

3. DEPRESIÓN

3.1 Duelo, tristeza y depresión

Antes de pasar a la definición de depresión, conviene diferenciar entre tristeza y depresión. Alonso (1988) dice, que entre éstas dos, existen diferencias específicas. Mientras que la tristeza es un sentimiento displacentero motivado por alguna adversidad de la vida, la depresión está constituida por un cuadro clínico dentro del terreno de lo anormal y lo patológico. Además, el autor afirma que el enfermo depresivo no sabe exactamente qué es lo que causa su sufrimiento, mientras que la persona triste, sufre por un motivo concreto y definido.

Clayton (1979, citado Gelder, Gath, Mayou, 1993) afirma que, una persona con un duelo reciente experimenta manifestaciones que se parecen a un trastorno depresivo. Es por esto que resulta interesante describir las características de un duelo, que aunque similares a la depresión son más bien expresión de una experiencia normal en lugar de una reacción patológica. Según el autor, en el duelo existen tres etapas la primera caracterizada por una falta de reacción emocional, además de una sensación de irrealidad que dura de pocas horas a varios días. En la segunda etapa, la persona experimenta sentimientos de tristeza, llora, duerme mal y pierde el apetito. Llegan a sentir culpa o culpar a otros por la muerte del ser querido, Y en la tercera etapa, las manifestaciones ceden y el individuo acepta su nueva situación.

Ahora bien, ciertas características que se encuentran con frecuencia en los trastornos depresivos, son mucho menos frecuentes después del duelo, sobre todo los pensamientos suicidas, el enlentecimiento psicomotor y la culpa acerca del pasado en general (Parkes y Brown, 1972, citado por Gelder, Gath, Mayou, 1993).

En la depresión existen manifestaciones o alteraciones (en la motivación, en la alimentación, el sueño, etcétera) con una intensidad y duración que provocan una

interferencia importante en la vida de las personas (Hernangómez, 2000). Cuando una persona es infeliz, aún después de haber sufrido un golpe muy fuerte es capaz de buscar consuelo y de permitir que dicho consuelo llegue a él. Se puede ser amable y amoroso con los demás. Sin embargo, con una depresión no se cuenta ni con la simpatía ni con la preocupación de los demás y no porque ellos no estén ahí sino porque la persona no logra entender ni recibir lo que los demás le ofrecen. Además, la persona se castiga mediante palabras y hechos. De esta forma se dice que en la depresión “la misma persona es tanto el sufrido prisionero, como el cruel carcelero” (Rowe, 1998).

3.2 Definición

La depresión describe un tono afectivo de tristeza acompañado de sentimientos de desamparo y amor propio reducido. En la depresión, todas las facetas de la vida, emocionales, cognoscitivas fisiológicas y sociales, podrían verse afectadas (Mackinnon, Michels, 1971).

Así, en la enfermedad se observan diferentes manifestaciones de acuerdo con las circunstancias y las características de cada persona. Por lo tanto, su significado puede variar según el uso que se le quiera dar. Así, comúnmente depresión se refiere a una sensación de malestar, con manifestaciones como tristeza y angustia, mal humor, frustración, etcétera, y todo esto es consecuencia de algo negativo que sucedió (Navarro, 1990).

Se dice que alguien está deprimido cuando se observa que hay en él una pérdida de interés por la vida. Otra característica importante es que, aún cuando las circunstancias no sean tan desfavorables, su ánimo negativo y decaído es muy notable. Pero esto es algo relativo, ya que no es fácil reconocer una línea clara que separe el desaliento y la tristeza (o un periodo de luto) que se consideran normales, de lo que se juzga como anormal y no tan sano (ibid).

Rojas (2006) dice que *“las depresiones son un conjunto de enfermedades psíquicas hereditarias o adquiridas, con una sintomatología determinada, a la que se asocian cambios negativos de tipo somático, psicológico, conductual, cognitivo y asertivo.”*

Navarro (1990), señala que la depresión interfiere en gran medida con la creatividad y hace que disminuya el gusto por el trabajo, el estudio, las rutinas diarias y las actividades que antes disfrutaba. Igualmente, la depresión, dificulta las relaciones con los demás. En las depresiones de cierta severidad algunas personas se aíslan, llegan a comportarse indiferentes por casi todo y los pensamientos de suicidio son muy comunes.

