

COMPRENDER LA DEPRESIÓN

La depresión ha sido uno de los estados del ánimo más extensamente estudiado desde los diferentes enfoques de la psicología, formulándose diversas teorías explicativas que intentan describir los factores y procesos psicológicos que median en su aparición. Pero esta tarea no ha sido fácil, ya que su clasificación y descripción ha tenido que evolucionar buscando una mayor precisión terminológica y una mejor agrupación de los diferentes síntomas observables.

➤ En términos generales, depresión viene del latín “depressio” que significa hundimiento, al respecto Antonini (2003) la define como:

“Un trastorno afectivo que varía desde: bajas transitorias del estado de ánimo que son características de la vida misma, hasta el síndrome clínico, de gravedad y duración importante con signos y síntomas asociados, marcadamente distintos a la normalidad” (Antonini, 2003, Pág. 2).

No obstante, existe absoluto acuerdo en que el elemento principal de la depresión es una intensa tristeza y / o anhedonia que interfiere en la vida cotidiana de las personas (Belloch y cols., 1995).

➤ Pero no basta con constatar la existencia de tristeza para diagnosticar depresión, debiéndose valorar otros síntomas junto con la **intensidad, frecuencia y gravedad** de los mismos, poniendo especial atención a la diferenciación de las distintas manifestaciones como disminución del estado de ánimo, síntomas de depresión, trastorno depresivo menor y mayor.

De acuerdo a algunos autores, tanto el estado de ánimo disminuido como los síntomas depresivos podrían ser considerados respuestas depresivas “normales” frente a situaciones vitales que implican algún grado de adaptación, y los trastornos depresivos menor y mayor como respuestas depresivas “patológicas”.

Sin embargo, los teóricos de la depresión no han llegado a un acuerdo a este respecto, planteando algunos autores que los estados depresivos simplemente varían en una única dimensión, en un continuo de gravedad, de tal modo que los cuadros depresivos se diferenciarían sólo por la intensidad cuantitativa de los síntomas (Beck, 1976; Hirschfeld y Cross, 1982; Golberg y Huxley, 1992); así, la depresión normal cotidiana que la mayoría de las personas podrían experimentar frente a algún suceso negativo sería de acuerdo a estos autores básicamente similar -aunque de menor intensidad- a una depresión “patológica” que compromete gravemente el funcionamiento habitual.

Para otros autores, por el contrario, la depresión normal difiere cualitativamente de la depresión patológica y, a su vez, en ésta pueden diferenciarse subtipos entre sí (Akiskal,

1983; Andreasen, 1985), además sostienen que a diferencia de los estados normales de tristeza la depresión impregna todos los aspectos del funcionamiento de la persona.

➤ En un esfuerzo por **sistematizar los síntomas depresivos con fines diagnósticos**, se han establecido criterios para detectar la presencia de un Episodio Depresivo Mayor, siendo los principales:

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (llanto).
2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para sentir placer en todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso
4. Insomnio o hipersomnía cada día.
5. Agitación o enlentimiento psicomotores cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
6. Fatiga o pérdida de energía cada día.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin especificar o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

Tabla nº 1. Algunos criterios diagnósticos para e episodio depresivo mayor. American Psychiatric Association (1994)

➤ Estos criterios también son útiles para discriminar la **mayor o menor gravedad en la concurrencia de los síntomas depresivos**, considerando Belloch (1995) distintos niveles tomándose en cuenta el grado de funcionalidad del individuo., a saber:

- ligero
- moderado
- grave no psicótico
- con características psicóticas
- en remisión parcial
- en remisión total

Por su parte, el Trastorno Depresivo Menor, se sitúa por debajo de los criterios del Trastorno Depresivo Mayor, presentado una menor cantidad de síntomas, duración transitoria y escasa desadaptación, pudiendo ser precursor o independiente de éste.

- Otro de los efectos de la depresión –además de los síntomas observables y apreciación subjetiva del individuo- es la presencia de **índices inmunológicos** significativamente más bajos que los presentados por sujetos psíquicamente saludables, caracterizándose principalmente por una actividad disminuida de la NK (Herbert y Cohen, 1993; Kiecolt-Glaser y Glaser, 199; Stone y col. 1987; Weisse). Un fenómeno sugestivo que se desprende de estos estudios, viene a concluir que las alteraciones en la inmunidad están relacionadas con la severidad de la sintomatología depresiva en ambos tipos de población (clínica y normal).
- Existen una serie de **teorías explicativas de la depresión**, que conceptualizan y analizan los factores involucrados en este trastorno mental, siendo una de las más destacadas la Teoría de la Depresión de Beck, perteneciente al enfoque cognitivo que subraya la idea de que la depresión depende del modo en que el individuo ve e interpreta los acontecimientos que le ocurren así como sus capacidades personales (Belloch, 1995).

En esta construcción activa de la realidad, Beck plantea que existiría una distorsión de la realidad percibida por el individuo que manifiesta depresión, favorecida por una “Tríada Cognitiva Negativa”, que implicarían:

- “*visión negativa de sí mismo*” como alguien inútil , indeseable, sin valor y culpable de todas las circunstancias negativas que lo rodean.
- “*visión negativa del mundo*” por la que el individuo percibe las demandas de su medio como excesivas o llenas de obstáculos insuperables, y considera, por tanto, que el mundo está desprovisto de interés, gratificaciones o alegrías.
- “*visión negativa del futuro*” marcada por la convicción de que ningún aspecto negativo que el individuo percibe o experimenta en el presente podrá modificarse en el futuro a no ser para aumentar las dificultades o el sufrimiento, siendo su resultado la desesperanza.

