autores plantearon una examinación de infantes preescolares y sus madres en términos de seguridad y apego. Asimismo argumentan que la depresión maternal es un factor de riesgo en el desarrollo de la psicopatología del niño. Niños preescolares y los que asisten a primaria muestran elevadas tasas de sintomatología psiquiátrica depresiva y no depresiva, comparados con los niños de controles no depresivos. Apartando los factores genéticos, mecanismos teóricos guían la transmisión de la psicopatología de los padres depresivos a las relaciones con sus hijos. El presente estudio enfoca la relación de apego entre los preescolares, escolares



y sus madres depresivas ya que sostienen que la inseguridad en el apego temprano ha sido consistentemente asociado con respuestas de rechazo y la insensibilidad materna. La muestra la conformaron 149 madres y sus hijos, 91 depresivas y 58 no depresivas. Las variables aplicadas fueron; la raza, religión, estatus marital, sexo del niño, ocupación laboral, logros educacionales, edad materna, ingresos familiares, la puntuación del Inventario de la Depresión de Beck, el diagnóstico del trastorno, duración previa de la depresión y medicación. Las madres depresivas mostraron estar más involucradas con estas variables, que las no depresivas, es decir, que su nivel de afrontamiento a las mismas es inferior, debido a factores tales como la educación y sobre todo por pertenecer a un nivel socio-económico inferior también, ya que las madres asintomáticas demostraron pertenecer a un nivel socio-económico superior. La puntuación en el BDI, también fue muy diferente, ya que las madres no depresivas puntuaron en una escala de 6.81, mientras que el otro grupo puntuó una escala de 23 puntos, notablemente más elevada. El estatus marital demostró que las no depresivas presentan un porcentaje mayor de vida en pareja, las depresivas presentan porcentajes más elevados de desintegración familiar. Esta puede ser una de las causas también por las cuales tengan que pasar más horas fuera del hogar y lejos de sus hijos, provocando niveles más altos de estrés que fue una de las causas importantes para la depresión aquí analizada. En cuanto al rendimiento de los niños se encontró que los preescolares de madres depresivas tienden a ser más evitativos, más inseguros, más ambivalentes y sobre todo desorganizados, presentando conductas escolares defensivas y coercitivas en comparación a los niños de madres no depresivas.



Rusell (1995), propone que direcciones futuras de investigación podrían incluir por un lado; más precisión en la definición del proceso de respuesta del riesgo del infante y por otro, diferenciación de los procesos de respuesta vinculados con diversos procesos de disfuncionalidad familiar (padres y discordia marital) La seguridad emocional provee un constructo explicatorio para la seguridad en el desarrollo familiar asociado con depresión parental. La familia y el papel que desempeña en el ambiente de niño, es un importante factor en la trasmisión del riesgo depresivo, como ya se ha mencionado; ésta afecta al niño en la exposición de conducta depresiva y comunicación por parte de alteraciones paternas ante los hijos y por incremento de conflicto y discordia en la familia debido al apego de los hijos (Cummings y Davis, 1994). Por otra parte Campbell, Cohon y Myers (1995), reportan que en un estudio realizado con depresión postparto, la depresión crónica de las madres fue asociada con conductas menos positivas y con face de interacción menos positiva también con sus hijos. Trabajos recientes llaman la atención por el papel del niño en procesos disfuncionales familiares, el temperamento de los chicos, y su disposición hereditaria predicen su función familiar en turno afectándolo. El autor enfatiza que la depresión parental probabilística pero no necesaria, aumenta el riesgo de desarrollo disfuncional. La conducta disfuncional identificada en familias depresivas son también identificadas en familias no depresivas, aunque los patrones conductuales pueden estar más frecuentemente causando conflictos en las familias depresivas; un ejemplo de ello es la desorganización, la ansiedad depresiva, la inseguridad defensiva y coercitiva. En conclusión, el riesgo negativo para los infantes está más relacionado con la severidad y lo crónico de la depresión, no obstante algunos



Tesina sobre la Depresión

de estos hijos pueden desarrollar adaptabilidad y competitividad, transformando su desarrollo en un plan de alto funcionamiento adulto. La frecuente asociación con otras familias demuestra tener sus propios riesgos, por ejemplo los conflictos matrimoniales resultan ser una alternativa viable como explicación de las dificultades de ajustamiento infantil con padres depresivos, además los efectos que son debidos a la sintomatología de la depresión parental pueden ser distinguidos de otras causas. Finalmente se enfoca que cualquier enfermedad mental marca un indicador de riesgo psiquiátrico para los niños, y que el impacto de ésta puede ser diferente en los niños que en las niñas. A este respecto Get (1995), reporta que la influencia mutua de dolor psicológico fue elevadamente alto entre las madres y sus hijos y entre padres e hijas respectivamente con efectos pico en la adolescencia temprana en chicos y adolescencia media para las chicas.

Se ha evidenciado que los efectos de la depresión materna a nivel infantil, son los proveedores directos de la mala adaptación, inseguridad y un apego excesivo por parte de los hijos hacia sus madres, ya sea a nivel de condición de bebé o niños en edades escolares. Se ha revisado también que en muchos de estos estudios el nivel socio-económico es un marcador inevitable de los efectos más agudos de la depresión materna por causas diversas, no obstante cómo los autores resaltan no es condición necesaria para que una familia que goza de una posición económica más desahogada no padezca este tipo de enfermedades, que como ya sea mencionado anteriormente es propiciada por causas diversas. La fobia escolar y el apego excesivo a los padres pueden ser síntomas de depresión en los niños. Los niños en especial de acuerdo a los datos arrojados por los diferentes investigaciones tienden a



presentar más conductas coercitivas y de inquietud que las niñas cuando vienen de hogares depresivos, probablemente a la misma educación que la madre depresiva transmite a la niña de ser más cautelosa con sus actitudes de "mujercita" frente a los demás. A los niños se les cataloga de ser más traviezos y más rudos, por tal motivo cuando estas conductas empiezan a incrementarse pueden pasar por desapercibidas por parte de la madre ya que su hijo es latoso de naturaleza biológica, aún cuando el niño en casa muestre un comportamiento adecuado a las expectativas de la madre, puede ser que en la escuela no sea así y sea un chico que siempre esté a la defensiva o manteniendo conductas coercitivas con sus compañeros o profesores. En suma, la depresión infantil puede ocasionar desde problemas de aprendizaje, hasta abuso o adicción a las drogas, perturbación en la relación con otras personas, tendencia a la enfermedad y/o a otros trastornos psicosomáticos, suicidio y hasta homicidio. Si la depresión infantil no es detectada y atendida, el niño puede estar condenado a una vida enetra de sufrimientos. Los niños depresivos requieren ayuda inmedia

Por otra parte, mucho se ha mencionado de la depresión postparto como indicador del posible desajuste hormonal que se da después de que una mujer acaba de realizar una transformación tan espectacular a su persona, después del nacimiento de su hijo. Los datos revelan que en casi todas las mujeres, la depresión postparto es pasajera. La gran mayoría de las mujeres soportan la tristeza de la maternidad, ya que con frecuencia algunas de ellas se tornan llorosas, insomnes, tensas y enfadadas. Los episodios pueden variar de hasta entre una horas o semanas, luego desaparecen. Algunas de estas mujeres mantendrán ese estado por más tiempo, meses, más de 2 o 3 e incluso más del



Tesina sobre la Depresión

año, debido a situaciones tan adversas como; una enfermedad crónica de base, por ejemplo; una insuficiencia tiroidea o factores de estrés, entre los cuales se pueden incluir el cambio de roles familiares o una preparación insuficiente para la maternidad. Esto da como resultado que algunas madres excedan su cariño hacia sus pequeños o bien, no se responsabilicen de ellos por estar en una etapa de más requerimiento de cuidado por su personalidad tan frágil y demandante de necesidades de todo tipo. Y ni que mencionar cuando aunado a estos factores, existen conflictos matrimoniales no resueltos, el nacimiento del niño viene a agravar la situación. Finalmente muy provechoso en considerar la propuesta de los autores a diseñar nuevas estrategias de investigación que permitan conocer e identificar más específicamente las disfunciones familiares o más bien, los procesos mediante los cuales se generan estas conductas aversivas en los niños que o bien sea, les marca la edad adulta o les brinda un nivel muy costoso de seguridad emocional.

A este respecto Brage y Meredith (1996), reportan un estudio realizado acerca del desarrollo de un modelo causal de la depresión en los adolescentes. El estudio tuvo por objeto, analizar variables exógenas y endógenas que influyen en la depresión en los adolescentes, tales como la opinión de sí mismo, la soledad y la comunicación familiar. La muestra fue conformada por 156 adolescentes deprimidos, 62 chicos y 96 chicas, de 11 a 18 años respectivamente, aunque la edad más significativa fue de 14 años, de nivel medio familiar, de religiones protestante y católica.

A los adolescentes se les aplicó un cuestionario, y otros tipos de evaluación tales como el The Center for Epidemiologic Studies Scale for



Children, The Loneliness Inventory (inventario de la soledad). El Rosenberg Self-Esteem Scale, así como el Family Strengths Inventory y el Parent-Adolescent Communication Inventory, que se encarga de medir aspectos positivos y negativos de la comunicación entre padres e hijos.

Los datos obtenidos muestran que el modelo causal propuesto se desarrollo vía el programa LISREL VII, para evaluar la congruencia del modelo, la soledad y la opinión en sí mismo, como variables endógenas, tuvieron un efecto directo en la depresión de los jóvenes. La auto-estima, tiene un efecto indirecto en los pensamientos de soledad de los adolescentes depresivos. La edad tiene un efecto directo con la depresión y uno indirecto con los pensamientos de soledad en la misma. El género por su parte no fue significativo con los pensamientos de soledad del depresivo, sin embargo los varones mostraron más auto-estima que las chicas. Esto viene a corroborar que las mujeres adolescentes suelen deprimirse más que los hombres. La opinión de sí mismo, tiene finalmente un efecto reforzante y total de la depresión en los adolescentes, la comunicación padre e hijo debilita este efecto, la opinión de sí mismo es una variable suficiente que enfrentada a la soledad produce depresión.

Estos resultados están apoyados en las diferentes suposiciones de los factores que influyen en la depresión, tales como la inhabilidad de logros, una vida improductiva y una infelicidad en general que correlacionados con sentimientos de soledad y una baja opinión de sí mismos producen la depresión. Los profesionales en el tema han sugerido, que la relación existente entre los adolescentes y la familia, así como otros factores personales, puede



quedar poco claro, sin embargo al examinar la fuerza familiar, la comunicación entre padres e hijos, la opinión de sí mismos, la soledad, edad y género, se entiende que al entrelazarse éstos tienen una influencia muy directa con la depresión en los adolescentes.