Un punto central de la depresión es la alteración desfavorable del clima emocional y la pobreza en el estado de alerta. También, son síntomas frecuentes la tensión, la ansiedad y los sentimientos de culpa. En general es un conjunto de sensaciones, vivencias y percepciones internas desagradables, dolorosas y paralizantes (ibid).

Según Katz, la depresión es un conjunto de manifestaciones clínicas que se utiliza para designar una serie de alteraciones cognoscitivo-conductuales (episódicas o periódicas, unipolares o bipolares, leves, moderadas o severas). Durante éstas, el individuo ya no tiene acceso a reforzamientos sociales o bien, éstos dejan de ser congruentes a sus respuestas o pierden su efectividad. Estas alteraciones van acompañadas por pensamientos automáticos depresivos, trastornos corporales y por la sensación de falta de energía y de pérdida de control sobre las situaciones. Además, como resultado final, se observa la disociación de las funciones cerebrales y la ausencia de comportamientos orientados al logro de objetivos (Navarro, 1990).

3.3 Prevalencia

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) en México ha proporcionado las primeras estimaciones nacionales de la prevalencia de los trastornos mentales. De esta forma se estimó que el 8.4% de la población ha sufrido un episodio depresivo mayor alguna vez en la vida. Asimismo, afirma que la mediana de edad de inicio es de 24 años (Benjert, y cols, 2004).

El riesgo para el trastorno depresivo mayor a lo largo de la vida en las muestras de población general ha variado entre el 10 y el 25% para las mujeres y entre el 5 y el 12 % para los hombres (APA, 1995). Es decir, de cada 100 personas aproximadamente 13 hombres y 21 mujeres desarrollaran un cuadro depresivo en algún momento de sus vidas (Kessler y cols, 1994, citado por Halgin y Krauss, 2005).

Una posible explicación acerca de la menor incidencia entre varones puede ser debido a que a los hombres socialmente no se les permite expresar o incluso experimentar los sentimientos relacionados con la depresión. En lugar de ello, les está permitido expresarse mediante el abuso de sustancias, la violencia, o bien una conducta autodestructiva. Una explicación acerca de eso se puede ver con la cultura Amish, donde la actitud machista no tiene una recompensa social, y la incidencia de la depresión es casi la misma en ambos sexos (O'Connor, 1999).

El trastorno depresivo mayor es uno de los problemas más graves en EU. Según Nolen-Hoeksema (citado por Alloy, Riskind, Manos, 2005) el riesgo de padecerlo es dos veces más alto en mujeres que en hombres. Un proyecto realizado en España, basado en las encuestas de salud mental que marca la Organización Mundial de la Salud (OMS), revela que la depresión afecta hasta a un 7.5% de los varones frente al 16% de las mujeres.

Por su parte Murray y López (1996, citados por Palmar, 2007), dicen que la depresión es ahora la 4ª causa de discapacidad y muerte prematura en el mundo. Es

más, algunos expertos afirman que en el 2025 ésta será la segunda enfermedad causante de más discapacidad en el mundo, tan sólo precedida por los trastornos cardiovasculares (ibid).

Existe evidencia de que existe más riesgo de padecer un trastorno depresivo mayor en personas euroamericanas que en afroamericanos y latinoamericanos. De la misma forma, es más alto el riesgo en personas separadas, o divorciados que en gente casada (Alloy, Riskind, Manos, 2005). Balcázar, Bonilla, Santamaría y cols, (2008), afirman que en México, se considera que dentro de la población en general, en promedio un 14% padece depresión.

Weissman y cols., reportan que la edad de aparición se da entre los 25 y los 30 años. Sin embargo, existe evidencia de que la edad de aparición ha ido disminuyendo en la última mitad del siglo pasado. Así, Burke, Regier y cols., (1990) comentan que el año de aparición es ahora entre los 15 y 19 años en mujeres y de 25 a 29 años en hombres (Alloy, Riskind, Manos, 2005).

A menudo los episodios de trastorno depresivo mayor se producen después de un estrés psicosocial grave, como la muerte de un ser querido o el divorcio. Algunos estudios sugieren que los acontecimientos psicosociales (estresores) desempeñan un papel importante en la precipitación del primero o el segundo episodio del trastorno depresivo mayor y que desempeñan un papel menor en el inicio de los episodios posteriores. Las enfermedades médicas crónicas y la dependencia de sustancias (especialmente la dependencia al alcohol o a la cocaína) pueden contribuir a la exacerbación del trastorno depresivo mayor (APA, 1995).

