

## CAPÍTULO II

### 2. MARCO DE REFERENCIA

#### 2.1 MARCO HISTÓRICO

(García, 2017) señala:

En el siglo XVII nace Thomas Willis, quien es denominado como el padre de la neurología. Parte del trabajo de Willis se basó en demostrar que las enfermedades mentales, como la melancolía, eran causadas por daños en el tejido cerebral (Molnár, 2004) y dependiendo de la afectación de las habilidades cognitivas, la melancolía podía dividirse en dos: universal o particular (Telles-Correia y Marques, 2015). A pesar del origen neurológico, Willis seguía recomendando los mismos tratamientos de la tradición hipocrática (Willis, 1971).

En el siglo XVIII, la melancolía sufre un cambio, el componente más importante deja de ser el emocional, reemplazado por el delirio como insignia de la enfermedad (Telles-Correia y Marques, 2015; Charland, 2010). Parte de este cambio es debido a Pinel, quien redefinió la melancolía como un delirio orientado a una idea fija, acompañado por una pasión (similar a lo propuesto por Galeno, sin importar el contenido, solo la forma o intensidad de la pasión) (Charland, 2010). Además, clasificó la melancolía en dos: expansiva (delirios de poder) y depresiva (tristeza y sufrimiento) (Telles-Correia y Marques, 2015).

Otro cambio importante introducido por Pinel fue el tratamiento moral, que buscaba humanizar a los enfermos mentales y curarlos mediante la palabra, enfrentando sus delirios por medio de la razón (procedimiento muy similar al propuesto por Galeno) (Stucchi-Portocarrero, 2015). A pesar de que Pinel abogaba por el encierro y el castigo físico en su tratamiento moral, fue uno de

los primeros psiquiatras que le dio un carácter humano y curable a la enfermedad mental.

Desde el siglo XVI se empieza a presentar un fenómeno particular en el habla inglesa que dará inicio al cambio del término melancolía por otros términos en los siglos subsecuentes. La palabra “melancholia” se podía traducir del latín al inglés como “melancholia” o “melancholy”, y cada uno tomó su propio significado, “melancholia” siguió refiriéndose a la enfermedad causada por la bilis negra y “melancholy” hacía énfasis en los síntomas emocionales y es cercano a lo que hoy se considera como depresión (Jackson, 1981; Berrios, 1988).

En este pequeño cambio se puede comenzar a ver cómo en los siglos XIX y XX la melancolía deja de ser vista como un diagnóstico válido en el mundo psiquiátrico (donde se aborrece el término para esta época) y abre paso para que se pueda acuñar la depresión como enfermedad mental (la palabra depresión se usaba con anterioridad, pero solo para describir estados de ánimo como parte de la melancolía).

Durante la segunda mitad del siglo XVIII y comienzos del XIX, se vio un afán nosológico por parte de los psiquiatras europeos para crear sistemas clasificatorios de las enfermedades mentales. Al no tener un modelo de clasificación nosológica preexistente, el modelo de clasificación botánico fue adoptado. Este modelo implica que las enfermedades mentales, al igual que las plantas, tienen un orden natural con características específicas y deben agruparse de acuerdo con éstas (Kendler, 2009). De esta tradición botánica nacieron clasificaciones como la de Sauvage, quien posicionó la melancolía dentro de los delirios (Crocq, 2015); la de Linneo, quien postuló que la melancolía hace parte del apartado de enfermedades mentales ideales (Foucault, 2016); la de Weickhard, que usó el término depresión y la ubica en las enfermedades del sentimiento (Foucault, 2016); Kraepelin clasificó la melancolía dentro de las psicosis afectivas (Hoff, 2015); Esquirol dividió la

melancolía en 2, la monomanía (los síntomas delirantes) y lipemanía (los síntomas emocionales depresivos) (Esquirol, 1845); Rush acuñó el término tristimanía (Berrios, 1988). Pero quizá el aporte más importante fue el de Louis Delasiauve, quien al criticar la lipemanía de Esquirol acuñó el término “depresión”, al menos de una forma técnica (Berrios, 1988; Walusinski, 2017). A partir de este momento, el término “melancolía” desaparece del lenguaje psiquiátrico, siendo reemplazado por “depresión”, el cual verá más uso que cualquier otro término creado en el siglo XIX, y es el término que se usa aún hoy en día.

(García A. L., 2009) Menciona la depresión existe desde la antigüedad. En el Antiguo Testamento se describe un síndrome depresivo en el rey Saúl. Homero, en el 400 a. C., se refirió a los trastornos mentales a los que denominó “mainé” y “melancolía” (En la Ilíada se relata el suicidio de Ajax). Soranos de Ephesus describió los síntomas principales de la melancolía que son tristeza, deseos de morir, suspicacia acentuada, tendencia al llanto, irritabilidad en ocasiones jovialidad. Posteriormente, Aulus Cornelius en el 30 a.C. describió la melancolía en su libro “De re medicinae”: Kaplan, H. & Sadoock, B. (1.996), término que también utilizaron Areteo (120-180), Galeno (129-199), Alexander de Tralles en el Siglo VI y el médico Moses Maimónides en el Siglo XII.

Otro escritor de la Edad de la Razón: Robert Burton (1.577-1.640), destacó el papel del enfado como centro emocional de la depresión en su obra “Anatomy of Melancholy”. Posteriormente en el Siglo XVII, Bonet describió una enfermedad mental a la que denominó “maniaco-melancholicus”. En 1.854 Jules Falret llamó “folie circulaire” a una enfermedad caracterizada por la alternancia de estados depresivos con estados de manía” a una enfermedad caracterizada por la alternancia de estados depresivos con estados de manía.

(Zoch, 2002) Señala en los tiempos prehistóricos, las causas de los trastornos mentales estaban influidos por la creencia universal en fenómenos

sobrenaturales, específicamente en la influencia de los espíritus. El sistema mágico-religioso que influye en los métodos curativos primitivos, puede considerarse como un intento de introducir racionalidad y de satisfacer necesidades socialmente esperadas de las experiencias psicológicas del hombre primitivo.

La depresión es casi la única alteración mental descrita claramente en la literatura poética y médica desde la antigüedad hasta nuestros días. Homero, Plutarco, Hipócrates y Areteo la describieron tan claramente como cualquier observador moderno y no solo la describieron, sino que la distinguieron de entre otras alteraciones mentales, puntualizaron sus características y sugirieron esquemas razonables de tratamiento para esa época.

Hipócrates, aproximadamente en el año 450 A. de C., acuñó el término melancolía (bilis negra) para denotar la depresión, siendo esta la primera alusión científica y realizando las primeras referencias conceptuales y clínicas de esta enfermedad. En los años posteriores existieron otros personajes como Sorano de Efeso, San Agustín, etc. los cuales continuaron tratando de vislumbrar la naturaleza de este trastorno, más los conceptos médicos de las enfermedades mentales giraban alrededor de la interacción de cuatro humores del cuerpo (sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema), que eran el resultado de la combinación de cuatro cualidades básicas de la naturaleza (calor, frío, humedad y sequedad) marcados por Hipócrates.

Durante el período de la Edad Media, un largo período de oscurantismo invadió la Psiquiatría, predominando la creencia general de fuerzas sobrenaturales, demonología, pecado, etc., mas existieron quienes rechazaban estas ideas y retomaron los conocimientos acumulados con anterioridad (Bright, Burton, Willis, Piquer).

Ya en los albores del siglo XIX, Pinel, Esquirol, Falret y Baillarger, conceptúan con mayor precisión este tipo de alteración, marcando Esquirol que "La melancolía es un delirio parcial crónico sin fiebre; determinado y mantenido por una pasión triste, debilitante o depresiva".

Hasta fines del siglo pasado, el término melancolía es el habitual para referirse al síndrome depresivo. A finales del siglo XIX, Kraepelin (1896) en su tratado sobre las enfermedades mentales, agrupa y clasifica todos los síndromes depresivos. Fue el primero en considerar que la depresión y la manía formaban parte de una misma enfermedad.