Otro estudio apoya esta misma línea de investigación. Clarke (1992), identifico variables que permiten distinguir adolescentes depresivos recuperados contra los no recuperados después del tratamiento de su depresión, en un estudio de resultado controlado con 2 condiciones; Tratamiento psicoeducacional (cognitivo-conductual) y con un protocolo de adolescentes de padres separados. Las evaluaciones realizadas se hicieron en base al KSADS/RDC, para desórdenes afectivos y de esquizofrenia, el Analytical Plan y Potential Predictors; que produce definiciones diversas y por extensión diferentes tratamientos de recuperación, así como el instrumento de rigor en la depresión, El inventario de la Depresión de Beck (BDI), como pre y post medida de revisión.

Los resultados demostraron que para la función discriminativa del análisis, se encontró que las mejoras encontradas se debieron a un bajo puntaje en el BDI, y bajos niveles de ansiedad, así como una alta frecuencia en actividades placenteras y satisfactorias. En relación al BDI, se encontró que mejoraron los que se recuperaron con aspectos tales como: el haber pasado por varios diagnósticos psiquiátricos y no únicamente por uno. Que los padres hayan participado en la intervención y sobre todo el tiempo breve después de transcurrido el primer episodio depresivo, esto gracias a la intervención psico-educacional, cognitivo-conductual. Las variables educacionales fueron;



frecuencia de escalas de auto-reforzamiento, escalas de los estados de ansiedad, escala de actitudes disfuncionales y escala de percepción de competencia. Las variables de diagnóstico fueron, Depresión mayor, desorden de no afectividad, total de diagnósticos afectivos y no afectivos, depresión doble, duración del episodio depresivo, total de duración del episodio depresivo, tiempo transcurrido desde el primer episodio depresivo, el número de intentos de suicidio y el puntaje en la escala de Beck.

Esta información resalta la importancia de los múltiples métodos de ayuda para la depresión. Algunos investigadores como Kazdin (1989), han demostrado que los métodos de evaluación múltiple pueden resultar en grupos divergentes de individuos identificados como depresivos, así como una generación diferente correlacionada con características de desorden depresivo, ya sea con el auto-reporte o con el diagnóstico. Por lo tanto con esta información puede ser distinguida la depresión como una entidad única. En conclusión, el diagnóstico y el auto-reporte como medidas de evaluación son igualmente válidos operacionalmente en el tratamiento de recuperación de la enfermedad. Una hipótesis alternativa es que una, o ambas variables no representan cambios terapéuticos a perse, pero algún otro constructo se relaciona sólo parcialmente hacia el resultado como lo fue el caso del diagnóstico dicotómico. Consistente con esta alternativa el BDI, fue un predictor fuerte para la función de análisis discriminativo con bajos niveles de números admitidos de depresión asociados con bajos porcentajes en el postratamiento.



En suma, la depresión es un asunto familiar en más de un sentido. Las relaciones que en ella se establezcan puede activar la enfermedad. Aquellos niños cuyos padres los hacen objeto de malos tratos son los que corren el mayor riesgo, así como también los que reciben demasiadas críticas y ven siempre destacadas sus deficiencias. Ahora bien, en muchas ocasiones este tipo de padres son agobiados por la lucha de sobrevivencia financiera, por ejemplo; las dificultades de una separación o de un divorcio, lo cual los lleva a distraerse de los problemas de sus hijos y centrarse en los propios. Y si están deprimidos, apenas pueden atender a sus propias necesidades. La depresión en la pareja, o más específicamente de alguno de los dos cónyuges es responsable del bienestar del funcionamiento familiar.

Relación de pareja y Discordia marital.

A propósito de los diversos factores que emergen la depresión en la pareja: Nelson y Beach (1990), reportan un estudio donde muestran específicos patrones de comportamiento en parejas depresivas y no depresivas, donde se analiza la interacción secuencial en la depresión y los efectos del comportamiento agresivo del esposo, basado en 3 categorías: agresivo, *facilitativo y depresivo.*

La muestra fue conformada por 20 parejas, las cuales fueron discordantes deprimidas, parejas discordantes no deprimidas y otro grupo de no discordantes y no deprimidas. El procedimiento se llevó a cabo por medio de sesiones de filmación, además de un previo sondeo con baterías de corte cognitivo aplicados específicamente a matrimonios tales como el; Dyadic



Adjustment Scale, el Kategoriensystem für Partnerschaftliche Interaktion y por supuesto el Inventario de la Depresión de Beck (BDI). Las cuales reportan datos tales como; ciertas actitudes, niveles de expresión, de satisfacción, problemas matrimoniales y habilidades de comunicación en la pareja entre otras actitudes. Los resultados obtenidos demostraron que se encontraron altas tasas de conductas depresivas en parejas diagnosticadas como deprimidas, se evidenció también que los grupos difirieron en la extensión de esta conducta que llega a suprimir la conducta agresiva del esposo. El más grande efecto supresivo ocurrió en los grupos discordantes no depresivos. El análisis de seguimiento indicó que la duración de la discordia marital fue estrechamente relacionada con la magnitud del efecto de supresión en ambos grupos discordantes. La respuesta suprimida de agresividad en el esposo de parejas depresivas tuvo efecto a corto plazo solamente, es decir, fue asociada con periodos cortos de discordia marital, a largo plazo la conducta agresiva fue inefica, aunque tampoco única de este tipo de parejas. Respecto a las 3 categorías mencionadas (facilitativa, agresiva y depresiva), se observó que los grupos discordantes no depresivos mostrarán tasas más altas de conducta facilitativa, aunque no hubiera diferencias significativas con el otro grupo discordante depresivo, el grupo que mostró mayor porcentaje de estas conductas fue el grupo de la comunidad de no discordante no depresivo. El grupo discordante no depresivo y el grupo discordante depresivo mostraron los índices más altos de agresividad, aunque los discordantes depresivos mostraran más incrementos que los discordantes no depresivos. Es conveniente aclarar de acuerdo a lo que describen los autores que estas diferencias de conducta no son propiamente debidas a la depresión sino a la duración del tiempo de



Tesis sobre la Depresión

discordia marital en las parejas. La relación entre el comportamiento depresivo de las esposas y la respuesta agresiva de los esposos en este estudio es consistente con la hipótesis de que el comportamiento agresivo es negativamente reforzado. Esto es, que la esposa puede estar empeñada en su conducta depresiva como una queja ante el estilo de vida del marido, entonces él hace un alto puntual a sus críticas acerca de ella. La esposa puede estar triste por ser negativamente reforzada para emitir su comportamiento depresivo, aunque con el tiempo esta habilidad se corroe para suprimir el comportamiento agresivo del esposo. Las esposas pueden emitir altas tasa de comportamiento depresivo para producir niveles altos de supresión de la respuesta agresiva del esposo produciendo a su vez un alargamiento en la discordia o problemática marital, los autores explican que esto es para: proveer un mecanismo de incrementación de niveles de sintomatología depresiva por encima del tiempo en el contexto de las relaciones discordantes maritales, el cual puede estar siendo mantenido por contingencias regulares leves de reducción del comportamiento agresivo del esposo.

En la misma línea, Townsley y Beach (1991), reportas datos encontrados en su estudio acerca de la examinación de creencias disfuncionales y sentimientos de culpa por el comportamiento del cónyuge, como variables cognitivas relacionadas con la depresión en el matrimonio.

La muestra fue conformada por 50 mujeres blancas quienes sostenían terapia marital clínica, con tiempo considerable de matrimonio y laborando fuera del hogar. Igualmente las mujeres fueron evaluadas con distintas baterías de corte conductual y cognitivo similares a las del otro estudio, tomando en



cuenta específicamente 3 variables cognitivas; Cognición depresógena, creencia marital y atribuciones maritales. Primeramente las esposas con sus esposos presentes recibieron una intervención estructurada enfocada en sus síntomas depresivos, es decir como una información de base, posteriormente las esposas fueron intervenidas contemplando sus relaciones maritales con terapia marital y terapia cognitiva.

Los resultados demostraron primeramente que existe una fuerte correlación entre el ajuste marital y la atribuciones de acuerdo al informe de comunicación de las esposas y sus creencias maritales, específicamente atribuciones de responsabilidad para hacer más benigno el comportamiento negativo de las mismas e incrementar el ajustamiento marital. En cuanto al incremento del comportamiento negativo de las esposas se observó un decremento en el ajustamiento marital y el grado en el cual las esposas sostienen la creencia de que este incremento es destructivo. Sin embargo las cogniciones depresógenas no fueron significativamente relacionadas con el ajustamiento marital. De manera interesante las creencias se correlacionaron significativamente con las atribuciones de responsabilidad y con las cogniciones depresógenas. Así de esta manera, las creencias más disfuncionales acerca del matrimonio fueron asociadas con atribuciones menos benignas de responsabilidad para eventos negativos y pensamientos menos funcionales en general. Del mismo modo, las atribuciones de responsabilidad para eventos negativos maritales no fueron significativamente relacionados con las cogniciones depresógenas, lo cual lleva a considerar que estas cogniciones son independientes de las atribuciones.



Finalmente la atribución de responsabilidad fue solamente una variable cognitiva relacionada con la comunicación de las esposas, como reporte de un incremento de comunicación negativa. Por otra parte el nivel de ajustamiento marital fue ortogonal con el nivel de sintomatología depresiva, es decir, que puede ser visto por varios ángulos o que tiene varias caras de acuerdo a la sintomatología depresiva. Sin embargo éste fue correlacionado con las cogniciones depresógenas. Inversamente el nivel de sintomatología depresiva no tuvo conexión con una u otra creencia disfuncional acerca del matrimonio o para las atribuciones de responsabilidad negativa acerca de los esposos.

De manera general, estos resultados sugieren una explicación para la aparente contradicción entre la importancia de variables cognitivas en entendimiento de la discordia marital y la falta de eficacia de la terapia cognitiva en la producción de cambios en el ajustamiento marital en una población depresiva y discordante. Esta contradicción puede ser resuelta reconociendo que la dirección de las variables cognitivas en medida de terapia cognitiva individual puede no ser consecencial para ajustamiento marital. Aunque las cogniciones depresógenas fueron relacionadas en la dirección de las expectativas para el nivel de sintomatología depresiva, esta correlación no fue significativa. Inversamente, cuando la cognición se relaciono con el matrimonio fue relacionado significativamente con el ajustamiento marital significativamente, y no con el nivel de sintomatología depresiva. Una explicación a ello, de manifiesto de los autores es que las variables cognitivas que se manejan en la producción y mantenimiento de la depresión (cogniciones depresógenas) pueden no estar por encima de las variables más importantes en la producción y mantenimiento de la discordia marital (atribuciones de



responsabilidad). Esto es que, el grupo de variables cognitivas relevantes para la discordia marital y el grupo de variables cognitivas relevantes para la depresión pueden funcionar relativamente autónomos, concediendo un grupo de cambio cuando el otro ha quedado desencadenado. Así de esta manera, trabajando los terapeutas con personas quienes son maritalmente discordantes y depresivas podrán no asumir que las intervenciones cognitivas tratadas exitosamente con cogniciones depresógenas podrán también cambiar las cogniciones implicadas en el mantenimiento de la discordia marital.