Así también, se dice que, en el 80% de los casos, el primer episodio no es el único (Judd, 1997, citado por Alloy, Riskind, Manos, 2005). Aproximadamente 40% de las personas que presentan un episodio depresivo nunca volverán a tener otro, es decir, el 60% presentará un segundo episodio. Entre las personas que han tenido dos episodios, 70% tendrá un tercero y entre quienes han tenido tres, 90% presentará un cuarto (APA, 2000, citado por Halgin, Krauss, 2005).

En los trastornos depresivos, normalmente existen recaídas, que pueden aumentar la gravedad, además de tener repercusiones serias, como el suicidio. Entre un 40 y un 85% de las personas con depresión mayor, presentan alguna recaída durante la vida (González, Fernández, Rodríguez, Amigo, 2007). Sin embargo, se calcula que el 90% de las personas deprimidas sometidas pronto a tratamiento médico se recuperan. Asimismo, se han demostrado que la psicoterapia junto con la medicación tiene muchas probabilidades de éxito (O'Connor, 1999).

Según O'Connor (1999), hablando en términos del costo económico general que representa para la sociedad norteamericana la depresión, es la segunda enfermedad más cara. Se dice que tomando en cuenta el costo directo del tratamiento, la atención médica, la pérdida de productividad y la falta de esperanza de vida, se calcula en cuarenta y cuatro mil millones de dólares anuales. Únicamente la supera el cáncer, y está a la par de las enfermedades cardíacas y el sida. Además de esto, el autor afirma que el número de muertes por suicidio es aproximadamente el mismo que el de enfermos de SIDA.

3.4 Historia de la depresión

A pesar de que el uso del término moderno de depresión se remonta a un cuarto de siglo, el cuadro depresivo en su forma severa fue descrito desde la época grecorromana con el nombre de melancolía. Desde el siglo IV antes de cristo, Hipócrates afirmaba que desde el punto de vista médico, los problemas que hoy se llaman psiquiátricos se relacionaban con la reacción conjunta de los cuatro humores corporales. Estos son: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema. De tal forma, la melancolía era producida por un exceso de bilis negra o atrabilis (Calderón, 1999).

Así, en el siglo V antes de Cristo, Hipócrates define el término melancolía, y según él, consistiría en un exceso de bilis negra en la sangre que actuaría sobre el cuerpo y el alma del enfermo creando un estado caracterizado por la tristeza y el abatimiento. De este modo, quedaba identificado el trastorno depresivo o bien como lo

diría Hipócrates “el humor negro” para definir la tristeza (Widlocher, 1986). Según Widlocher (1986), la explicación de la melancolía se inscribe en un sistema muy general que permite clasificar el conjunto de las enfermedades en función de las perturbaciones de los humores.

A Hipócrates se le pide que diagnostique a Demócrito. Según la información recopilada actualmente, Demócrito padeció primero una fase depresiva y después de la inactividad que acompaña a la depresión inicio una fase de hipertimia con actividad febril que a sus contemporáneos les pareció muy extraña, pero que más adelante lo ayudó a al conocimiento de la sintomatología de la depresión (Vallejo- Nágera, 2005).

Para Areteo de Capadocia, la melancolía es el comienzo de la manía y parte de ella (Calderón, 1999). Asimismo él hace la primera descripción exacta del mal. *“Una afección sin fiebre en la cual la mente triste queda siempre fija en la misma idea y se adhiere a ella testarudamente. En un inicio es una especie de semi-manía. La diferencia que hay entre una enfermedad y otra es que en la manía la mente se inclina ya a la tristeza, ya a la alegría, mientras que en la melancolía la mente permanece constantemente triste y abatida”* (Widlocher, 1986). Los griegos observaron también la evolución en ciclos y que al finalizar las manifestaciones, a diferencia de otras formas de “locura” los melancólicos recuperaban por completo su personalidad normal (Calderón, 1999).

Soranos de Éfeso, en su descripción del cuadro clínico, señalaba como manifestaciones principales de la melancolía: tristeza, deseos de morir, suspicacia acentuada, tendencia al llanto, irritabilidad y, en ocasiones, jovialidad (Ibid).