(Jiménez, 2002) Menciona que el nacimiento del término depresión es, con mucho, posterior que al de melancolía. Jackson (1989) afirma que su utilización en inglés surgió durante el s. XVII, pero ya hemos dicho que su uso frecuente no se consolida hasta el s. XIX. Vemos cómo una diferencia de al menos veinte siglos los separa, si contamos desde los tiempos hipocráticos. Anteriormente a esta aparición, el término usado sin lugar a dudas era el de melancolía y algunas variaciones de términos sinónimos que hemos visto que surgieron. A partir de finales del s. XVIII y principios del XIX, la utilización del término depresión va in crescendo, dejando poco a poco desplazado al de melancolía. Durante el s. XX se produce una fuerte confusión entre ambos términos, no sólo entre los autores especializados, sino a nivel popular. En la actualidad, la primacía del término depresión es indiscutible, quedando una minoría de autores que prefieren seguir hablando de melancolía, razón por la que decimos que el problema está relativamente superado. Su evolución que el término ha tenido a través de las diferentes clasificaciones.

Concluimos que si bien es a partir del s. XVII cuando comienza a estar presente en las discusiones y textos relativos a las afecciones del humor, no es hasta entrados el s. XIX cuando su uso comienza a ser masivo acompañado de dos hechos fundamentales. En primer lugar, el término depresión comienza

a utilizarse no con carácter descriptivo, para referirse al humor básico o al estado afectivo de un determinado trastorno, sino como entidad diagnóstica. En segundo lugar, el uso del término melancolía progresivamente va viéndose desplazado por éste.

## **2.2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN**

(Duran, 2018) En la realización de su tesis llamada “Prevención de la depresión en adolescentes, taller dirigido a padres de familia”. Donde el autor elabora esta tesis para obtener el título de licenciado en psicología, donde esta tesina se presenta con un carácter cualitativo-descriptivo la descripción la adolescencia, sus características, así como definiciones de la depresión, causas y consecuencias. Su objetivo de esta tesis fue: Reconstruir el papel de los padres en la familia, para que comprendan la importancia de la comunicación, el afecto y la confianza con sus hijos, contribuyendo a la mejora de sus relaciones intrafamiliares y sociales, promoviendo así los factores protectores ante la depresión.

Sus objetivos específicos planteados son: Comprender los conceptos de Adolescencia y Depresión, así como las causas, consecuencias, tipos y sintomatología de esta última, analizando los diversos factores de riesgo por los que puedan estar pasando nuestros adolescentes, para que los padres tomen conciencia sobre como poder prevenir este trastorno y sus complicaciones. Rescatar los valores morales, tales como el amor, el respeto y la confianza en los padres, que han servido de cimiento al progreso, al bienestar y al desarrollo colectivo e individual de la familia, con el fin de prevenir la depresión, siendo así una base para los factores protectores ante la depresión. Lograr una reflexión sobre la prevención, obteniendo un panorama más amplio y preciso, para que los padres sepan cómo poder aplicar lo aprendido, favoreciendo los factores protectores y minimizar riesgos de depresión en sus hijos adolescentes.

La investigación de esta tesis se aborda a la situación de nuestro país, de acuerdo a los índices de los países con mayor aumento en lesiones autoinfligidas, incluido el suicidio, a causa de enfermedades mentales, principalmente la depresión; ya que en México la atención a la salud mental no se ejecuta como debería, porque en el caso de los adolescentes, estos no aceptan que son más propensos a los efectos de la depresión; y esta situación atañe a toda la familia.

Lamentablemente en México solo el 17.7% de los que padecen depresión reciben la atención médica que se requiere, y este permite dimensionar la magnitud del problema; y aquí es donde los padres de familia juegan con un rol decisivo que suele ser en pro o en contra para la estabilidad de los jóvenes.

En esta tesis se menciona la teoría de Freud en el que dice que la depresión se llega denominar como duelo y melancolía donde lo definió el duelo como el proceso de "desprendimiento" libidinal del objeto amoroso; es decir, el tiempo que la persona tarda en despojar al objeto de la carga libidinal, de la situación comunicativa afectiva y amorosa que desarrollo con él, ante la pérdida de este, Se puede definir el duelo actualmente, siguiendo esta perspectiva, como el estado psicofísico también real, que se puede dar ante una situación actual, como consecuencia de la pérdida del ser amado o de una situación vital. Además, plantea las diferencias entre la perdida consciente que es real y evidencia duelo, y la perdida inconsciente relacionada con la melancolía.

Por esta razón, la presente tesis tiene como método de fortalecer el vínculo familiar, mediante un taller de prevención de la depresión en adolescentes, dirigido a padres de familia, con el objetivo de que comprendan la importancia de la relación con los hijos a través de la comunicación, el afecto y la confianza; como factores protectores ante el riesgo de depresión.

Esta tesis tiene un vínculo con la nuestras porque los padres de familia son donde también pueden ser un principal factor de que los adolescentes padezcan depresión por el trato que tengan ellos a sus hijos, como también un método de prevención ya que si los padres se les informa debidamente sobre la depresión o factores relacionados se puede llegar a prevenir.

La tesis concluye dando los beneficios del taller dado que los padres podrán adquirir un panorama amplio, claro y conciso sobre la adolescencia y sus cambios, para comprender mejor las características sobre esta etapa y el comportamiento de sus hijos, esto les permitirá acercarse más a sus hijos, mejorando su comunicación, así como una convivencia sana de padres-hijos y una relación familiar fructífera.

(Castillo, 2012) Llego a realizar una tesis llamada “programa de prevención en adolescentes con un trastorno depresivo”. El autor elaboro esta tesis para obtener el título de licenciado en psicología, consiste en una investigación realizada en la Universidad de Sotavento, Orizaba estado de Veracruz, México. Debido a que en la actualidad y en los últimos años los jóvenes de la ciudad de Orizaba, Veracruz se autoflagean para poder disminuir algún sufrimiento de origen psicológico, donde enfrentan a circunstancias que pueden desencadenar un trastorno depresivo, y la mayoría no saben las consecuencias ni cómo tratarlo.

Su objetivo de esta tesis fue: Comprobar si el trastorno depresivo tiene como consecuencia al suicidio y la autoflagelación en un adolescente de entre los 16 y 18 años de edad en la Universidad de Sotavento Campus Orizaba. Sus objetivos específicos fueron: Delimitar el tema a investigar. Recabar toda información relacionada con la depresión, autoflagelación y el suicidio. Aplicar al instrumento de medición para comprobar la hipótesis.



La finalidad de este proyecto es poder evitar que los adolescentes cometan la práctica de la autoflagelación y el suicidio, y a su vez pueda compartir la información que se les presente y lo principal, que puedan compartir con sus similares las experiencias que ha atravesado. Se realizó a base de una investigación que el creciente número de casos relacionados con la depresión ha sido alarmante en los últimos años en nuestra sociedad, ya que aproximadamente un 17%, es decir 20 millones 660 mil mexicanos padecen depresión. De acuerdo a estudios realizados por el INEGI en el 2005, uno de cada 5 mexicanos padece depresión y solo uno de cada diez recibe la atención adecuada.

En esta tesis menciona tres teorías en la psicoterapia conductual para el tratamiento de las depresiones más comunes y reactivas que son: “Bajo proporción de reforzamiento”, La depresión se debe a una baja proporción de reforzamiento positivo seguido de respuestas específicas, bien porque existen pocos acontecimientos reforzadores e el ambiente del paciente y porque este no puede tener y respuestas traficantes (posiblemente por falta de habilidades sociales).

Los síntomas cognitivos y verbales de la depresión son consecuencia de la ausencia de respuestas que crea está pérdida de reforzamiento. Es decir, el individuo deja de ser más esfuerzos para obtener los resultados deseados porque los anteriores fracasaron. La terapia se dirige a identificar fuentes potenciales de reforzamiento en el ambiente del paciente y a desarrollar métodos para aumentar su disponibilidad (entrenamiento en habilidades sociales). Pérdida de control: Indefensión aprendida. Una persona se deprime cuando cree que su conducta tiene poco o ninguna influencia sobre el resultado de los acontecimientos, es decir, no tiene ningún control. La terapéutica incluye: Cambiar la posibilidad de acontecimientos provocadores de depresión con cambios ambientales. Reevaluar las metas y las normas del paciente que se vuelve más realista y reducir la posibilidad de que insista en el fracaso (puede utilizarse varios tipos de terapias cognitivas para ellos).