Otro estudio apoyado en esta tesis, es el de Beach y O'Leary (1992), en el cual tratan la depresión en el contexto de Discordia marital, desde respuestas con terapia marital y terapia cognitiva.

La muestra seleccionada la conformaron 45 parejas, de las cuales la mujer fue diagnosticada con depresión. Al igual que los anteriores estudios las parejas fueron previamente evaluadas, primeramente con baterías utilizadas en terapia marital (The Marital Status Inventory), y baterías empleadas en terapia cognitiva (The Cognitive Error Questionnaire). Ambas empleadas en forma de pretratamiento. Las características de los terapeutas fueron considerablemente importantes, ya que éstos debían ser de corte cognitivo específicamente, puesto que la terapia era de tipo cognitivo.

Los datos resultantes apoyaron la evidencia de que tanto la terapia marital como la cognitiva redujeron en gran medida los síntomas depresivos en la mujer. Sin embargo las personas quienes exhibieron altos índices depresivos pretratamiento también lo demostraron al final del mismo. Solamente la terapia marital fue sustanciosa en el aumento del ajustamiento marital, tomado de



esposas con rangos moderados de discordia marital. Las personas con grados de discordia más profundos no existieron cambios significativos en el pre y en el post tratamiento. Un 80 % de la población en la terapia marital, experimentaron un mayor porcentaje de incremento de ajustamiento marital, comparado solamente con un 33 % de las mujeres dentro del grupo tratado con terapia cognitiva.

Por otra parte, el modelo de discordia marital propone que los cambios en las relaciones maritales produce cambios en el nivel de depresión entre mujeres maritalmente discordantes que reciben terapia marital. Es decir, cambios en las relaciones maritales que son hipotetizados para mediar el impacto del tratamiento en el cambio en el nivel de depresión. Esta predicción no está hecha para las mujeres que reciben terapia cognitiva. Para evaluar la posibilidad de mantenimiento diferencial de las ganancias de las esposas en la depresión y el ajuste marital entre la terapia marital y la cognitiva, se evaluó el efecto de la terapia (cognitiva o marital), el tiempo de evaluación (a largo plazo) y el control del nivel de depresión y ajuste marital respectivamente en el pretratamiento.

El nivel de mantenimiento de los efectos positivos en ambos tratamientos se prolongó poco más de un año. Cuando ambas terapias fueron poderosas para cambiar el nivel de sintomatología depresiva, solamente la terapia marital fue capaz de aumentar e incrementar niveles de ajustamiento marital, además como lo sugiere el modelo de discordia marital, las mejoras en el nivel de ajustamiento fueron descubiertas para mediar la reducción en el nivel de sintomatología depresiva para las esposas que recibieron terapia



marital. De este modo se puede mencionar que la terapia cognitiva puede reducir pero no eliminar enteramente el impacto negativo de la discordia en el matrimonio en la sintomatología depresiva. La satisfacción marital de los esposos en la terapia marital fue identificada por las ganancias de sus esposas. Sin embargo las ganancias de los esposos cuyas mujeres recibieron terapia cognitiva son presentados, a pesar de no haber ganancias significantes de satisfacción marital reportada por las esposas. La explicación que los autores ofrecen es que, estos esposos son más maritalmente satisfechos con sus "buenas" esposas. Frecuentemente las parejas menos depresivas pueden hacer pocas demandas y podrán ser más benignos para ejecutar más adecuadamente actividades más importantes dentro de sus relaciones. Los esposos pueden observar beneficios tangibles con sus parejas involucrados en terapia cognitiva regularmente aunque ello pueda no tener un enfoque directo en su relación.

La terapia marital finalmente, fue entendida como enfoque en el aumento del matrimonio y de la interacción marital cuando el enfoque de la terapia cognitiva fue para ser cambios en las distorsiones cognitivas y creencias acerca de si mismos, del mundo y del futuro, realmente se encontró que el enfoque de las dos terapias fue significativamente diferente, es decir, con diferentes aproximaciones. En conclusión, la existencia de algunas variables predicen buenas respuestas para un tratamiento y pobres para otro, aunque ambos causen impacto en la depresión por medio de mecanismos diferentes.

Como se puede apreciar, los estudios realizados con parejas depresivas demuestran el riesgo latente del desajuste familiar. Contemplándolo desde el punto de vista cognitivo en muchos de los casos esta problemática o



disfuncionalidad familiar está cimentada en distorsiones cognitivas por parte de ambos o de alguno de los cónyuges. El desacuerdo en la pareja puede ir acompañado por creencias irracionales hacia el comportamiento de alguno de los dos compañeros, el sentimiento de culpa involucra generalmente reforzamiento negativo hacia la conducta depresiva. La existencia del comportamiento agresivo en la pareja suprime la respuesta depresiva pero no la elimina a largo plazo, porque la depresión sigue sustentada en creencias cognitivas negativas en alguno de los dos miembros, es decir expectativas irracionales de la propia persona y del matrimonio en sí mismo. En la relación de pareja no basta actuar para satisfacer estereotipias sociales, ni demandas del compañero o demandas de los propios hijos, sino satisfacer necesidades básicas de autoestima que ayuden a elevar la calidad de vida en pareja. La terapia cognitiva por otra parte, resulta de gran ayuda en parejas depresivas, siendo capaz de incrementar niveles de satisfacción marital, a pesar de que sus aplicaciones se han delimitado más específicamente a tratar terapias individuales con cogniciones relacionadas a sintomatología depresiva que sirven de base a la discordia marital. La terapia marital por otro lado engloba más y fomenta otro tipo de actitudes que satisfacen el ajustamiento marital, pero no se enfoca tanto a las cogniciones de los miembros de la pareja. Sin embargo también el éxito de una u otra práctica depende en gran medida del tiempo y del tipo de estos desacuerdos, ya que si son muy profundos o el tiempo en que ha venido sosteniendo la batalla entre cónyuges ha sido muy prolongado dificultará los efectos benéficos de uno u otro tratamiento.

Se han expuesto brevemente, algunas de las aplicaciones de la terapia cognitivo conductual, basados en el empleo de técnicas cognitivas y



conductuales, en informes de casos y en estudios de analogías. En donde se ha evaluado la eficacia relativa de procedimientos cognitivos y conductuales, aislados y en combinación que han resultado eficaces para mejorar la depresión. La terapia de corte cognitivo y conductual es igualmente válida en la modificación de conductas depresivas en ancianos, niños, mujeres, hombres y relaciones de pareja en general. La depresión en la vida tardía no presenta mecanismos diferenciales de los que se presentan en individuos más jóvenes, a excepción de que generalmente se asocia a alguna enfermedad de tipo físico. El tratamiento con medicación antidepresiva resulta tan eficaz en ancianos que en jóvenes, si se logran modificar cuestiones de autoestima y disfrute de eventos agradables cotidianos, si solamente se enfoca a disminuir síntomas biológicos puede ser exitosa a corto plazo. Por otra parte, los artículos permiten confirmar que las creencias sustentan los pensamientos del aparato cognitivo, ya que de acuerdo a ellas las personas actúan de acuerdo a patrones específicos de respuesta.

El estudio con niños ha demostrado que la depresión proviene de la calidad de interacción de éste con su madre. Las diadas madre-hijo predicen que el comportamiento de los niños es una conducta aprendida de la depresión de los padres, especialmente de la madre. Los niños más pequeños son más vulnerables a situaciones de alto riesgo en cuanto al desarrollo de conductas coercitivas inter e intrapersonalmente. La calidad de apego temprano del niño con padres depresivos posibilita la aparición de diferentes desórdenes de conducta en este, una mala o pobre interacción con sus semejantes, agresividad o déficits académicos son muestra latente de ello.



La aplicabilidad de la terapia marital en parejas discordantes depresivas ha permitido a través de diversas técnicas efectos positivos en la relación y aumentos de satisfacción conyugal en ambos compañeros, sin embargo de acuerdo a datos arrojados; se ha encontrado que los supuestos depresógenos tratados dentro de la terapia cognitiva predisponen a una persona a la depresión, la modificación de los mismos, ejerce una influencia directa sobre la capacidad del paciente para evitar posibles depresiones futuras. Al aprender una serie de reglas o fórmulas a través de las cuales se intenta dar sentido al mundo, se va determinando pautas de organización de las percepciones en cogniciones, y se van marcando objetivos que evalúan y modifican su conducta y la manera en como interpreta sus experiencias. Desde el punto de vista cognitivo el análisis de estas premisas pueden reducir síntomas depresivos, ya que forman la matriz de los significados y valores personales; marco en el cual los acontecimientos adquieren relevancia, importancia y significado.

Beck (1983), menciona que los errores del pensamiento como la exageración, el exceso de generalización, y los pensamientos absolutistas surgen en el marco de esta regla y, en consecuencia presionan al individuo a llegar conclusiones exageradas, absolutas y excesivamente generales (en estados normales, estas reglas tienden a ser más flexibles). Cuando el contenido de la preocupación del paciente se relaciona con su susceptibilidad o sensibilidad, las reglas primitivas desplazan a los conceptos maduros. Una vez que el paciente ha aceptado la validez de una conclusión extrema, se hace más fácil la expansión progresiva de las reglas primitivas. Dado que las reglas suelen expresarse en términos absolutos, dan lugar a conclusiones extremas. De esta premisa parte la importancia de realizar estudios con tipos de



poblaciones más extensas y el trabajar con variables más específicas que permitan conocer más el mundo interno del paciente. Particularmente estos patrones de procesamiento de la información actúan de manera diferencial de acuerdo a la cronología de cada sujeto y de acuerdo a también a otros grupos de aspectos diversos.



Capítulo VI.

Factores relacionados con la Depresión.

Este capítulo aborda las generalidades de algunos factores que son relacionados comunmente con la depresión y como es que la agudizan o actúan en el proceso de la enfermedad.

Alcohol

Es vasta actualmente, la información de las consecuencias biológicas y psicológicas que sobre el alcohol y otras sustancias nocivas para la salud se tiene. Buela y Caballo (1991), definen al alcohólico clínico, como una persona con una conducta prioritaria del uso de bebidas alcohólicas, que en general, con excepciones, tiene una edad superior a los 30 años. A pesar de que en la intimidad de su hogar sea detectado la alteración conductual familiar, el riesgo de la modificación negativa de su actividad profesional y también de las relaciones sociales, con o sin manifestación de la salud física, el alcohólico sigue con su conducta de relación con sus bebidas alcohólicas. Mencionan también que en el alcohólico es necesario conocer que conjunto de conductas distorsionadas y de comportamientos complejos alterados no lo son, necesariamente por la intoxicación aguda en grado de embriaguez patente, a lo largo del proceso de la modificación de las conductas socialmente eficientes.



En muchas ocasiones la embriaguez no es la manifestación básica o primaria, del síndrome de dependencia alcohólica en los países vitivinícolas de la Europa del Sur. Evidentemente las manifestaciones de alteración precoces de la salud física en órganos y sistemas, que pueden objetivarse con diferentes análisis clínico biológicos o sospecharse en manifestaciones de organicidad de múltiple presentación, pueden servir de orientación en el diagnóstico no sólo de la enfermedad del órgano o sistema afectado (hepatopatías, gastropatía, miocardiopatía, neuropatía periférica, etcétera) sino del síndrome de dependencia o enfermedad alcohólica primaria.