En otras culturas, también se ha descrito la depresión. Por ejemplo, en las sagradas escrituras hay varios relatos detallados de depresiones. Con las invasiones de los Bárbaros, desaparece la figura del sabio profano y es entonces cuando los eruditos y pensadores son casi todos religiosos. Como consecuencia de esto se da un nuevo enfoque, “espiritual” a la depresión. Para la valoración espiritual de la tristeza, síntoma

dominante en las depresiones, los pensadores cristianos retoman las ideas de San Pablo, quien hablaba de dos formas de tristeza “la tristeza según Dios”, que es en esencia el arrepentimiento por haberle fallado y “la tristeza según el mundo” que es la que produce la muerte. Después de esto, la depresión se interpretaba como pecado (Vallejo-Nágera, 2005).

Durante la edad media, filósofos destacados como Santo Tomas de Aquino, sostenían que la melancolía se producía por demonios e influencias astrales. Esta creencia se comenzó a abandonar en 1630, cuando Robert Burton publicó su famoso tratado: “Anatomía de la melancolía”, obra que ayudó mucho a identificación de los estados depresivos (Calderón, 1999).

Para Galeno, ya en el siglo XVII, la melancolía es una enfermedad de la mente. Se da sin fiebre, con tristeza profunda y distanciamiento de las cosas más queridas. Es una aflicción sin medida. Él subraya que es la bilis negra la que obra sobre el cerebro. Como hecho anecdótico, se decía que habría alimentos previamente cargados de tristeza y de temor y sería necesario cuidar a los enfermos haciéndoles tomar alimentos alegres, claros, jóvenes y tiernos (Widlocher, 1986).

En el siglo XIX, los avances del pensamiento médico se centran en Francia. Kahlbaum explica claramente la melancolía y la manía no como dos enfermedades independientes sino como dos fases opuestas de la misma. Por el carácter circular de la enfermedad la llama si es grave, “*versania typica circularis*” y si es leve con prontas recuperaciones espontáneas “*ciclotimia*” (Vallejo-Nágera, 2005).

A principios del Siglo XIX, Philippe Pinel indicó que el pensamiento de los melancólicos estaba completamente concentrado en un objeto (obsesivamente) y que la memoria y la asociación de ideas están generalmente perturbadas, pudiendo en ocasiones inducir al suicidio. Como causas posibles de la melancolía señaló las de carácter psicológicas como: el miedo, los desengaños amorosos, la pérdida de

propiedades, las dificultades familiares, etcétera y las físicas como la amenorrea y el puerperio (Calderón, 1999).

En 1809 Haslam, un boticario del hospital Behtlem en Londres escribió: *“los que se encuentran bajo la influencia de pasiones depresivas pueden tener diferente tipo de manifestaciones: semblante ansioso y con apariencia triste, poco dispuestos a hablar, se aíslan recluyéndose en lugares oscuros o permanecen en calma la mayor parte del tiempo. Después se vuelven miedosos y conciben miles de fantasías, recuerdan sus actos inmorales o se sienten culpables de crímenes que nunca han cometido. Con frecuencia se desesperan y tratan de terminar con su existencia que les parece aflictiva y odiosa”* (Ibid).

Kraepelin, en 1896, estableció la diferencia entre psicosis maniaco-depresiva y la demencia precoz, llamada posteriormente esquizofrenia. Después, los estudios genéticos en psiquiatría llevaron a considerar a los síndromes depresivos como parte de la psicosis maniaco-depresiva, situación que prevaleció durante las tres primeras décadas del siglo XX. En consecuencia, el deprimido era calificado de psicótico aunque sus síntomas fueran muy leves (Ibid).

En el México prehispánico, éste cuadro fue considerado como un problema médico de acuerdo con la descripción que en 1552 hizo el médico indígena Martín de la Cruz. Esta descripción se tituló: *“Libellus de Medicinalibus Indorum Herbis”*. Este trabajo se conserva en el Vaticano se conserva con el nombre de “remedio para la sangre negra”, término común en la Europa del siglo VI en el que se recomienda como tratamiento un conocimiento de yerbas y un jugo obtenido de flores de buen olor. Así, el reconocimiento de la melancolía y su clasificación dentro de un grupo de enfermedades como el de la epilepsia, indican un alto grado de adelanto en la medicina azteca (Ibid).