Modificar atributos poco realistas de los fracasos, resaltando las circunstancias que impiden el resultado deseado. Modificar atributos pocos realistas de éxito, resaltando las cualidades personales relevantes (fomento de autoestima).

Distorsiones cognitivas: El estado depresivo surge de distorsiones cognitivas basadas en un conjunto de pensamientos negativos respecto al visón del individuo de sí mismo, del mundo y del futuro. La terapia se dirige a la variedad creciente de actividades del paciente, identificando los pensamientos automáticos que siguen a la percepción de una dificultad, generando pensamientos alternativos (no depresivos) más realista y adaptable poniendo a prueba la credibilidad de estas alternativas y modificando los supuestos inadaptados que parecen caracterizar los pensamientos automáticos que conducen a las respuestas depresivas.

Esta tesis coincide con la nuestra porque nosotros hablamos sobre cómo prevenir la depresión en los jóvenes donde buscaremos técnicas y herramientas para prevenirlo y el creador de esta tesis elaboro un taller para prevenir e informar a los jóvenes de la depresión en el cual tenemos como objetivo reducir los casos de depresión ante los adolescentes de 16 y 18 años. Donde ha incrementado la depresión siendo es un síntoma psíquico muy frecuente en el tipo de vida que llevamos, nuestras relaciones familiares (problemas con la pareja o los hijos), en el ámbito académico (problemas de la escuela o la universidad) o laboral (falta de empleo, remuneración insuficiente, problemas con el jefe) y otros. La misma que lleva al que siente la soledad, la pérdida de motivación, el retraso motor y la fatiga. Puede llegar incluso a convertirse en un trastorno psicótico donde el individuo se queda completamente incapacitado para actuar en forma normal en su vida de relación.

La persona deprimida muestra una marcada tendencia a considerarse como deficiente. Inadecuada e inútil y atribuye sus experiencias desagradables a un defecto físico, moral o mental, donde tiende rechazarse a sí misma, ya que cree que los demás lo rechazarán.

Esta tesis concluye con una propuesta donde se ha organizado una serie de talleres relacionados principalmente al autoconocimiento personal, a la depresión, el suicidio y la autoflagelación. Donde su propósito es concientizar a los jóvenes, donde se hablará temas como los valores, la autoestima entre otros.

## **2.3 MARCO TEÓRICO**

### **2.3.1 Definición de la Depresión**

La depresión se trata de un trastorno psíquico, habitualmente recurrente, que causa una alteración del estado de ánimo de tipo depresivo (tristeza) a menudo acompañado de ansiedad, en el que pueden darse, además, otros síntomas psíquicos de inhibición, sensación de vacío y desinterés general, disminución de la comunicación y del contacto social, alteraciones del apetito y el sueño (insomnio tardío) agitación o enlentecimiento psicomotor, sentimientos de culpa y de incapacidad, ideas de muerte e incluso intento de suicidio, etc. así como síntomas somáticos diversos.

Hollon y Beck (1979), definen la depresión como el síndrome en el que interactúan diversas modalidades: somática, afectiva, conductual y cognitiva. Considerando que las distorsiones cognitivas en el análisis y procesamiento de la información, son la causa principal del desorden a partir del cual se desatan los componentes restantes. (García A. L., 2009)

Los trastornos depresivos se caracterizan por una tristeza de una intensidad o una duración suficiente como para interferir en la funcionalidad y, en ocasiones, por una disminución del interés o del placer despertado por las actividades. (Coryell, 2020).

### **2.3.1.2 Sintomatología**

El síntoma más característico de las depresiones es la tristeza (Gaston & Navarro, 2007). En el paciente depresivo es:

- ❖ Intensidad superior a la esperable para la situación ambiental en la que se encuentra el sujeto. El paciente la describe como diferente a otras experiencias tristes que hubiera podido sufrir previamente, y existe mayor sensación de pérdida de control y gran dificultad o incluso imposibilidad para motivarse por otras cuestiones que no sean el foco de su tristeza.
- ❖ Lentitud de movimientos, gesticulación facial y corporal escasa, sensación de fatiga, irritabilidad, llanto fácil, temor a la toma de decisiones, pérdida de apetito.
- ❖ Insomnio: Muy característico de las formas más graves, es lo que llamamos despertar precoz (se duerme bien las primeras horas de la noche, y después, ya de madrugada, el paciente se despierta y ya no puede volver a conciliar el sueño).
- ❖ Gran dificultad para pensar, bradipsiquia.
- ❖ La anhedonia, que consiste en una dificultad enorme para disfrutar de las situaciones y condiciones de la vida que antes de enfermar producían placer en la persona. Síntomas físicos, como dolor de cabeza, molestias digestivas, dolor generalizado, etc.
- ❖ Pensamientos pesimistas, con aumento de sentimientos de culpa por cosas hechas en el pasado. En casos graves las ideas pesimistas pueden llegar a ser delirantes, es decir, a no tener ninguna lógica.

Pensamientos relacionados con la muerte, bien en forma de «sería mejor estar muerto», o bien, y entonces aumenta mucho el riesgo de suicidio, planificando el método de cómo quitarse la vida.

## **2.3.2 Adolescencia**

### **2.3.2.1 Definición de adolescencia**

(OMS, 2021) Define:

La adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia.

La adolescencia es un periodo de preparación para la edad adulta durante el cual se producen varias experiencias de desarrollo de suma importancia. Más allá de la maduración física y sexual, esas experiencias incluyen la transición hacia la independencia social y económica, el desarrollo de la identidad, la adquisición de las aptitudes necesarias para establecer relaciones de adulto y asumir funciones adultas y la capacidad de razonamiento abstracto.

### **2.3.2.2 Depresión en la adolescencia**

Los adolescentes son uno de los grupos que presenta mayor probabilidad de sufrir depresión, ya que en la etapa de la adolescencia se llevan a cabo

procesos de cambio físico, psicológico, sociocultural y cognitivo, que demandan de los jóvenes el desarrollo de estrategias de afrontamiento que les permitan establecer un sentido de identidad, autonomía y éxito personal y social. Además, la adolescencia es el periodo de desarrollo más importante para la adquisición y el mantenimiento de patrones de comportamiento saludable, que disminuyan el riesgo y prevengan el desarrollo de trastornos clínicos durante este periodo y la edad adulta. En particular, se ha encontrado que individuos con historias de depresión en la adolescencia presentan un alto porcentaje de continuidad del trastorno depresivo mayor en la edad adulta.

Un estudio realizado en Oregón, Estados Unidos, estimó que entre el 12% y el 22% de los jóvenes menores de 18 años ha sido diagnosticado con algún desorden mental y que al menos una tercera parte de los jóvenes experimenta un segundo diagnóstico durante el resto de su vida (Lewinsohn, Hops, Roberts, Seeley & Andrews, 1993, citado por Diclemente, Hansen & Ponton, 1999).

En la literatura se ha reportado que los jóvenes que han sufrido un sólo episodio depresivo mayor, sin condiciones comórbidas asociadas, se caracterizan por presentar algunos síntomas del trastorno antisocial y del trastorno límite de la personalidad. En el caso de los hombres se ha descrito una tendencia hacia un estilo atribucional positivo. En estos casos, la presencia de depresión en los familiares del joven sucede en baja proporción. En cuanto a los jóvenes que han sufrido episodios depresivos recurrentes, se han asociado las variables de ser mujer, presentar varios síntomas del trastorno límite de la personalidad y conflictos con los padres (para las mujeres solamente). Se reporta, además, una alta proporción del trastorno depresivo mayor recurrente en los familiares de estos jóvenes (Lewinsohn y cols., 2000). En particular, se ha señalado que los hombres jóvenes que sufren trastorno depresivo mayor recurrente, tienden a tener un estilo atribucional negativo y a consumir sustancias psicoactivas durante la adolescencia. En los años de la

adulthood temprana (o adolescencia tardía), los diagnósticos que se asocian a estos casos son los trastornos de personalidad límite y antisocial (Lewinsohn y cols., 2000).