Al existir un síndrome, existen un conjunto de síntomas en el alcohólico, de entre los cuales, no se escapan los depresivos. Petty (1992), afirma que el alcoholismo y el desorden depresivo mayor son entidades clínicamente distintas. Ellas no tienen diferentes expresiones de la misma condición subyacente. Cuando el alcoholismo es raramente una consecuencia de la depresión, algunos alcohólicos pueden desarrollar síntomas depresivos o todo el síndrome de desorden depresivo mayor, en la evaluación de la conducta alcohólica. De acuerdo al autor, el porcentaje de alcohólicos que sufren depresión mayor y que requieren hospitalización fluctúa entre el 10 y el 30 por ciento y que es la mujer bebedora más gustada para la aparición del síndrome. También es necesario tomar en cuenta el alcoholismo como enfermedad transmitida, la historia familiar es un factor de riesgo importante. El abuso del alcohol facilita la aparición del desorden depresivo. La intoxicación en el cerebro depresivo crea modos disfóricos e ideación suicida, de la misma manera que los estimulantes, la cocaína u otras anfetaminas. Este modelo es



completamente distinto al establecido con la aparición única de depresión donde no existen evidencias de abuso de este tipo de sustancias.

Larson, (1993), opina que son cada vez más los alcohólicos que son tratados por depresión, y que son diversos los factores que la originan (ejemplo: la disolución del vínculo matrimonial, el desempleo, etcétera). Del mismo modo el autor ofrece 7 claves para distinguir depresión en el alcohólico.

- 1.- Reducción neurotransmisora.*
- 2.- Ineficaz o mal funcionamiento de la próstata.*
- 3.- Deficiencia de minerales y vitaminas.*
- 4.- Hipotiroidismo*
- 5.- Hipoglucemia*
- 6.- Alergias químicas en la comida.*
- 7.- Y un complejo rendimiento severo.*

La reducción neurotransmisora es un aspecto relevante en la persona que sufre de alcoholismo. Larson (1993), opina que los neurotransmisores, como se revisó ya en capítulos anteriores, como todo cambio químico facilita la comunicación entre las células cerebrales. Estas sustancias son las responsables de gobernar las emociones, memoria y las diversas manifestaciones conductuales así como el sueño y las habilidades de aprendizaje. Los neurotransmisores son manufacturados en el cerebro por los aminoácidos que dependen a su vez de la selección en la alimentación. Su suministro depende enteramente de la presencia de estos aminoácidos precursores. El alcohol destruye estos precursores esenciales por lo cual hacen parecer al alcohólico como emocionalmente desordenado y depresivo, sin una conversión adecuada de estos aminoácidos los neurotransmisores no se están



produciendo en cantidades suficientes, en pocas palabras estas deficiencias son causas de síntomas emocionales de entre los cuáles la depresión es el más importante. Ahora bien, de los 2 principales neurotransmisores involucrados en la depresión mayor, destacan la serotonina (convertida del aminoácido triptofano) y la norepinefrina (convertida del aminoácido fenilalanina). El autor sugiere que la persona puede hacer reversible la depresión si toma diariamente suplementos de aminoácidos y que los síntomas son capaces de determinar que tipo de aminoácido se puede tomar: El triptofan si los síntomas son de problemas relacionados con el sueño, ansiedad o irritabilidad, la tirosina o la fenilalanina si los síntomas son letargia, fatiga, hipersomnia o sentimientos de inmovilidad.

Como puede apreciarse esta propuesta es de origen farmacológico, sólo que la explicación está combinada también con elementos de origen natural; tal es el caso de las vitaminas. Por ejemplo el autor menciona que de acuerdo a los síntomas se puede tomar 2 gramos de triptofan por la noche combinados con 125 miligramos de vitamina B6, tres veces al día- y que esto puede restaurar los síntomas depresivos normales en 4 semanas. Aunque claro bajo supervisión médica

Por otra parte, la función de la próstata está considerada como otra causa bioquímica de la depresión, si es que ésta es considerada como una inhabilidad genética para manufacturar suficiente glándula PGEI, un metabolismo importante del cerebro derivado de gruesos ácidos esenciales. El problema resulta de una deficiencia innata en omega 6 (ácido grueso esencial (EFA). El alcohol estimula temporalmente la producción de PGEI y lleva a la depresión Si esta ha sido la causa desde la niñez temprana, el alcohol puede



parecer una salida a este tipo de sentimiento, aunque sólo sea por un período corto de tiempo. Cuando se ha suspendido la ingesta de alcohol los niveles del PGEI, caen de nuevo y la depresión retorna, haciéndolo también la bebida.

Ahora bien, también los complejos vitamínicos tienen influencia depresiva en los alcohólicos. El mismo autor enfatiza que las vitaminas al entrar en el metabolismo de los bebedores son destruidas ocasionando sus consiguientes deficiencias: Depresión, irritabilidad y desórdenes neurológicos y cardíacos (vitamina B1). Algunos pacientes psiquiátricos al ser estudiados han demostrado deficiencias en vitamina B2. Ansiedad, depresión, aprehensión y fatiga (B3). La vitamina B5 por su parte, es responsable de los cambios químicos en el cerebro (acetilcolina), la cuál combinada puede prevenir algunos tipos de depresión. La vitamina B6, puede interrumpir la formación de neurotransmisores. La vitamina C, por último causa depresión crónica, fatiga y algunas enfermedades mentales.

Los minerales también cumplen una función similar en el organismo del bebedor, tal es el caso del Zinc, Magnesio y Calcio entre otros. El Potasio y sus decrementos en los niveles cerebrales produce estados emocionales severos. La aparición de otras enfermedades crónicas como el hipotiroidismo y la hipoglucemia se han asociado también a la depresión, por la sintomatología que representan que aunada al estrés y otros conflictos intra e interpersonales buscan en el alcohol la huida a la situación de afrontamiento.

Finalmente Greist, Jefferson y Spitzer (1993), contemplan que dependiendo de la etiología, la dependencia al alcohol, coexiste con los llamados trastornos del estado de ánimo. Tanto los pacientes con un trastorno depresivo mayor como los que sufren un trastorno bipolar I pueden cumplir



criterios para un trastorno relacionados con el alcohol. Los datos disponibles indican que la dependencia de esta sustancia en las mujeres va más asociada a una depresión coexistente que en el caso de los hombres. Por el contrario, los datos familiares y genéticos referentes a los hombres que presentan tanto como un trastorno del estado de ánimo como un trastorno del alcohol señalan que es probable que sufran dos procesos patológicos distintos.

Otras sustancias tóxicas que producen depresión.

De acuerdo a la diversa literatura sobre las distintas clasificaciones que de la droga se han realizado, todas coinciden en que el abuso de este tipo de sustancias puede haber precipitado un episodio de la enfermedad depresiva, o por el contrario, el consumo de estas sustancias puede responder al intento del paciente por tratar su enfermedad. Algunos autores señalan que los pacientes llamados maníacos raramente utilizan sedantes para reducir su euforia, los pacientes deprimidos a menudo utilizan estimulantes como la cocaína o las anfetaminas, para aliviar su depresión.

Buela y Caballo (1992), comentan que el consumo de drogas en nuestro país incrementó en la década de los setentas y que este se ha convertido en uno de los principales problemas a los que la sociedad se enfrenta. Esto provoca a nivel social, una gran preocupación totalmente justificada. Las toxicodependencias se han convertido en un fenómeno social por la interrelación de variables de muy distinto signo que tienen que ver con lo económico, lo social y lo cultural, así como las características individuales y microsociales de los consumidores.



Tesis sobre la Depresión

A continuación se ofrece un panorama del problema basado en datos oficiales expuestos en el Plan Nacional Sobre Drogas, en los que a las principales drogas se refiere:

Alcohol.....	1 900 000	a	2 300 000
Cocaína.....	60 000	a	80 000
Heroína.....	80 000	a	125 000
Anfetaminas.....	350 000	a	500 000
Inhalables.....	18 000	a	21 000
Cannabis.....	1 200 000	a	1 800 000

Es notorio que el índice más elevado de toxicomanos es el grupo perteneciente al alcohol, seguido por el grupo perteneciente al consumo de cannabis.

Caballo, Buela y Carrobles (1995), mencionan que se tienen registros de que el cannabis fue utilizado como analgésico y antidepresivo en la China y en Asia central en tiempos tan lejanos como 3000 a.C. Actualmente los riesgos de la droga son gravísimos. El grado en que dañan al individuo depende de 3 factores, el primero que es de índole farmacológica, está relacionada con la forma directa de como participa e interviene en las reacciones corporales y el modo en que se vuelve necesaria en ellas. La segunda que se refiere a la psicología del adicto y la tercera sociológica, que se refiere a las pautas culturales que rodean a la droga en una sociedad o grupo étnico en particular.

Lo relevante en esta cuestión es apreciar que la depresión aquí ya no forma un sólo estado patológico, si no que ya es acompañado por otra



Tesina sobre la Depresión

patología, en estos casos resulta más difícil la medicación, ya no se recetan antidepresivos, sino antipsicóticos. Mucho se ha hablado de que los desórdenes en el abuso de sustancias frecuentemente coexisten con la depresión. Su uso puede ser discontinuado en orden para clarificar el diagnóstico y maximizar los efectos de la intervención psiquiátrica. Tratamientos adicionales son necesarios si la depresión continua después que la sustancia y sus efectos fueron retirados.

Cualquiera que sea su etiología, la depresión es un estado patológico de merecida consideración. Como se ha observado, en el caso del alcohol y otras drogas éstas son autoadministradas por así encontrar una salida aunque sea pasajera al sentimiento de impotencia para modificar el presente. O inversamente el consumo de estas sustancias pueden desencadenar después de un tiempo estados depresivos. Las causas que motivan a ingerir drogas son atípicas, ya sea por problemas familiares, problemas de pareja, en el adolescente por ejemplo las sustancias ejercen un significado importante, en la medida que le ayudan a quizás no sentirse tan sólo (si es el caso), o consumirla como medio de integración a su grupo de amigos o a su grupo social. No obstante si simultáneamente aparecen depresión y dependencia o abuso a algún otro tipo de sustancias, el problema es harto complejo, puede llevar al individuo a un estado de absoluta desesperanza y si la depresión tarda en rehabilitarse o es muy prolongada más ardua será todavía la labor que implique el desprenderse tanto de la adicción como de la enfermedad depresiva.

Otros factores relacionados con la Depresión.

Se han elegido los siguientes rubros para definir de manera general la personalidad depresiva, hasta ahora se ha mencionado la nosología en



entidades que implican todo un contexto, no así de forma individual. Los pensamientos, los trastornos del sueño, el apetito y la conducta sexual representan algunos caracteres de este tipo de conducta. Asimismo la depresión enmascarada define otro término que se utiliza en forma de engaño para uno mismo, al no aceptar que se está atravesando por una crisis que requiere solución.