3.5 Clasificación de la depresión

Los trastornos del estado de ánimo se presentan en una variedad de formas con diferentes manifestaciones clínicas (Strange, 1992). Para él, la depresión se clasifica en:

I. **Depresión moderada.** Las manifestaciones típicas reportadas por los pacientes son:

- 1) **Afecto deprimido:** sensación de tristeza o pesadumbre. Muestran poco interés y poco placer en las actividades que antes disfrutaban.
- 2) **Pensamientos pesimistas** acerca del pasado, presente y futuro, sensación de minusvalía, fracaso y falta de confianza.
- 3) **Cambios en la actividad motora:** enlentecimiento psicomotor, con una reducción de la frecuencia de los movimientos del cuerpo, enlentecimiento del habla y del pensamiento. Algunos pacientes reportan agitación e incapacidad para relajarse.
- 4) **Ansiedad:** manifestaciones psicológicas y somáticas de ansiedad.
- 5) **Manifestaciones fisiológicas (somáticas):** los pacientes normalmente se quejan de alteraciones del sueño, alteraciones del apetito y del peso corporal. Además, puede haber estreñimiento, pérdida de la libido, fatiga y dolor muscular.

II. **Depresión severa:** en este tipo de depresión, los síntomas son los mismos pero más intensos. Además pueden presentarse algunas manifestaciones que son más típicas de la psicosis. También, algunos pacientes pierden contacto con la realidad. Los pacientes pueden presentar *delirios* (ideas falsas) alrededor de su pensamiento pesimista, todos estos acerca del presente, pasado y futuro. También pueden incluirse alucinaciones.

- III. Depresión leve:** en este tipo de depresión, las manifestaciones son las mismas pero con una intensidad más baja. Entre estas manifestaciones se encuentran, la ansiedad, los síntomas obsesivos y las fobias.
- IV. Manía:** en este trastorno las manifestaciones serían contrarias a las de la depresión. Entre ellas se encuentran: los pensamientos rápidos, las ideas excesivamente optimistas, el incremento del apetito y la actividad sexual. Algunos pacientes pueden presentar también *delirios* o alucinaciones.

Strange (1992), hace además una subclasificación de los trastornos depresivos. Esta sería:

- a) **Primaria y secundaria:** La depresión primaria se refiere a aquellas en las que las manifestaciones psíquicas y somáticas constituyen a la enfermedad, es decir al trastorno afectivo o bien son aquellas en las que la depresión no es consecuencia de cualquier otro trastorno (Gallardo, 1993). Con las secundarias se refiere a cuando la depresión es secundaria a alguna otra enfermedad como la esquizofrenia. Esta clasificación tiene valor por las manifestaciones presentadas. Al principio se sugirió que los trastornos depresivos primario y secundario podían diferir en pronóstico y respuesta al tratamiento (Guze y cols, 1971 citados por Gelder, Gath, Mayou, 1993). Sin embargo, no se ha encontrado dicha diferencia ni existe evidencia de una diferencia entre los dos grupos en el patrón de manifestaciones (Weissman y cols, 1977, citado por Gelder, Gath, Mayou, 1993).
- b) **Neurótica y psicótica:** han sido propuestas basadas en ciertas manifestaciones expuestas por los pacientes. No existe un acuerdo en si éstas representan un trastorno diferente, diferentes puntos en un continuo de síntomas o sólo un trastorno con ciertos rasgos discretos. Según Gelder y cols. (1993), se conoce como depresión psicótica al cuadro clínico en el que el paciente pierde el contacto con la realidad. Es decir, tiene como característica principal la presencia de alucinaciones y delirios. En cambio, en una depresión neurótica se observan manifestaciones

psicomotoras, deficiencias cognitivas, signos biológicos, historia familiar, etcétera (Alloy, Riskind, Manos, 2005).

- c) **Endógena y exógena (“reactiva”)**: Una depresión exógena o reactiva es una respuesta a una clara causa externa y tiene manifestaciones características de la depresión leve. Davison y Neales (1983), señalan que como su nombre lo indica exógeno quiere decir, que se origina fuera del cuerpo. Ahora bien, una depresión endógena no se puede asignar a un factor externo precipitante y muestra manifestaciones de una severidad moderada. Endógeno significa originado dentro del cuerpo, y se aplica al trastorno que se supone que tiene una causa física interna (Davison, Neales, 1983).
- d) **Unipolar y bipolar**: una depresión unipolar presenta manifestaciones únicamente depresivas, mientras que la depresión bipolar presentará episodios depresivos y episodios maníacos.