Las personas que sufren depresiones durante la adolescencia y que tienden a desarrollar problemas psiquiátricos durante su adulthood temprana se han caracterizado como jóvenes que presentan episodios depresivos más severos, es decir, de mayor duración, con múltiples episodios, mayor número de síntomas e historia de intentos de suicidio. En general, estos casos se caracterizan por elevados niveles de estrés, conflicto y dependencia interpersonal. En el caso contrario, se ha reportado que la presencia de un trastorno mental no afectivo en la adolescencia no predice la presencia de un trastorno afectivo en la adulthood temprana (Lewinsohn y cols., 2000).

En cuanto a las manifestaciones clínicas de los trastornos depresivos en la adolescencia, en ocasiones se destacan algunos síntomas que aparecen desde la infancia y se recrudecen después de la pubertad. El síntoma característico de la depresión es el cambio notable en el estado de ánimo, que puede ser encubierto por irritabilidad o por problemas de conducta.

En los cuadros depresivos de los escolares mayores y los adolescentes menores hay cambios graduales. Los escolares mayores tienden a somatizar más sus quejas, a presentar mayor agitación psicomotora y, en ocasiones, alucinaciones. La apariencia depresiva en estas edades no es el único criterio a tener en cuenta, es necesario atender los reportes de los adolescentes acerca de una mayor incidencia de síntomas de desesperanza y falta de capacidad para disfrutar lo que hacen. Además, es necesario fijarse otras referencias como la necesidad de dormir más, cambios en el peso corporal, presencia de ideas acerca de la muerte e ideación suicida (Bernad, 2000).

La prevalencia de la depresión aumenta durante la adolescencia y alcanza su nivel más alto en la adultez temprana. Según Aalto Setala, Marttunen, Tuulio Henrikson, Poikolainen & Lonnqvist (2002), se ha identificado que los casos en que no se diagnostican ni tratan síntomas depresivos en la adolescencia tienen una mayor probabilidad de presentar en la adultez temprana un mayor índice de depresión, funcionamiento psicológico y social adverso, y abuso de sustancias.

### **2.3.3 Subtipos de la depresión**

Según (Gaston & Navarro, 2007) Podemos clasificar la depresión en cuatro subtipos:

#### **2.3.3.1 Depresión mayor**

Los síntomas depresivos son intensos y aparecen en forma de episodios (duran semanas o meses). El episodio depresivo mayor es la forma más frecuente de los trastornos depresivos. Se presenta en el transcurso de una depresión unipolar recurrente o de los trastornos bipolares, en los cuales también se presentan episodios de manía o de hipomanía (en la que el estado de ánimo elevado no provoca trastornos severos en la percepción de la realidad y en la toma de decisiones de consecuencias graves).

##### **2.3.3.1.1 Criterios diagnósticos de depresión mayor**

Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de dos semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa.

- ❖ Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto.
- ❖ Insomnio o sueño excesivo casi cada día.



- ❖ Inquietud o lentitud casi cada día.
- ❖ Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
- ❖ Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o incoherentes casi cada día.
- ❖ Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

### **2.3.3.2 Distimia (o trastorno distimico).**

Los síntomas depresivos son menos intensos, pero son muy incapacitantes porque son crónicos (duran como mínimo dos años).

#### **2.3.3.2.1 Criterios diagnósticos de trastorno distimico**

Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos dos años.

- ❖ Pérdida o aumento de apetito.
- ❖ Insomnio o sueño excesivo.
- ❖ Falta de energía o fatiga.
- ❖ Autoestima baja.
- ❖ Dificultad para concentrarse o para tomar decisiones.
- ❖ Sentimiento de desesperanza.

#### **2.3.3.3 Trastorno adaptativo**

Los síntomas depresivos son leves, están presentes durante un período breve de tiempo y se deben a algún problema (factor estresante agudo) que ha sufrido el paciente.

#### **2.3.3.3.1 Criterios diagnóstico de trastorno adaptativo**

- La aparición de síntomas emocionales (por ejemplo, se siente triste o vacío) o conductuales en respuesta a un factor estresante identificable tiene lugar dentro de los tres meses siguientes a la presencia del factor estresante.
- Estos síntomas o comportamientos se expresan, clínicamente, del siguiente modo: malestar mayor de lo esperable en respuesta al factor estresante y deterioro significativo de la actividad social, laboral o académica

#### **2.3.3.4 Otros trastornos depresivos**

En este apartado hay que incluir los síndromes depresivos que pueden formar parte del conjunto de síntomas de otras enfermedades psiquiátricas (por ejemplo, el trastorno bipolar) y no psiquiátricas (por ejemplo, anemias, esclerosis múltiple, hipotiroidismo). Este subgrupo de depresiones, por no ser entidades clínicas por sí solas, sino que forman parte de otras enfermedades, no se abordarán en este DVD.

#### **2.3.4 Estudios epidemiológicos**

(Carod, 2006) Desde un punto de vista epidemiológico, con la utilización de datos procedentes de ingresos en hospitales, muestras de la comunidad y centros de rehabilitación, la depresión mayor según criterios del DSM-IV puede afectar al menos a un 25% de los pacientes, mientras que la depresión menor aparece en un 10% a 30%. Series de casos, registros de hospitales y centros de rehabilitación Las series de casos, con inclusión de registros de ictus y de unidades de rehabilitación, muestran una prevalencia mayor de DPI (40-54%).

En cambio, los estudios de base poblacional han encontrado una prevalencia mucho menor, entre un 23 y un 32%. En España, en un estudio realizado en 90 supervivientes de la Unidad de Ictus del Hospital San Carlos de Madrid, un 22% de los sujetos estaban deprimidos al alta y un 67% al año del ictus; el 38% tenían depresión mayor y el 29% depresión menor. Desde un punto de vista temporal, la prevalencia de DPI se ha estimado en un 6% a 40% en las primeras dos semanas del ictus, 50% a los 3 meses, 20% a 50% al año y 20% a los 2 años. Los trabajos pioneros sobre DPI se deben a Robinson et al. Su grupo estudió y comparó la DPI de aparición aguda y tardía en un estudio longitudinal prospectivo de dos años (10-13). Observaron que los pacientes que estaban deprimidos en el hospital (26%), continuaban deprimidos a los seis meses del ictus.

La depresión mayor, como norma, se resolvía espontáneamente en los dos primeros años del ictus, mientras que la depresión menor permanecía más tiempo. Un estudio realizado en una Unidad de Rehabilitación encontró una prevalencia de depresión mayor y menor a los dos meses tras el ictus de un 18 y un 14%, respectivamente, mientras que a los 15 meses era globalmente de un 12%. La depresión mayor duraba unas 39 semanas la menor, sólo 12 semanas, tenía una mortalidad más alta y se acompañaba de antecedentes familiares de trastornos afectivos o de ansiedad.

Resultados de los estudios poblacionales o de base comunitaria Wade et al investigaron la historia natural y la prevalencia de DPI en una muestra comunitaria de 976 pacientes en Bristol. Los supervivientes, un 60%, se evaluaron a las tres semanas, y a los 6 y 12 meses de haber sufrido un ictus. En cada punto de corte un 25% y 30% de los pacientes estaban deprimidos. Fueron los primeros autores en hacer notar la relación entre sexo mujer y DPI. Igualmente, señalaron que la depresión a las tres semanas era un factor pronóstico de depresión al año, ya que el 50% de los pacientes deprimidos a las tres semanas permanecía también al año de haber sufrido un ictus. Sharpe

et al siguieron 60 supervivientes de la cohorte de ictus de la comunidad de Oxfordshire 35 años tras un primer ictus, y observaron que la presencia de un síndrome depresivo evaluado por el DSM-III-R se presentaba en un 18% de los pacientes, de los que un 8,3% padecían depresión mayor. Andersen et al calcularon la incidencia de DPI durante el primer año en un 41%, con la aplicación de la escala de depresión de Hamilton en 209 supervivientes de un ictus. Un 79% de los pacientes padecían una DPI en los primeros meses del ictus un 10% en el primer mes, mientras que la frecuencia de nuevos casos al final del año sólo alcanzaba un 5%, un nivel comparable al grupo control.