Pensamientos

Las personas depresivas concretamente enfocan sus pensamientos en sentidos de autoreproche, culpa excesiva y ante todo una regresión absoluta de aquello en lo que se falló, o aquello que se perdió. En el tipo de depresión que abordamos aquí, que es de etiología neurótica en el sentido de que es aquella en la que no se presentan síntomas psicóticos y que en la medida de que se trata reestablecer el nivel de vida anterior a la crisis, se da un tratamiento más suave que es posible subsanar con la modificación del pensamiento y con auxilio de técnicas conductuales y cognitivas, entonces podemos hablar del modelo de Beck acerca de las cogniciones del paciente depresivo. El ofrece un marco general que sustenta este rubro.

Indecisión.

A menudo, comenta Beck (1986), la persona deprimida tiene dificultad para tomar decisiones, considera que la familia, su trabajo o las situaciones exteriores son la causa de su depresión y por lo consiguiente; si abandona la situación problemática su depresión desaparecerá. Otro problema resulta del enfrentar situaciones nuevas, de las cuales tal vez no quede satisfecho. El



autor considera que por esta razón no es conveniente tomar decisiones cuando se está deprimido, y que las decisiones importantes pueden posponerse sin consecuencias negativas. Por supuesto si la decisión es irreversible, entonces se analizarán las ventajas y desventajas de la situación para encontrar la opción más idónea. Generalmente las personas deprimidas creen que deben tener certeza absoluta sobre su decisión, para lo cual deberán indagar con ayuda profesional que esto es algo utópico, porque nada se sabe con exactitud y si no se arriesga el intentarlo, mucho menos.

Percibir los problemas como abrumadores.

Este apartado se enfoca en la fórmula que el paciente hace del mundo que lo rodea. No jerarquizar, en el sentido que cree que debe resolver todos los problemas o que tiene una influencia directa en ellos. Muchos pacientes se ven agobiados por los problemas, porque exageran las dificultades y minimizan la posibilidad de rectificar; en consecuencia, permanecen inactivos. El autor sugiere que el mero intento de hacer las cosas representa éxitos parciales.

Autocrítica.

Como la mayoría de las personas, el sujeto depresivo busca la solución de sus problemas. Según su idea de causalidad, el depresivo tiende a interpretar cualquier deficiencia suya como la causa de sus problemas psicológicos. Muchas veces esta tendencia se ve apoyada por alguna de las personas significativas, que afirman que el paciente - podría mejorar si quisiera- Los pacientes con una depresión grave llevan la noción de causalidad hasta extremos aparentemente absurdos.

***Pensamiento absolutista (todo-nada).***

Beck sugiere que las alteraciones del pensamiento que se dan en la depresión pueden analizarse en términos de modos primitivos de organizar la realidad contra modos maduros de organizar la realidad. Los individuos depresivos tienden a hacer juicios categóricos y los significados que atribuyen a sus experiencias suelen ser extremos, unidimensionales y absolutistas. Un modo más duro de pensamiento conceptualiza las situaciones según más dimensiones, emplea términos más bien cuantitativos que cualitativos y aplica pautas relativas y no absolutas. Además, los individuos depresivos tienden a percibir las consecuencias negativas como irreversibles.

Problemas de memoria y dificultad para concentrarse.

Por último se habla de estos dos factores porque suelen estar interrelacionados, la información inmediatamente vista no se recuerda, no porque no se tenga la capacidad nemotécnica necesaria, sino porque, el sujeto no se encuentra concentrado en su tarea. La fijación de la atención no se da, porque en ese momento los objetos o las situaciones presentes; no son los materiales de interés para la persona, ya que lo que éste hace es, darle vuelta a sus problemas.

Trastornos del sueño

Las perturbaciones del sueño son uno de los síntomas más acusados de la depresión. Frecuentemente las personas deprimidas cuentan con esta



alteración fisiológica, de entre las cuales se destaca; problemas para conciliar el sueño, las interrupciones frecuentes del mismo y despertar demasiado temprano por la mañana. Por regla general el paciente recupera su patrón normal del sueño cuando desaparezca la depresión. El autor enfatiza, que estos individuos por lo general exageran sus afirmaciones, ya que después de mencionar que durante la noche “no pegaron el ojo para nada”, seguramente si durmieron algunas horas, pero sustentan la creencia de que deben dormir más que las otras personas, porque están agobiadas después de no dormir, según ellos nada. El pensamiento de gravedad por no poder dormir nada, puede empeorar la situación de insomnio, lo cuál es conveniente aclarar, ya que el cuerpo por sí mismo se rinde ante el cansancio. No obstante son aconsejables el típico vaso de leche tibia antes de dormir, la ingesta de té debe ser controlada, asimismo el rechazo de la cafeína y cualquier anfetamina que sólo empeorarán el problema. A pesar de esto si el paciente no ha logrado dormir, sugiere el autor que es mejor que se levante y emprenda alguna actividad de interés

Alteraciones sexuales y del apetito

La pérdida del apetito y la pérdida sexual son, con frecuencia, los primeros signos de la depresión. Ambos síntomas parecen ser manifestaciones de la pérdida del placer generalizada que experimenta el paciente en relación con cualquier actividad. A medida que la depresión va desapareciendo, retoman el apetito y el interés sexual. El mero hecho de decirle al paciente puede resultar útil.



La pérdida del apetito o del interés sexual no suelen preocupar demasiado al paciente. Por esta razón, estos síntomas no suelen ser objetivo de cambio. Cuando adquieren el peso o la gravedad suficiente para convertirse en síntomas objetivo, puede resultar útil hacer ejercicios de participación con todas las modalidades sensoriales posibles. El terapeuta debe estar alerta por si el paciente se limita demasiado a una sola modalidad sensorial. Esto puede hacer que se “atrofie” por otras vías modalidades.

Algunos pacientes comen en exceso, llegando a engordar bastante, al comienzo de la depresión y adelgazan cuando la depresión se agudiza. A los pacientes les suele preocupar el engordar. Dado que seguir un régimen de adelgazamiento es muy difícil y costoso para un paciente depresivo, el objetivo primordial es que el paciente mantenga un peso estable y deje de engordar. Cuando comience a sentirse mejor, podrá seguir un régimen alimenticio

Depresión enmascarada

Este término suele ser utilizado en los casos en que la depresión no es conceptualizada como tal y aparece disfrazada en forma de dolores corporales, o de cabeza (cefalea tensional).

Para finalizar el capítulo y en forma de comentario, se considera que los amplios esfuerzos de la investigación a lo largo de las últimas décadas han conducido a numerosos avances en la evaluación y tratamientos de los llamados trastornos del estado de ánimo, de entre los cuales la depresión ocupa el enfoque de interés en este trabajo. El alcohol y otras drogas son factores importantes en el transcurso de la depresión, ya sea porque la agudizan o la



presentan como consecuencia de este tipo de conductas. Está demás mencionar la manera como estas disminuyen la capacidad cerebral de los sujetos en términos de neurotransmisión bioquímica. Además de que pueden inducir a la locura si existe la evidencia de una alteración mental en términos de trastornos de conducta. El sueño, el apetito, y la conducta sexual en el depresivo representan una forma atípica de comportamiento, todo se altera, lo grave es cuando se llega a lo intolerable y se pone en peligro la vida del paciente. Es por esta razón que ninguna alteración conductual debe dejarse de lado y ser atendida antes de la manifestación de otra conducta más compleja.

Ahora bien, en relación a esto, las estadísticas demuestran que es la mujer, la que experimenta síntomas más atípicos de la depresión. Más ansiedad y más distimia que el resto de la población en general, en especial la de los varones (Endicott, Weissman y Yonkers, 1997). El capítulo siguiente enfoca la depresión en uno y otro sexo.



Capítulo VII

Depresión en la mujer vs. Depresión en el hombre.

Handal (1995), indica que de un 2 a un 25 % de las mujeres sufren de algún tipo de depresión en algún tiempo de su vida. La diferencia en la tasa de ocurrencia de la depresión en las mujeres y en los hombres comienza en la adolescencia y al paso del tiempo esta diferencia comienza a ser más pronunciada. Las mujeres experimentan más depresión que los hombres entre los 18 y los 44 años de vida, y especialmente después de los 25 años de edad. Por alguna razón entre los 44 y los 65 años de edad, las diferencias de género son menos pronunciadas, pero después de los 65 años la mujer es más gustada para la depresión que el hombre y esta puede aparecer acompañada de otros síntomas tales como ansiedad, desórdenes del sueño y desórdenes alimenticios.

Una observación casi universal, independientemente del país o la cultura, es que el trastorno depresivo mayor es dos veces mayor en la mujer que en el hombre. Aunque se desconocen las razones de esta diferencia, la investigación ha mostrado claramente que la variación observada en los países occidentales, no se debe únicamente a una práctica diagnóstica socialmente sesgada. Se ha teorizado que las razones para que existan estas diferencias podrían ser factores hormonales, efectos de los partos en las mujeres, diferentes factores psicosociales para las mujeres y para los hombres, y



modelos conductuales de indefensión aprendida. En contraste con el trastorno depresivo mayor, para el trastorno bipolar 1, se observa la misma prevalencia para ambos sexos (Greist, Jefferson y Spitzer 1993).

Por otra parte Lipka y Giardina (1994), enfatizan que la enfermedad depresiva predomina en la mujer, por lo tanto, de los millones de recetas preescritas anualmente para antidepresivos, la mayor parte son para dicho sexo. La prevalencia de los trastornos depresivos en la mujer varía de 2 a 25 % y se relaciona con una significativa morbilidad. Durante la menopausia y los años de madurez (45 a 65 años), aproximadamente 3 % de las mujeres experimentan un episodio depresivo mayor. El 7% del índice global de trastornos depresivos en las mujeres es casi el doble que el de los varones. Entre las personas de edad avanzada, la prevalencia de la depresión es de 3.6% entre mujeres contra 1% en los varones. Es por ello que se habla de un efecto persistente del sexo con un riesgo de depresión dos o tres veces más elevado en el género femenino que en el masculino. Más aún, el riesgo abarca los aspectos cultural y familiar, con la posibilidad de que consanguíneos de primer grado de los pacientes con depresión la desarrollen dos o tres veces más. Las mismas autoras sugieren también algún tipo de respuesta diferencial al tratamiento antidepresivo en las mujeres por el funcionamiento de su metabolismo y las hormonas, así como también efectos cardiacos en las mismas.

Handal (1995), coincide con lo anterior al establecer que las diferencias en los niveles hormonales entre uno y otro sexo son factores dispomibles para la depresión. Tal es el caso de los ciclos menstruales y la depresión post-parto. El autor también argumenta que el tipo más gustado para



la depresión en mujeres casadas, es el de las jóvenes, por el cuidado que requieren los hijos. Además de la infidelidad o el divorcio, si es el caso, es también causa de esto, ya que por lo general son las madres las que se quedan con la custodia de los hijos.