De acuerdo a los planteado por Beck, la tríada cognitiva tiene su origen en:

- Presencia de esquemas disfuncionales sobre el significado de ciertas clases de experiencias que condicionan la construcción de la realidad.
- Alta valoración de la importancia de esas experiencias.
- Ocurrencias de un suceso vital estresor asociado con dichos esquemas.

A partir de este suceso se desencadena la activación de esta tríada cognitiva manteniendo al individuo en un estado depresivo, en que las experiencias contrarias a la misma son eliminadas al no confirmar dichos esquemas, produciéndose una interpretación desadaptativa sesgada de la realidad.

Dichos esquemas disfuncionales depresógenos tienen su origen en el individuo al ir aprendiendo y codificando experiencias frustrantes e insatisfactorias a lo largo de su vida,

a partir de lo cual construye reglas, creencias tácitas y actitudes estables acerca de sí mismo y del mundo, que tienen un carácter negativo y poco realista, obstaculizando su adecuada adaptación a los sucesos vitales que le acontecen.

Al respecto, diferentes investigaciones sistemáticas (Lewinson, 1979; Miller y Seligman, 1984; Burns y Beck, 1979; Persons y Rao, 1985) han confirmado que sujetos depresivos recuerdan mejor los sucesos perjudiciales que los benéficos, de la siguiente manera:

- Procesando más profundamente información, cogniciones y sentimientos negativos que los no depresivos.
- Presentando una mayor incurrancia en pensamientos de rechazo e inadaptación social.
- Elaborando una visión negativa de sí y del futuro.
- Imaginando, prediciendo y evaluando como más probables resultados nocivos de los sucesos que experimentan.

➤ Respecto a los **factores psicosociales** involucrados, diversos investigadores consideran a los sucesos vitales y al grado de apoyo social recibido, como unos de los principales determinantes en el inicio, manutención, e implicancias en el curso de la depresión.

En relación a los sucesos vitales, Thoits (1985), sostiene que los sucesos indeseables, incontrolables e imprevisibles, son los que están más fuertemente asociados a la depresión. Por su parte Páez (1985) refiere que los sucesos controlables también son fuente de síntomas siempre que fueran inesperados.

Al mismo tiempo Brown y Harris (1978), plantean que los sucesos negativos que tienen impacto son los del ámbito familiar e interpersonal, más que aquellos vinculados al área laboral o de contacto social secundario.

Alvarado y cols. (1992), compararon eventos vitales, soporte social y percepción del control, en un grupo clínico y en uno equivalente de control, teniendo como resultados en el grupo clínico mayor puntaje en la escala de eventos vitales, puntaje menor en la de soporte social y tendencia en la percepción del control interpersonal hacia la externalidad.

Al respecto, Páez y col. (1985) plantean que las bajas capacidades reales y percibidas de controlar el medio, en particular los sucesos negativos, son los que están asociados a la depresión.

Por su parte Ayuso y Ezquiaga (1987), encontraron que mientras los acontecimientos vitales se asocian significativamente con el comienzo de la enfermedad depresiva, los factores estresantes crónicos no parecen poseer un efecto desencadenante de forma independiente ni tampoco interaccionan potenciando el efecto depresivógeno de los acontecimientos vitales.

Por otro lado, una serie de investigaciones (Billings, 1983; Mitchel, 1983; Billing y Moos, 1985) demuestran que las personas depresivas no sólo tienen menos apoyo social y más sucesos estresantes, sino que también utilizan menos los modos de enfrentamiento directo de resolución de problema y la regulación afectiva, y utilizan más la búsqueda de información y la descarga emocional; además, mientras más utilizan estas tácticas de enfrentamiento, más fuerte es la sintomatología.

Al respecto, en un estudio de Bekham y Adams (1984) se encontró que según las opiniones de sujetos deprimidos, las conductas que los hacían sentirse mejor estaban relacionadas con la resolución del problema, con hacer cosas positivas y con la búsqueda de apoyo social; siendo la expresión y contención emocional, así como el atribuirse a sí mismo la causa y la responsabilidad del problema, las dimensiones subyacentes a las conductas que empeoraban la depresión.

Como se puede apreciar, la depresión está asociada a una serie de factores que pueden disminuir o potenciar su intensidad y efectos, incidiendo significativamente en el nivel de salud mental presentada por los individuos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Antonini, Celia (2003) ¿Qué es la depresión?. www.respuestasaladepresion.com
- Belloch, A.; Sandín, B.; Ramos, F. (1995) Manual de Psicopatología. Madrid: Mc Graw-Hill.
- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-R). (4 th ed.). Washington, DC.
- Páez , Darío y cols. (1985). Salud Mental y Factores Psicosociales. Madrid: Fundamentos.
- Alvarado, R.; Asún, D.; Alfaro, J.; Vera, A.; Toledo, M.; Serrano, F.; Valdivia, C.; Núñez, C.; Godoy, S.; y Soto, O. (1992). Comparación de variables psico-sociales entre un grupo con trastornos emocionales y uno control. Revista de Psiquiatría, IX: 1141- 1152.
- Ayuso, J.L. y Ezquiaga, E. (1987). Factores psicosociales y depresión. Revista Chilena de Neuropsiquiatría. 25: 3-9.