En un segundo trabajo, analizaron las variables que se correlacionaban con DPI en 285 supervivientes a los 12 meses del ictus. En el estudio de ictus de la Comunidad de Perth, en Australia, la prevalencia de depresión según criterios DSM-III en 294 pacientes a los cuatro meses de un ictus fue de un 23% (depresión mayor 15%, depresión menor 8%). El 41% de los pacientes deprimidos a los cuatro meses continuaba a los 12 meses.

La prevalencia de trastorno depresivo en controles era de un 7,5%, muy similar a las cifras del estudio de Oxfordshire. Kotila et al [27] han comparado la incidencia y gravedad de la depresión 3 y 12 meses después de un ictus en pacientes y en sus cuidadores principales en cuatro distritos de Finlandia, dos de ellos con programas de intervención tras el alta hospitalaria del ictus. A los 3 meses, un 41% de los pacientes de los distritos con programas activos estaban deprimidos y un 54% de los pacientes de los distritos control, y se mantuvo la diferencia a los 12 meses.

### **2.3.5 Factores de riesgo**

Indica los diferentes tipos de riesgo que conlleva a lo que conocemos como depresión (Jadán, 2017).

### **2.3.5.1 Nivel Socioeconómico**

En numerosos estudios se ha comprobado que tanto la pobreza como un nivel socioeconómico bajo van acompañados de mayor prevalencia de depresión, algunos factores determinan que sería una determinada predisposición genética, la que estaría determinando el que los sujetos fracasaran en la posibilidad de alcanzar posiciones sociales más altas. (Lisdabl, Najel, Mac & Tapet, 2013).

### **2.3.5.2 Acontecimientos traumáticos en la infancia /depresión infantil.**

La pérdida parenteral durante la infancia ha sido considerada como un factor predisponente para padecer el trastorno depresivo en la edad adulta, por lo que podría triplicar el riesgo de depresión, así como aumentar los episodios padecidos. Pero no está del todo confirmado y más se lo observa como un factor general e inespecífico. (Pérez, Rodríguez, Dussan & Ayala, 2010).

Otro de los factores que determinan la depresión son infantil son la baja estima, la historia de abusos sexuales y físicos de la infancia, o una pobre percepción del rol de la familia. También mediante estudios se pudo determinar que aquellos pacientes neuróticos con alta sensibilidad interpersonal y juicio negativo sobre las relaciones relataban marcado autoritarismo y sobreprotección maternas durante la infancia. (Lisdabl, Najel, Mac & Tapet, 2013).

### **2.3.5.3 Entorno social y familiar**

Las relaciones parenterales tienen un papel importante en el desarrollo de trastornos depresivos. En numerosos estudios retrospectivos se ha manifestado que las personas deprimidas percibían que sus padres habían sido sobreprotectores e intrusivos, y que de alguna manera utilizaban

estrategias culpabilizadoras y ansiógenas para ejercer control sobre ellas. (Lisdabl, Najel, Mac & Tapet, 2013).

#### **2.3.5.4 Personalidad**

Según (Chinchilla Moreno, 2008) manifiesta:

Los rasgos neuróticos son los que más se relacionan con depresión, determinando en parte su curso y evolución, ya que se ha observado que son aquellos individuos más neuróticos y con mayores niveles de rigidez y obsesividad los que presentan tasas de cronicidad más altas. Estas características se han encontrado más en mujeres que en hombres. Las mujeres presentan mayores puntuaciones que los hombres para deseabilidad social, neuroticismo, extroversión y responsabilidad, mientras que los hombres puntuaron más para apertura de experiencias. Los resultados apuntaron a que las diferencias por género en los factores de personalidad, especialmente el neuroticismo, podrían jugar un papel muy importante actuando como mediadores en la relación entre ser mujer y sufrir depresión.

#### **2.3.5.5 Sustancias Psicoactivas**

Las manifestaciones mentales de los individuos pueden responder a patrones culturales que influyen en el comportamiento y a factores individuales o genéticos que producen la enfermedad mental o la salud mental. Una de estas manifestaciones corresponde a las conductas adictivas hacia sustancias psicoactivas, o el abuso de sustancias, entendido como un patrón desadaptativo de consumo, expresado en consecuencias adversas significativas y recurrentes que pueden llevar al incumplimiento de obligaciones importantes, al consumo en situaciones de peligro físico, a problemas legales múltiples y problemas sociales e interpersonales. (Lanquin, 2012).

Las sustancias psicoactivas, bien sean aceptadas o ilegales, constituyen "sustancias exógenas que afectan el sistema nervioso central, induciendo a respuestas que generalmente son reconocidas subjetivamente como de calma, energía o placer". Los costos de su consumo se miden en cuanto a los efectos adversos para la salud, que se reflejan en los gastos para el tratamiento del abuso y desórdenes asociados, así como la morbilidad y mortalidad prematura, y la pérdida de la productividad de la persona, el crimen, la violencia, y los programas de rehabilitación social. (Lanquin, 2012).

### **2.3.6 Causas de la depresión**

(Gaston & Navarro, 2007) Consideran que hay diversos factores implicados:

#### **2.3.6.1 Factores relacionados con la personalidad del paciente:**

Presentar un carácter con alguna cualidad extrema (inseguridad, dependencia, hipocondría, perfeccionismo, autoexigencia) predispone a padecer depresiones.

#### **2.3.6.2 Factores ambientales:**

Sufrir algún problema (económico, familiar, de salud) predispone a padecer un trastorno depresivo. Esto sucede con mayor frecuencia cuando los acontecimientos adversos son múltiples y son experiencias negativas de distintos tipos. Son especialmente relevante en este caso las situaciones de abuso infantil o ambientes de violencia familiar.

### **2.3.6.3 Factores biológicos**

#### **2.3.6.3.1 Alteraciones cerebrales**

Una alteración en el funcionamiento de dos áreas del cerebro (área frontal y área límbica) motivan la aparición de un trastorno depresivo. No existe una lesión anatómica visible.

#### **2.3.6.3.2 Alteraciones en neurotransmisores**

Para que el cerebro funcione correctamente debe existir una comunicación correcta entre las diversas neuronas del cerebro. Las neuronas se comunican a través de unas moléculas denominadas neurotransmisores, como la serotonina, la noradrenalina y la dopamina. En la depresión la conexión neuronal mediante neurotransmisores no funciona bien. Los antidepresivos ayudan a normalizar este problema.

Algunos tipos de depresión tienden a afectar miembros de la misma familia, lo cual sugeriría que se puede heredar una predisposición biológica. Esto parece darse en el caso del trastorno bipolar (Candido, Scheuer & Scivoletto, 2012). Los estudios de familias con miembros que padecen del trastorno bipolar en cada generación, han encontrado que aquellos que se enferman tienen una constitución genética algo diferente de quienes no se enferman. Sin embargo, no todos los que tienen la predisposición genética para el trastorno bipolar lo padecen (Medina, 2011).

#### **2.3.6.4 Otros factores adicionales**

Contribuyen a que se desencadene la enfermedad, posiblemente tensiones en la vida, problemas de familia, trabajo o estudio. En algunas familias la depresión severa se presenta generación tras generación Sin embargo, la



depresión severa también puede afectar a personas que no tienen una historia familiar de depresión. Sea hereditario o no, el trastorno depresivo severo está a menudo asociado con cambios en las estructuras o funciones cerebrales. (Gonzales, Jiménez, Ramos & Wargner, 2008).

Las personas con poca autoestima se perciben a sí mismas y perciben al mundo en forma pesimista. Las personas con poca autoestima y que se abruma fácilmente por el estrés están predispuestas a la depresión. Las causas de los trastornos depresivos generalmente incluyen una combinación de factores genéticos, psicológicos y ambientales.

### **2.3.7 Diagnóstico de la depresión**

(Jadán, 2017) Menciona su clasificación:

#### **2.3.7.1. Evaluación Diagnóstica**

El primer paso para recibir un tratamiento adecuado para la depresión consiste en un examen médico. Ciertos medicamentos, pueden producir los mismos síntomas que la depresión. El médico debe descartar esas posibilidades por medio de un examen físico, entrevista del paciente y análisis de laboratorio. Si causas físicas son descartadas, el médico debe realizar una evaluación psicológica o dirigir al paciente a un psiquiatra o psicólogo. (Rodríguez et al, 2010).