Endicott, Weissman y Yonkers (1997), mencionan que el síndrome depresivo, se diagnostica en dos mujeres por cada hombre. En cuanto a la depresión mayor, los investigadores del área de captación epidemiológica en Estados Unidos notificaron un índice de mujer a hombre de 2.4 a 1, mientras que las cifras de la Encuesta Nacional de Comorbilidad son de 1.7 a 1 (Weissman, 1994). Son los mismos autores los que mencionan que pese a que las tasas y los índices han variado de un estudio a otro, la preponderancia de la depresión en las mujeres es constante en las diferentes culturas. La manifestación de la enfermedad en ambos sexos no es lo perfectamente clara, sin embargo las diferencias existen.

Kendler (1993), señala que la investigación enfatiza que los factores que predicen la depresión mayor en las mujeres son los genéticos, los acontecimientos que producen estrés, el antecedente de depresión mayor y la neurosis. Otros factores de riesgo mencionados por Yonkers (1995), son, la ausencia de un confidente, la escolaridad baja (por debajo de la educación secundaria), el hecho de tener niños pequeños en casa, no trabajar fuera del hogar, una vida conyugal inestable, los sentimientos de desesperanza y un trastorno de ansiedad comórbida o de somatización. La experiencia demuestra que, el trabajo fuera del hogar protege a algunas mujeres de la depresión, pero sólo si se le proporciona a la mujer un buen apoyo social. Cutler (1991),



comenta que algunos investigadores han argumentado que el abuso sexual en la niñez aumenta el riesgo de depresión y que puede incluso explicar algo de la mayor prevalencia en las mujeres. Por otra parte también se puede hablar de la nicotina como factor precipitante de la depresión o que ésta aumente cuando se ha dejado de fumar. Glassman (1993), afirma que en las mujeres que consumen cigarrillos y que tienen el antecedente de la depresión, parece estar más vinculado el tabaquismo y los síntomas de depresión. Y ya sea por casualidad o no, se sabe que las fumadoras son más ansiosas y depresivas que las no fumadoras. Para Weissman (1994), estos hallazgos indican que en algunas mujeres susceptibles, la nicotina funciona como un antidepresivo y que la supresión de la misma puede producir síntomas depresivos o incluso desencadenar un cuadro de depresión.

Con respecto a las últimas premisas; la mujer es más gustada para la depresión que los hombres. Las experiencias vividas en la infancia tienen una influencia importante en el presente, sin embargo podrían no ser ellas las elicitadoras de la depresión, tienen efecto a partir de que en el estado depresivo, todo lo malo del pasado se vuelve imperdonable para el paciente, pero ya una vez en la depresión. Desde la perspectiva cognitivo-conductual, son los eventos actuales lo que desencadenan dicho estado, algo está funcionando mal en el "ahora" que provoca la respuesta depresiva.

Por otra parte, las mujeres parecen ser más vulnerables al trastorno que los varones por diversas razones, de entre las cuales destacan una vida familiar insatisfactoria, infidelidad en el matrimonio o el divorcio. Además de cambios hormonales, la mujer o algunas mujeres se sienten



inferiores en su contexto social o matrimonial o que su trabajo a nivel profesional no es lo suficientemente valorado.



CONCLUSIONES

A lo largo de los capítulos que han conformado este trabajo, se ha observado que muchas personas experimentan en sus vidas extremos del sentimiento mientras que otras, de manera más estable, mantienen un equilibrio más predecible y deseable en sus estilos de vida. Cuando una persona cae en los extremos sentimentales puede estar deprimida. Una persona deprimida deforma su realidad reaccionando a una pérdida o amenaza de pérdida con mayor tristeza y durante más tiempo que lo haría la mayoría de las personas, su vida es desvelo interminable. Cuando se cae en una depresión las personas se quejan de ciertas incapacidades para concentrarse, falta de confianza en sí mismos, insomnio, alteraciones sexuales y alteraciones del apetito entre otras causas, principalmente un humor abatido y salud precaria. Reconocen abiertamente su tristeza pero exageran su importancia tomándola como mortal para su propia seguridad personal. En muchos casos hay poca correspondencia entre la realidad objetiva y la sintomatología que presentan, que muy a menudo corresponde a una evaluación subjetiva de su estado de ánimo.

El término depresivo, puede ser visto como un síntoma, incluido dentro de otros como un síndrome, es decir un conjunto de síntomas que pertenecen a una enfermedad. El síntoma principal del síndrome depresivo es la tristeza, a la que se enlazan otros síntomas. La depresión clínica es un problema mental serio que afecta a la persona en su totalidad, se desconocen todas las causas



Tesis sobre la Depresión

que la producen, sin embargo se ha encontrado que entre las principales destacan las de origen biológico, genético y emocional. Factores que deberán ser tomados en cuenta dentro del historial clínico de todo paciente que presente este tipo de alteración conductual, o en cualquier otro que en un futuro pueda desarrollar la enfermedad.

La descripción del síndrome ha sido estudiado desde la antigüedad, no obstante la tristeza, la incapacidad para experimentar placer y desesperación profundas van muy relacionadas a los conceptos contemporáneos de las aproximaciones psicológicas que se han dedicado a abordar el problema. No obstante lo que sí ha variado significativamente en su clasificación y tratamiento en los últimos años. Por ejemplo; la llamada depresión neurótica hoy día es clasificada por el DSM-IV, como trastorno distímico, de igual forma, hoy se conoce que las depresiones de tipo endógenas (causadas por la propia naturaleza del individuo), tienen un fuerte componente exterior, en la medida que son influenciadas por algún evento social externo. Por su parte la manía, no es considerada actualmente, como propia de la depresión psicótica, sino que en un nivel o grado menos agudo, es decir de menor intensidad, se le conoce como ciclotomía. Además el sistema de clasificación estadounidense más reciente sobre los trastornos mentales el DSM-IV, ha clasificado a la depresión dentro de los llamados trastornos afectivos que han venido a desplazar el viejo concepto de los llamados trastornos del estado de ánimo. El DSM-IV, también refleja un enfoque descriptivo de la clasificación, incluyendo criterios operacionalizables con el fin de ayudar a desarrollar un sistema válido y objetivo para diagnosticar a los pacientes, es por ello que resulta de vital



importancia para realizar investigaciones cuyo objeto sea el encontrar muestras más homogéneas de pacientes depresivos (Caballo, Buela y Carrobles, 1995).

De esta manera se tiene que al igual que las clasificaciones, las teorías que explican el origen del trastorno también se han venido modificando. La mayoría de las teorías psicológicas recurren a la interacción del estrés de la vida y la respuesta típica o atípica de la persona ante la adversidad de este tipo de eventos. El enfoque psicoanalítico sostiene las bases de la enfermedad en la llamada pérdida del objeto, mientras que la teoría de los sistemas centra la depresión como una enfermedad perteneciente a un todo, integrante de un sistema que al ser afectado un elemento, todo el sistema, que en este caso es la familia, se tambalea si uno de sus integrantes no se interrelaciona adecuadamente con los otros. Los modelos conductuales y cognitivos de la depresión van más allá de los riesgos asociados a estos acontecimientos, al plantear relaciones entre la vulnerabilidad de estos antecedentes (actitudes disfuncionales) y las perturbaciones del estado de ánimo persistentes (pérdidas de reforzadores, aislamiento social, etcétera). Estos modelos ofrecen más atención a conductas no observables (ejemplo: introyección o impulsos masoquistas) y se enfocan en aspectos más fácilmente evaluables del afecto, la conducta y la cognición.

Caballo, Buela y Carrobles (1995), sugieren que es más correcto considerar a los modelos cognitivos y conductuales como marcos distintos pero solapados, para comprender la etiología, psicopatología y tratamiento psicológico de la depresión. Quizá el modelo de Beck, sea el más aceptado para explicar la depresión, el término cognitivo se refiere al contenido, proceso y estructura de la percepción, del pensamiento y de las representaciones



mentales. El contenido cognitivo se refiere al significado personal de los pensamientos e imágenes espontáneas que pasan por el pensamiento de las personas. Los terapeutas cognitivos suponen que la forma en que la gente piensa y percibe su mundo tiene una influencia importante sobre la manera como se sienten. Los individuos pueden reaccionar de manera diferente ante el mismo acontecimiento debido a la interpretación que de él hacen, también diferente.

No todos los aspectos del modelo cognitivo de la depresión han recibido un apoyo empírico firme. Las hipótesis relativas a la vulnerabilidad de los esquemas y el papel que las cogniciones desempeñan en la etiología, son los dos elementos que menor apoyo han recibido, ya que el enfoque radica que los sistemas depresivos pueden ser subsanados mediante la intervención en los niveles cognitivo, conductual o afectivo.

Con respecto a las teorías de tipo biológico, se puede comentar que a medida que aumenta el conocimiento sobre la regulación de los neurotransmisores a nivel cerebral, más sofisticadas se vuelven. El modelo médico a través de la terapia antidepresiva mejora los síntomas más agudos de la enfermedad (llamados por los psiquiatras, síntomas vegetativos de entre los cuales destacan; regulación del sueño, del apetito y el estado de tristeza que en algunos casos puede suscitar ideación suicida), pero no las bases que sustentan el trastorno, ocasionando muy probablemente que en un futuro próximo (si las condiciones ambientales son de alto riesgo) pueda resurgir con mayor intensidad. Además de que se evidencian datos que demuestran que las terapias o psicoterapias a corto plazo, resultan ser más idóneas para aquellos casos más severos de la enfermedad. Por esta razón los clínicos a menudo prefieren la



estrategia del tratamiento combinado, es decir, si las características del paciente lo permiten, y el clínico ha podido observar que es lo que se requiere. Se le administra al paciente su medicación tricíclica, simultáneamente con su terapia de tipo psicológico. Cabe mencionar, que por ningún motivo el clínico se encuentra en condiciones de retirar cualquier fármaco, sin prescripción médica, ya que los costos podrían ser mortales. Y si por el contrario se encuentra que tiene una remisión pero no completa al tratamiento, entonces también podría ser buen candidato para otro tipo de terapia como la cognitiva, tal y como lo demuestran las aplicaciones que la terapia cognitivo-conductual ha tenido al trabajar, ya sea tanto en la medicación como en la terapia como elemento único..

En otras direcciones la terapia cognitivo conductual ha demostrado ser óptima, lo mismo en conflictos de parejas, niños, adolescentes y ancianos, al poner muy de manifiesto aspectos tales como la auto-estima y el disfrute de eventos placenteros. Los estudios con niños han demostrado que la depresión es un proceso aprendido de hijos a padres, y que la evidencia de esta enfermedad, en el historial familiar representa un factor de alto riesgo de transmisión, aunado a fuertes conflictos existenciales en niños y adolescentes. La falta de auto-estima, y sobre todo la soledad, así como la falta de comunicación son ventanas abiertas a la depresión en este tipo de población que en sus casos más severos puede pensar en el suicidio como única alternativa a su estado de agobio. Es esta una de las principales razones que pone de manifiesto, la importancia que ostenta la interacción, más particularmente la calidad de la interacción de los padres hacia sus hijos. Y del ambiente familiar en general. La niñez, que debería ser la etapa más feliz de la



vida se ve involucrada en la depresión de los padres, como consecuencia entre otras cosas; por problemas de pareja, pérdidas importantes en la familia de gran significado para el niño, o simplemente imitando la conducta de los padres de enojo o tristeza. La literatura deja ver que el síntoma depresivo en los niños puede llegar a presentarse con la misma intensidad, que como se presenta en la edad adulta, incluso en el tratamiento con prescripción de recetas antidepressivas aunque no haya un sentimiento conciente del malestar, así que puede ser representado con dolores de cabeza, o lo más común, problemas escolares, así como malestar general o un exceso de actividad motora si no es que talvés con un aislamiento social importante.