Una buena evaluación diagnóstica debe incluir una historia médica completa. El médico debe preguntar acerca del uso de alcohol y drogas, y si el paciente tiene pensamientos de muerte o suicidio. Además, la entrevista debe incluir preguntas sobre otros miembros de la familia. (Chinchilla, 2008)

Por último, una evaluación diagnóstica debe incluir un examen del estado mental para determinar si los patrones de habla, pensamiento o memoria se han afectado, como pasa algunas veces en el caso de enfermedad depresiva o maníaco-depresiva. La selección del tratamiento dependerá del resultado de la evaluación. Existe una gran variedad de medicamentos antidepresivos y psicoterapias que se pueden utilizar para tratar los trastornos depresivos.

La psicoterapia sola es efectiva en algunas personas con formas más leves de depresión. Las personas con depresión moderada o severa más a menudo mejoran con antidepresivos. El psiquiatra puede recetar medicamentos y una de las diversas formas de psicoterapia que han mostrado ser efectivas para la depresión, o ambos, dependiendo del diagnóstico del paciente y de la seriedad de los síntomas. (Guía Clínica AUGÉ, 2013)

#### **2.3.7.1.1 Diagnóstico diferencial de la depresión**

Patologías medicas:

- Endocrino/Metabólicas: patología tiroidea (hipo e hipertiroidismo), diabetes, anemia, enfermedad de Cushing, enfermedad de Addison, Porfiria, deficiencia de vitamina B 12.
- Infecciosas: Tuberculosis, infección por el virus de Epstein-Barr, Virus de la inmunodeficiencia humana-Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH-SIDA), Sífilis terciaria.
- Neurológicas: Enfermedad de Alzheimer, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, ictus, epilepsia, síndrome postconusional.
- Neoplasias: Carcinomatosis, cáncer de páncreas.

#### **2.3.7.1.2 Trastornos mentales**

Trastorno de angustia/ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo trastorno bipolar, distimia, trastornos adaptativos, síntomas negativos de la

esquizofrenia, consumo de tóxicos, trastorno de la conducta alimentaria, trastorno de la personalidad, trastornos psicóticos. (Chinchilla, 2008)

#### **2.3.7.1.3 Fármacos**

Glucocorticoides sistémicos, anticonvulsivantes, neurolépticos, estimulantes, anticonceptivos orales.

#### **2.3.7.1.4 Consumo de drogas**

Alcohol, cocaína, pasta base de cocaína, anfetaminas, marihuana

El diagnóstico diferencial del episodio depresivo debe orientarse a constatar si la etiología es idiopática o puede estar relacionada con otra patología médica, trastorno mental, consumo de drogas o alguna medicación prescrita.

### **2.3.8 TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN**

#### **2.3.8.1 Psiquiátrico:**

En general, cualquier tratamiento se prescribe en función de la severidad sintomática, de la rapidez de sus efectos y de la moderación de los efectos secundarios. Hace varias décadas se utilizaban los IMAOS (inhibidores del mono amino oxidasa) y antidepresivos tricíclicos en el tratamiento de la depresión mayor y el litio. Sin embargo, tras comprobar que los antidepresivos tricíclicos podían precipitar una manía, se han iniciado nuevas investigaciones volviendo a recuperar tratamientos en desuso como la privación de sueño y el tratamiento con luz de elevada intensidad.

En casos de manía se suelen utilizar fármacos anti psicóticos (fenotiazinas) como coadyuvantes al tratamiento con litio como fármaco estabilizador del estado de ánimo en trastornos bipolares. O anti convulsionantes

(carbamazepina, clonazepam y valproato) si la sintomatología es acusada. En adolescentes, el tratamiento de elección solían ser los ISRS, pero las últimas investigaciones parecen mostrar un aumento de pensamientos y acciones suicidas en niños y adolescentes, asociados a este tipo de psicofármacos.

De hecho, el pasado 8 de noviembre de 2.008, la Agencia Española de medicamentos y productos sanitarios remitió una nota a los profesionales sanitarios, en la que desaconsejaba la utilización de los ISRS en el tratamiento de la depresión en niños y adolescentes, tras examinar varios estudios que vinculaban estos fármacos con el aumento de comportamientos suicidas en la citada población. Según un estudio de la Universidad de Maryland en Estados Unidos, el número de niños que toma psicofármacos por problemas de comportamiento y emocionales ha aumentado en más del doble en una década.

El problema es que se desconocen los efectos a largo plazo de estos medicamentos en una población tan joven. La otra cara de la moneda, la aportan las cifras que presenta Roger Vilar y que concluyen que de cada 10 depresivos, menos de 2 recibe tratamiento (los jóvenes no tratados pueden tener un episodio de Depresión Mayor cada seis meses aproximadamente, lo que significaría entre 6 y 12 recaídas durante la adolescencia). Por último, citar la TEC (terapia electroconvulsiva), como un tipo de tratamiento para casos severos que no responden a medicación o en casos con gran agitación o intentos de autolisis difícilmente controlables psicofarmacológicamente. Estas reservas en su utilización, provienen del hecho de que este tipo de intervención produce cambios profundos en el SNC (Sistema Nervioso Central) aunque se desconocen sus mecanismos de acción se supone que disminuye la cantidad de receptores adrenérgicos, aumentando la sensibilidad de los receptores dopaminérgicos y serotoninérgicos.

### **2.3.8.2 Eficacia del tratamiento psicofarmacológico:**

Según Salín Pascual, R. (1.997), la Depresión Mayor con melancolía debe tratarse con venlafaxina y no con ISRS., mientras que si la depresión tiene un componente ansioso, el tratamiento de elección sería la amitriptilina. En cuanto a los efectos secundarios, cita las náuseas en el caso de venlafaxina, fluoxetina y otros ISRS y el deseo sexual inhibido en el caso de ISRS, venlafaxina, ADT e IMAOS. Recomienda la utilización de antidepresivos tricíclicos como tratamiento de segunda elección en el caso de depresiones secundarias a problemas médicos y recuerda es fundamental individualizar, observar respuestas y sobre todo, establecer patrones familiares de respuesta a medicación en el caso de que existan antecedentes familiares demostrados.

### **2.3.8.3 Psicoterapéutico:**

La depresión, implica una serie de factores biopsicosociales complejos, aunque en la mayoría de los cuadros depresivos la relevancia de los factores biológicos, obliga a un tratamiento psicofarmacológico pautado. El tratamiento de la depresión en adolescentes, requiere de una serie de características específicas como son: Gran flexibilidad por parte del psicoterapeuta. Paciencia y empatía (al adolescente le resulta difícil poder mantener una conversación sobre sus problemas de forma unipersonal y con un adulto) Capacidad para generar un clima de confianza, que no induzca a vivir la psicoterapia de una forma intrusiva o controladora, hecho que conllevaría una no colaboración implícita o explícita. Precisamente, estas son algunas de las razones por las cuales en ocasiones se opta por un tratamiento grupal (unidades de tratamiento de trastornos de la alimentación, por ejemplo).

#### **2.3.8.4 Psicoanálisis:**

Las principales técnicas propuestas por autores especializados son: Entrevistas exigidas, Psicoterapia breve o de larga duración (Malan, Davanloo). Psicoterapia breve de provocación de ansiedad (Sifneos) Psicoterapia dinámica de tiempo limitado (Strupp) Terapia expresiva y de apoyo (Luvorsky).

#### **2.3.8.5 Terapia de Conducta:**

La Terapia de Conducta trabaja con la modificación de las conductas depresivas. Se llega al cambio conductual mediante el cambio en los sistemas de recompensa y castigo. Las fases incluyen: Análisis funcional de la conducta. Selección de conductas específicas. Registros. Entrenamiento en relajación. Entrenamiento en asertividad. Control de la conducta estado de ánimo. Detención, retraso y sustitución de pensamientos disfuncionales.

#### **2.3.8.6 Terapia Cognitivo-conductual:**

Desarrollada por Aaron Beck en 1.979, propone pautas específicas para el tratamiento de la depresión. Se basa en la idea de que la depresión posee una serie de síntomas producidos por distorsiones cognitivas. La terapia cognitivo conductual se centra en la resolución de objetivos concretos mediante la participación activa de terapeuta y paciente. Como estrategia, se manejan tres componentes: Didáctico (genera expectativas positivas como medio de aumentar la adherencia al tratamiento) Semántico (identificación y sustitución de pensamientos disfuncionales) Cognitivo o conductual (reducción de la frecuencia de pensamientos negativos).

### **2.3.8.7 Terapia Interpersonal:**

Centrada en interacciones interpersonales y en el entorno psicosocial como centro del tratamiento. Se utiliza la psicoeducación de la depresión en general. La definición de los problemas en función de los cuales se seleccionan tratamientos específicos son: Técnicas exploratorias directas e indirectas. Facilitación del afecto. Análisis de clarificación. Uso de la relación terapéutica.

### **2.3.8.8 Terapia Familiar:**

La Terapia familiar recomendada para este tipo de casos, es la Terapia familiar con componente sistémico. Eficacia del tratamiento psicoterapéutico: Apenas existen trabajos exhaustivos que evalúen la eficacia del total de tratamientos psicológicos, aunque la mayoría de ellos coinciden en recomendar la terapia cognitivo conductual como la más eficaz. Uno de los más rigurosos es la Tesis Doctoral de Montoya Fernández, M.J. (2.003) "Eficacia del tratamiento para la depresión infantil y adolescente; un estudio meta analítico", publicada por la Facultad de Psicología de la Universidad de Murcia, donde se concluye que los tratamientos psicoterapéuticos son eficaces en este tipo de trastornos, siendo la Terapia Cognitivo- Conductual la que muestra una mayor evidencia experimental.

### **2.3.8.9 Eficacia de tratamientos combinados:**

Varios investigadores de la Universidad de Duke, en Estados Unidos, han publicado una investigación en el Journal of American Medical Association (JAMA) en la que asignaban 439 adolescentes con depresión grave a cuatro grupos: Tratamiento con fluoxetina. Tratamiento con psicoterapia y fluoxetina. Tratamiento con psicoterapia. Placebo. Tras tres meses de tratamiento, obtuvieron los siguientes porcentajes de respuesta al tratamiento: Tratamiento con fluoxetina. (60,6%) Tratamiento con psicoterapia. (43,2) Tratamiento con

psicoterapia y fluoxetina. (71,6%) Placebo. (38,4%) Los autores concluyeron que tanto la fluoxetina como el tratamiento psicológico deberían estar disponibles en el tratamiento de la depresión adolescente. Sin embargo, el codirector de la publicación: Richard M. Glass, matiza estos resultados aludiendo a que el estudio deja dos preguntas sin resolver, la primera es si la fluoxetina es el único psicofármaco eficaz en el tratamiento de la depresión adolescente y la segunda es si la psicoterapia por sí sola es eficaz cuando se trata de depresiones moderadas o graves

### **2.3.9 Herramientas**

#### **2.3.9.1 Instrumentos utilizados para medición de la depresión:**

1. Inventario de depresión de Beck
2. Escala para la evaluación de la depresión de Hamilton
3. Escala de evaluación de la depresión de Montgomery-Asberg
4. Escala de evaluación de la depresión de Carroll

### **2.3.10 Técnicas de la prevención de la depresión**

#### **2.3.10.1 Mejorar la inteligencia emocional (IE)**

Manejar las emociones de forma inteligente se considera fundamental para la propia adaptación física y psicológica. La inteligencia emocional se entiende como un conjunto de habilidades que permiten percibir, valorar y expresar emociones, acceder a ellas, comprenderlas y, por último, regularlas. La experiencia emocional puede ser vivida de dos formas distintas: la experiencia directa y la reflexión acerca de la experiencia. (Moria & Saad, 2006).



Son muchas las investigaciones que concluyen que la inteligencia emocional es un indicador útil para valorar el bienestar emocional y el ajuste psicológico de las personas. De hecho, puntuaciones altas en inteligencia emocional se asocian con una interpretación más optimista de los sucesos que ocurren, una mayor satisfacción con la vida y una mayor de salud psíquica. (Ruiz, 2015)

En un principio se pensó que la relación entre inteligencia emocional y depresión era indirecta. Sin embargo, investigaciones posteriores han mostrado que un bajo nivel de IE influye directamente en las puntuaciones que se obtienen en depresión. Asistir a cursos o seminarios de inteligencia emocional puede ayudar a mejorar esta habilidad y, por tanto, a prevenir la depresión (Ruiz, 2015).

#### **2.3.10.2 Comer sano y equilibrado**

La dieta no va a curar la depresión, pero puede ayudar a que nos sintamos mejor. Comer sano y equilibrado mejora la salud y el bienestar mental, pues repercute en la salud general y, por tanto, en la salud mental. Algunos estudios afirman que la dieta mediterránea es ideal para prevenir la depresión. Esto ocurre porque es una dieta rica en folato y vitaminas del grupo B que son esenciales en las rutas metabólicas de la metionina, homocisteína y para la adenosil-metionina (SAM), implicadas en la biosíntesis de neurotransmisores que afectan al estado de ánimo, como la dopamina y la serotonina. (Ruiz, 2015).

Otras investigaciones afirman que comer alimentos ricos en ácidos grasos omega-3 (como sardinas, trucha o frutos secos) reduce los síntomas de la depresión. Además, comer alimentos ricos en triptófano ayuda a prevenir la depresión. Por último, es necesario evitar los alimentos grasos “trans” (como la bollería industrial), pues favorecen los síntomas depresivos. Estos participan

en el aumento peso corporal y hacen a los individuos más ser infelices (Ruiz, 2015).

### **2.3.10.3 Tener una vida social activa y practica tus hobbies**

Tener una vida social activa se ha demostrado que es eficaz para prevenir la depresión. Rodearse de buenos amigos, acudir a eventos y practicar los hobbies que nos gustan, son positivos para tener una vida más plena. Por tanto, es necesario no aislarse y salir a la calle a pasar buenos momentos. Apoyarte en tus amigos íntimos y en tus familiares, es decir, en personas que se preocupan por ti, es un factor protector de la depresión. Además, si éstos son divertidos, te harán pasar un buen rato y te transportarán a un estado de ánimo positivo y agradable. (Moria & Saad 2006).

Además, practicar nuestros hobbies da sentido a nuestras vidas. Encontrar esas actividades que nos motivan y nos hacen estar en estado de flow nos va a proporcionar momentos increíbles. De hecho, un estudio realizado en Japón demostró que aquellas personas que practicaban ejercicio físico regularmente, se alimentaban con una dieta saludable y disfrutaban de sus hobbies, eran más felices y eran menos propensos a sufrir depresión (Ruiz, 2015).

### **2.3.10.4 Ponerse metas realistas**

Incluso si se come sano, se hace deporte y se vive el presente, nada motivará más que tener un propósito en la vida o unos objetivos que conseguir. Una investigación de Blue Zones, concluyó que aquellos que tenían un propósito en la vida vivían hasta siete años más.

Ahora bien, marcarse objetivos irracionales tiene un efecto negativo en tu bienestar. Por tanto, es necesario que las metas que se marquen sean realistas. Por último, no hay que olvidar que no solamente los objetivos a largo

plazo van a tener un efecto positivo, sino que, además, es necesario tener objetivos a corto plazo para seguir motivado durante el proceso, algo que frecuentemente olvidamos (Ruiz, 2015).

#### **2.3.10.5 Evitar el alcohol y las drogas**

El alcohol es una droga de legal y socialmente aceptada que puede parecer inofensiva. La realidad es que, consumida de manera frecuente, puede causar problemas serios para la salud. Otras drogas como la marihuana, que también son catalogadas como drogas blandas, pueden provocar trastornos depresivos. (Moria & Saad 2006)

#### **2.3.10.6 Rol del psicólogo ante la prevención de la depresión**

El papel de los psicólogos es probablemente bien conocido en los tratamientos de la depresión clásicos, más psicoterapéuticos. El tratamiento psicológico ha demostrado ser tan exitoso que se ha convertido en el tratamiento preferido de elección en la mayoría de las guías clínicas para la depresión leve y moderada.