Las observaciones con parejas de matrimonios reportan, que la depresión es más común en las mujeres que en los varones, algunas explicaciones hacen referencia a factores hormonales, incluyendo el uso de sustitución hormonal y de anticonceptivos orales, así como los efectos del ciclo menstrual y de la menopausia. Diferentes factores sociales y económicos que imponen diferentes tipos de estrés y producen experiencias adversas diferentes para las mujeres y los hombres. Cambios impresionantes en las funciones de las mujeres y expansión de estas funciones en el transcurso de este siglo. Y finalmente el riesgo de predisposición familiar, de depresión bipolar o unipolar sufrida por alguno de los dos padres o en otro pariente biológico cercano. Ahora bien, por otra parte la respuesta del compañero ante la posible crisis depresiva de la compañera o esposa puede tener matices diferentes, de acuerdo al tiempo de permanencia del trastorno. Algunos autores enfatizan que la conducta depresiva del (a) compañera disminuye o extingue la conducta agresiva del compañero por un tiempo breve, a largo plazo este efecto se va debilitando. La mujer por



Tesina sobre la Depresión

sus valores tan arraigados en la sociedad se ve más expuesta a contraer la enfermedad, su lugar dentro del núcleo familiar es de significativa importancia y aún cuando en la actualidad su papel es más sobresaliente en diversos ámbitos, aún queda mucho por hacer.. El varón también experimenta depresión, sólo que no se atreve abiertamente a expresar sus sentimientos, porque a nivel cultural el hombre no se queja. El alcohol suele ser una salida a estos malestares. Es frecuente que un deprimido que bebe en exceso presente un aumento de su sintomatología, o si no ingiere el etanol, sienta el deseo de beber. Es necesario por tanto, que el médico general y el especialista tengan presente la interrelación entre la ingestión excesiva de alcohol y los cambios del humor de la tonalidad depresiva.

Finalmente no queda más que comentar, acerca de la función que la prevención tiene como herramienta de trabajo para disminuir la incidencia de la enfermedad, es por ello que se cita al estrés cotidiano como uno de los factores de alto riesgo que de no poderse controlar, pueden llegar a ocasionar problemas serios en el individuo. El tener un ritmo muy acelerado de actividades laborales por ejemplo; ocasiona además de estados extremos de nerviosismo y enojo, enfermedades de tipo cardiovascular que pueden ser prevenidas. Por otra parte, si el sujeto en su ámbito personal carece de ambiciones también es un candidato idóneo para la depresión, o inversamente si se fija metas inalcanzables o poco realistas es muy probable también que se deprima. Se ha observado que cuando las personas ya mayores llegan a la etapa del nido vacío, pueden llegar a experimentar sentimientos de desesperanza o frustración, ya que en la juventud abandonaron sus actividades gratificantes para cederles el tiempo a los esposos o a los hijos. Es por ello, que ya sea jóvenes o adultos



Tesina sobre la Depresión

mayores deberán reflexionar acerca de su desarrollo psicológico y alimentar más su ego y auto-estimas, para prevenir depresiones futuras



A N E X O S

**Tabla 1. Antidepresivos Farmacoterapéuticos.****Antidepresores Tricíclicos**

Imipramina	Rango Terapeutico Contraindicaciones Efectos adversos	De 150 a 300 mg. Anorexia , Taquicardia , disturbios en la velocidad de conduccion del corazon Induccion de mania , sueño excesivo , efecto de atropinia , hipertension
Amitriptilina	Rango Terapéutico Contraindicaciones Efectos adversos	De 150 a 300 mg. Obesidad fatiga, problemas en la velocidad de conducción del corazón, problemas renales. Promoción de manía, temblor moderado y síntomas depresivos peores.
Desipramina	Rango Terapéutico Contraindicaciones Efectos adversos	De 150 a 300 mg Problemas renales, taquicardía y problemas del corazón Insomnio
Nortriptilina	Rango Terapéutico Contraindicaciones Efectos adversos	De 50 a 150 mg. Problemas renales, cardiacos, taquicardia. Salpullido, manía, hipertensión, en la conducción del corazón, temblor,lado atropinico, síntomas peores de Presión
Doxepin	RangoTerapéutico Contraindicacione	De 150 a 300 mg. Obesidad, hipersomnia, problemas renales. Problemas en la velocidad de conducción del corazón.

*Tesina sobre la Depresión*

	Efectos adversos	Efectos atropinicos, hipertensión temblor moderado, empeoramiento de síntomas depresivos, salpullido
Protriptilina	Rango Terapéutico Contraindicaciones Efectos adversos	De 15 a 60 mg Taquicardia, problemas renales Ventana Terapéutica, dosis graves temblor, manía, salpullido, hipertensión. problemas en la velocidad de conducción del corazón.
Trimipramina	Rango Terapéutico	De 150 a 300 mg.
Clomipramina	Rango Terapéutico	De 75 a 400 mg
Maprotilina	Rango Terapéutico	De 150 a 200 mg

Tabla 2. Antidepresores inhibidores de la Manoaminoxidasa

Fenilcina	Rango Terapéutico Contraindicaciones Efectos Adversos	De 45 a 90 mg. No alternable con otros alimentos ni alcohol Hipertensión grave.
Izocarboxacida	Rango Terapéutico Contraindicaciones Efectos Adversos	De 30 a 60 mg. No alternable con Alcohol y otros alimentos Hipertensión grave, sedación, insomnio, estimulación diurna calambres musculares, punzadas mioclónicas y reacciones hiper-pireticas
Tranilcipromina	Rango Terapéutico Contraindicaciones Efectos Adversos	De 30 a 50 mg. Alcohol y otros alimentos Hipertensión grave, sedación, insomnio, estimulación diurna, calambres

*Tesina sobre la Depresión*

		musculares, punzadas mioclónicas y reacciones hiperpireticas
--	--	--

Tabla 3. Otros antipresores diversos.

Amoxapina	Rango Terapéutico	De 150 a 450 mg.
Trazodona	Rango Terapéutico	De 150 a 300 mg.
Bupropión	Rango Terapéutico	De 200 a 450 mg.
Fluoxetina	Rango Terapéutico	De 10 a 40 mg.

Tabla 4. Antidepresores Estabilizadores del estado de ánimo.

Carbamacepina	Rango Terapeutico	De 600 a 1200 mg.
Carbonato de Litio	Rango Terapeutico	De 600 a 2400 mg.
Acido Valproico	Rango Terapeutico	De 750 a 3000 mg.

**BIBLIOGRAFIA**

Adler, T. (1992), en Zeiss, A. M. y Steinmetz, J. B. Treatment of Late life Depression: A Response to the NIH Consensus Conference, *Behavior Therapy*, 28, pp. 3-11.

Ayuso, G Y Carulla, L. (1992), *Manual de Psiquiatría*, España-McGraw-Hill.

Antonuccio, P. (1995), Lewinsohn, P. M. (1986), en Depression in Case Primary, 1. <http://text.nlm.nih.gov:80/ahcpr/dep/www/dep2ctxt.html>

Arkoff, D. Y Glass, N. (1982), Tratamiento Cognitivo Conductual de la Depresión: El modelo de Beck en G. C. Buela y V. E. Caballo (eds). *Manual de Psicología Clínica Aplicada*, Madrid: Siglo Veintiuno.

Beach, S. R. H. y O'Leary. K. D. (1992). Treating Depression in the Context of Marital Discord: Outcome and Predictors of Response of Marital Therapy Versus Cognitive Therapy, *Behavior Therapy*, 23, pp. 507-528.

Beck, T. A. (1986). La Depresión, en Davison. *Psicología de la Anormalidad*, México: Limusa.

Beck, A. T, Rush, A. J, Shaw, F. B. y Emery, G. (1983), *Terapia Cognitiva de la Depresión*, Bilbao: Descleé de Brouwer.

Beck, A. T, Resnik, y Lettieri, (1974). El papel de las emociones en la Terapia Cognitiva en A. T. Beck, *Terapia Cognitiva de la Depresión*, Bilbao: Desclee de Brouwer.

Beck, A. T, Weissman, Lester y Trexler 1974, en Depression in Primary Care: <http://text.nlm.nih.gov:80/ahcpr/dep/www/dep2ctxt.html>

Beck, A. T. (1978), *Depression Inventory*. Philadelphia: Center for Cognitive Therapy.



Beck, A. T. (1991), Reestructuración Cognitiva en V. E. Caballo, *Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta*, Madrid: Siglo Veintiuno.

Berrios, H. (1988), Trastornos Depresivos en R. J. Vallejo. *Introducción a la Psicopatología y Psiquiatría*. México Salvat

Bleichmar (1991), en Deren, D.M. Wing of Madness: Clinical Depression Self-Screening Test. <http://members.aol.com/depress/screen.htm>.

Boscolo. L, Cecchin. G, Hoffinan. L, y Penn P. (1989), *Terapia Familiar Sistémica de Milán*, Argentina: Amorrourtu

Brage, D. y Meredith. William, (1993). A Causal Model of Adolescent Depression, 4, pp.455-468

Brumback, R. A, Esmilie, G. J., Harper, C. R. Weinberg, W. A. (1996), en Depression and Other Affective Illnesses as a Cause of School Failure and Maladaptation in Learning Disabled Children, Adolescents and Young Adults. <http://www.Idanatl.org/articles/seab/weinberg/>

Buela, C.G y Caballo. V. E, (1991), *Manual de Psicología Clínica y Aplicada*, España: Siglo Veintiuno

Caballo. V. E., Buela, C. G. Carrobles. J A. (1995), *Manual de Psicopatología y Trastornos Psiquiátricos*, México-España: Siglo Veintiuno.

Caballo, V. E.y Buela, C. G (1991). *Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta*, Madrid: Siglo Veintiuno.

Calderón, G. N. (1990), *Depresión*, México: Trillas

Cameron., N, (1982), *Desarrollo y Psicopatología de la Personalidad*, México: Trillas.

Campbell, S B., Cohon, J. F. y Meyers (1995),. Depression in First-Time Mother-Infant Interaction and Depression Chronicity. *Developmental Psychology*, 3, pp. 349-357.



Clark, G., Hops, Lewinsohn., y Andrews, J.(1992). Cognitive -Behavioral Group Treatment of Adolescent Depression: Prediction of Outcome, *Behavior Therapy*, 23, pp. 341-354.

Cleghorn, J. M. (1993), *Enfermedades Mentales*, México: Manual Moderno.

Coleman, J. (1990), *Psicología de la Anormalidad y Vida Moderna*, México: Trillas.

Comer (1992), en Robbins, R. R. Depression, <http://maine.maine.edu/~rrobbi32/dep.html>

Cummings, E. M. (1995). Security, Emotionality, and Parental Depression: A commentary. *Behavior Therapy*, 31, pp. 425-427.

Cutler, S.E. (1997), ¿Por qué es distinta la Depresión en las mujeres?. *Atención Médica*. Intersistemas México. pp.. 29-37.

Davies, P. T., Windle, M.(1997), Gender-Specific Pathways Between Maternal Depressive Symptoms, Family Discord, and Adolescent Adjustment. *Developmental Psychology*, 33, pp. 657-668.

Davis, R. E., y Wengert, J.W.(1992), Teorías Bioquímicas de la Depresión, *Rev. de Medicina General*, 12, 11-24.

Davison, T. (1989), *Psicología de la Conducta Anormal*, México: Limusa.

Dawson, G., Panagiotides, H., Grofer, L. K., y Spieker, S.(1997) Infants of Depressed and Nondepressed Mothers Exhibit Differences in Frontal Brain Electrical Activity During the Expression of Negative Emotions. *Developmental Psychology*, 33, 650-656.

Depresión en la práctica médica (1986) *Revista de la Sociedad Mexicana de Psiquiatría*

Deren 1996, en Wing of Madness: A Depression Guide, <http://members.aol.com/depress/index.htm>



- Ehrlich, M. I. (1989), *Los esposos, Las esposas y sus Hijos*. Trillas-México.
- Ellis. A. (1990), *Manual de Terapia Racional Emotiva*, Bilbao: Descleé de Brower.
- Endicott, J, Weissman, M. Y Yonkers, K. (1997), ¿Poe qué es distinta la depresión en las Mujeres?. *Atención Médica*. Intersistemas-México.
- Fenichel I.y Phillips, L. (1991). El Corazón y los Antidepresivos en las mujeres, *El médico General y la Cardiología*. 3, pp. 21-26.
- Ferster, Wetzel, D. Lowry, H. (1984), Causes of Depression. Depression. <http://maine.maine.edu/rrobbi32/dep.html>
- Freud, S. (1874). La Depresión. en N. Camerón *Desarrollo y Psicopatología de la Personalidad*. México:Trillas.
- Freud, S. (1989), La Depresión, en T. Davison, *Psicología de la Conducta Anormal*, México-Limusa
- Freud, S. (1980), *Tres ensayos sobre Teoría Sexual*, Alianza Editorial-Madrid. P.82.
- Freud, S. (1917), *En obras completas*, Amorrortuu Editores, Argentina .
- Get, X. (1995), Mutual Influences in Parent and adolescents distress *Developmental Psychology*, 31 pp.406-419.
- Glassman (1993 en Endicott, 1997), ¿Por qué es distinta la Depresión en las mujeres?. *Atención Médica*. Intersistemas México. pp. 29-37.
- Gold, M. S. (1990), *Buenas Noticias sobre la Depresión*, México: Vergara
- Gold, M S. Giannini, J. (1993), Ansiedad. *El médico general y los problemas de la mujer*, 11, pp. 53-60.
- Gold. M. S. (1989), *Buenas Noticias sobre la Depresión*, México. Manual moderno.
-



- Goldman, H. (1994), *Psiquiatría General*, México: Manual Moderno.
- Goodwin, S. Jamison, T. (1990), Focus on Depression. *Revista Médica*, 3, pp. 2-6.
- Greist, J. H., Jefferson, J. N. y Spitzer, W (1993), *Tratamiento de los Trastornos Mentales*. México: Manual Moderno.
- Haley, J. (1989); *Terapia no Convencional*, Argentina: Amorrourtú
- Handal, K. 1995, en Depression in Women. <http://www.healthnet.com/depwom.htm>.
- Harris, B. (1989), Depresión y otros Trastornos, *Revista de Medicina General*, 2, pp. 12-20.
- Hay, L. (1989), *Tú Puedes Sanar tu vida*, México: Diana
- Larson, J. Good Bye Depression en From Alcoholism The Biochemical Connections. <http://www.dorsai.org/haoma/depression/A>.
- Leveason, I. (1989), en Kaplan, H. *Compendio de Psiquiatría*, México-Salvat.
- Lewinsohn, D. (1989), Risk Factors for Adolescent Depression. <http://web.bu.edu/PSYCH/student/khegde/ad.html>.
- Lipka, L. J. y Giardina, E. G., El Corazón y los Antidepresivos en las mujeres, *El Médico General y la Cardiología*, 1994. 19 (3)
- Jacobs, (1995), *Psiquiatría General*, México:Trillas..
- Kaplan, H. J. (1993), *Compendio de Psiquiatría*. México: Salvat.
- Kazdin, A. E. (1989), en Clarke, G, H. Hops y Lewinsohn, P. M, Cognitive-Behavioral Group Treatment of Adolescent Depression: Prediction of Outcome. *Behavior Therapy*, 23, pp. 341-354.
- Kolb. L. y Brodie, K. (1985), *Psiquiatría Clínica*, México: Interamericana.



Tesina sobre la Depresión

Lara, M. A. y Acevedo, M. Reunión Multidisciplinaria de la Salud. *Instituto Mexicano de Psiquiatría*. (1995).

Lowry, (1993), en Robbins, R. R. Depression: What it is, Theories, Treatment, Hope. <http://maine.maine.edu/~rrobbi32/dep.html>

Madanés, C. (1989), *Terapia Familiar Estratégica*. Argentina: Amorrourtu

McKinight, D. L., Nelson-Gray, R. O., Barnhill, J. (1992). Dexamethasone Suppression Test and Response to Cognitive Therapy and Antidepressant Medication, *Behavior Therapy*, 23, pp. 33-42.

Nelson, G. M., y Beach, S. R. Sequential Interaction in Depression: Effects of Depressive Behavior on Spousal Aggression, *Behavior Therapy*, 1990-21.

Petty, F. (1992), en Depression in Primary Care: Volumen 2. Treatment of Major Depression. <http://text.nlm.nih.gov:80/ahcpr/dep/www/dep2ctxt.html>.

Piasecki y Hollon 1987, en G. C. Buela , *Manual de Psicología Clínica Aplicada*, Madrid: Siglo Veintiuno.

Purdon, C., y Clark, D. A., (1993). Obsessive Intrusive Thoughts In Nonclinical Subjects. Par 1. Content And Relation With Depressive, Anxious and Obsessional Symptoms. *Behav. Res. Ther.* 8, pp. 713-720.

Rickels, T. Y Williams, F. (1990), Depression. www.nimh.nih.gov/newdart/darthome.htm

Robbins, R R. 1993, En Depression: What it is; Theories, Treatment, Hope. <http://maine.maine.edu/~rrobbi32/dep.html>

Rodríguez, S. J. (1986), Depresión en la práctica médica. *Sociedad mexicana de psiquiatría biológica*. pp. 1-24.

Rush, A. J, Hollon, S. D, Beck, A. T. Y Kovacs, M. (1978), Depression. Must Pharmacotherapy fail for Cognitive Therapy to succeed? *Cognitive Therapy and Research*, 2. Pp. 199-206 .

Sabanes, F. (1993), *La Depresión*. México: Diana.



Sarietti y Bemporad (1993), *Psicoterapia de la Depresión*. Argentina:Paidós.

Schwartz, P, Schwartz. T (1993), Depression <http://maine.maine.edu/~rrobbi32/dep.html>

Seligman, M.E.P. (1981), *A learned Helplessness Point of View, Behavior Therapy for Depression*, Academic Press, pp. 123-141.

Seligman, M.E.P. (1975), Helplessness: On Depression, *Development and Death*. *Freeman and Company*.

Seligman, M.E.P, Abramson, L.J y Teasdale, J.D.(1978), *Lerned Helplessness in Humans* *Journal of Abnormal Psychology*, 1, pp. 49-74

Serketich, J. W., (1990). Maternal Depressive Symptomatology and Child Maladjustment: A comparison of three process models. *Behavior Therapy*, 25, pp. 161-181.

Simons, A. D, Garfield, S. L & Murphy, G. E. (1984), The Process of change in Cognitive Therapy and pharmacotherapy for depression. *Archives of General Psychiatry* 41, pp. 45-51.

Tarullo. L. B. DeMulder, E.K, Rosanville, D.S. Brown, E. Radke-Yarrow (1995) . Maternal Depression and Maternal treatment of siblings as predictor of child psychopatology. *Developmental Psychology*, 33, pp. 395-405.

Teasdale, J. D, Segal, Z, y Williams, M. G. (1995), How Does Cognitive Therapy Prevent Depressive Relapse and why Should Attentional Control (Mindfulness) Training Help?. *Behav. Res. Ther.* 33, pp. 25-39.

Teti. D. M., Gelfand, D. M., Messinger, I. Rusell (1995), Maternal Depression and the quality of early attachment: An examination of infants, preschoolers, and their mothers. *Developmental Psychology*, 3, pp. 364-376.

Thase, M. E. Simons, A. D., Cahalane, J., McGeary, J. Harden, T. (1991) Severity of Depression and Response to Cognitive behavior Therapy. *American Journal of Psychiatry*, 22, pp. 469-477



Toledo, E. R. y Fernández, A. F. (1995). Estados Depresivos y Factores de riesgo en hijos de pacientes con Enfermedad depresiva **Rev. de Psicopatología**: Madrid.

Townsley, M. R., y Beach, R. H.(1991). Cognitive Specificity for Marital Discord and Depression: What types of Cognition influence Discord. **Behavior Therapy**: 22, pp.519-530.

University of Illinois at Urbana, (1992), Understanding Depression. <http://www.hoptechno.com/book 34.htm>.

Valdés, M., (1983), *Medicina Psicosomática*. México: Salvat.

Vallejo, R. J. (1991), *Trastornos afectivos, Ansiedad y Depresión*. México:Salvat.

Webmaster 1995 en Depression and Other Affective Illnesses as a Cause of School Failure and Maladaptation in Learning Disabled Children, Adolescent, and Young Adults. <http://www.Idanatl.org/articles/seab/weinberg>.

Weston, L 1985, en Depression; A lot more that just the blues. <http://www.nau.edu/fronske/depreen.html>.

Wetzel, D. 1984. en Treatment of major Depression. <http://text.nlm.gov/80/ahcpr/dep/www/dep2ctxt.html>.

Winter, S. S. (1995), Am I Depresses?. <http://infont.welch.jhu.edu/departments/drada/articles/artic102.htm>

Wolff, W (1992), *Introducción a la Psicología*. México: Fondo de Cultura económica.

Zeiss, A. M. y Steinmetz, J. B.(1997). Treatment of Late life Depression. A Response to the NIH Consensus Conference. **Behavior Therapy**,.