No obstante, Lowet también llama la atención sobre otras formas mucho más eficaces de intervención psicológica como la prevención. "La prevención de la depresión mediante la modificación de estrategias conductuales, la enseñanza de estrategias eficaces de afrontamiento para lidiar con sucesos negativos de la vida o proporcionar una educación clara sobre lo que está sucediendo cuando las personas se sienten deprimidas, son a menudo medidas altamente eficaces que los psicólogos pueden hacer en un número limitado de sesiones".

Desafortunadamente, el acceso a la atención psicológica no siempre es fácil en la mayoría de los países europeos, a pesar de estos prometedores avances. Lowet confirma: "La mayoría de los países europeos continúan

invirtiendo más en tratamientos médicos que en servicios psicológicos y menos aún en programas preventivos. Si queremos hacer frente a los desafíos del mañana, necesitamos cambiar nuestro enfoque e invertir más en la prevención de la depresión, así como en la accesibilidad de los servicios psicológicos y la investigación psicológica".

Julia Scharnhorst, psicóloga clínica y experta en salud mental ocupacional, manejo del estrés y resiliencia, añade: "En nuestro mundo basado en el conocimiento, los recursos mentales y la salud mental se vuelven más valiosos y más vulnerables. El objetivo es aumentar la resiliencia personal. Las personas resilientes son menos propensas a sufrir depresión u otros trastornos mentales". Los grupos destinatarios para las medidas de prevención son los niños y los adolescentes, así como los adultos. "Las intervenciones preventivas pueden reducir la incidencia de nuevos episodios de trastorno de depresión mayor en un 25% y hasta en un 50% cuando se ofrecen en un formato de atención escalonada", afirma Scharnhorst. A nivel mundial, el suicidio es la segunda causa de muerte entre los 15 y los 29 años.

Pero no sólo el aumento de la salud mental es un objetivo a trabajar. Los psicólogos también analizan las causas subyacentes de la depresión y de otros trastornos mentales. La depresión es el resultado de una compleja interacción de factores sociales, psicológicos y biológicos. Una de sus causas son los crecientes y mantenidos niveles de estrés especialmente en el lugar de trabajo. Las personas que han sufrido episodios de malestar en su vida (por ejemplo, pérdida de trabajo, pérdida de seres queridos o trauma) son más propensas a desarrollar una depresión.

La depresión en sí misma puede causar niveles aún más altos de estrés y de disfunción y así aumentar la gravedad del trastorno. Se trata de un nuevo desafío para la sociedad que necesita los esfuerzos combinados de los expertos, los responsables políticos y los empleadores. "El uso completo de

las estrategias de prevención de la depresión basadas en la evidencia aún no se ha realizado. Esta brecha entre lo que se sabe que es efectivo y la implantación de esas estrategias requiere todavía mucha acción y el fortalecimiento de los esfuerzos de investigación y difusión ", subraya Scharnhorst.

## 2.4 MARCO CONCEPTUAL

**Bradipsiquia:** Del griego bradys: "lento" y psyche: "mente" o "alma", la bradipsiquia es un síntoma del campo de la neurología cuya característica es la lentitud psíquica o retardo del pensamiento tanto en la expresión como en la comprensión, propia de los trastornos depresivos.

**Comunicación:** Es un proceso que consiste en la transmisión e intercambio de mensajes entre un emisor y un receptor. En este proceso, además del emisor y receptor, participan diferentes elementos.

**Consecuencia:** Se conoce como consecuencia a aquello que resulta a causa de una circunstancia, un acto o un hecho previos. La palabra tiene su origen en la expresión latina consequentia, formado de la raíz con que significa "conjuntamente" y sequi, que significa "seguir".

**Desprendimiento:** Es depender emocionalmente de otra persona significa paralizarnos si esa persona no nos da su aprobación; ser felices o desgraciados según el humor o la conducta del otro; tener constantes expectativas por lo que queremos que el otro sea.

**Diagnóstico:** Proceso en el que se identifica una enfermedad, afección o lesión por sus signos y síntomas. Para ayudar a hacer un diagnóstico, se pueden utilizar los antecedentes de salud o realizar un examen físico y pruebas, como análisis de sangre, pruebas con imágenes y biopsias.

- El canal de comunicación, que es el medio usado.
- El código, que es el lenguaje empleado.
- El contexto, que son las circunstancias donde se desarrolla la comunicación.
- El ruido o perturbaciones en la recepción del mensaje original.

**Epidemiología:** palabra derivada del griego “epi demos y logos”, es una disciplina científica en el área de la medicina que estudia la distribución, frecuencia y factores determinantes de las enfermedades existentes en poblaciones humanas definidas.

**Flouxetina:** Es un antidepresivo de la clase Inhibidores Selectivos de la recaptación de serotonina.

**Hipomanía:** Es un afectivo caracterizado por un ánimo persistentemente expansivo, hiperactivo y/o irritable, como también por pensamientos y comportamientos consecuentes a ese ánimo que se distingue de un estado de ánimo normal.

**Ictus:** El ictus, conocido como infarto cerebral o embolia, es una enfermedad cerebrovascular que se produce cuando hay una rotura u obstrucción en un vaso sanguíneo reduciéndose el flujo de sangre que llega al cerebro.

**Inconsciente:** El término inconsciente es empleado en el lenguaje corriente con diferentes sentidos. Como adjetivo, para referir por un lado aquello no consciente e involuntario de una acción o persona y por otro a la irreflexión e insensatez que puede presentar un individuo en un determinado momento; probablemente la actitud.

**Inteligencia emocional:** La inteligencia emocional refiere a las capacidades y habilidades psicológicas que implican el sentimiento, entendimiento, control y modificación de las emociones propias y ajenas.

**Melancolía:** Es un sentimiento caracterizado por un estado de profunda tristeza, que se manifiesta en los individuos como desánimo, abatimiento y apatía ante las cosas y ante la vida. La melancolía, en este sentido, supone una tendencia hacia los pensamientos tristes y pesimistas, una permanente sensación de minusvalía y una fijación constante en las carencias propias, así como la pérdida del interés por los asuntos afectivos.

**Neurología:** La neurología es la especialidad médica que tiene competencia en el estudio del sistema nervioso, y de las enfermedades del cerebro, la médula, los nervios periféricos y los músculos.

**Neurótico:** Son trastornos neuróticos como todo tipo de trastornos mentales que tienen un teórico origen psicológico, en los cuales el juicio de realidad es totalmente correcto en todo momento y que los síntomas se consideran de gravedad menor.

**Neurotransmisores:** Son sustancias químicas creadas por el cuerpo que transmiten señales (es decir, información) desde una neurona hasta la siguiente a través de unos puntos de contacto llamados sinapsis.

**Nosología:** Parte de la medicina que se ocupa del estudio individual de las enfermedades.

**Psicofísico:** El psicofísico es una disciplina de la psicología que se encarga de analizar el vínculo existente entre la magnitud de los estímulos de tipo físico y la intensidad de la percepción para la persona.

**Sociocultural:** Se utiliza el término sociocultural para hacer referencia a cualquier proceso o fenómeno relacionado con los aspectos sociales y culturales de una comunidad o sociedad.

**Sustancia psicoactiva:** Es toda sustancia que introducida en el organismo, por cualquier vía de administración, produce una alteración del funcionamiento del sistema nervioso central y es susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas.

**Terapia electroconvulsiva:** La terapia electroconvulsiva, también conocida como electroconvulsoterapia o terapia por electrochoque, es un tratamiento psiquiátrico en el cual se inducen convulsiones utilizando la electricidad.



## Bibliografía

Carod, A. F. (2006). Post-stroke depression (I). Epidemiology, diagnostic criteria and risk factors. *Revista de Neurología*, Pag. 1-22.

Castillo, G. M. (2012). Programa De Prevención En adolescentes Con Un Trastorno Depresivo. *Universidad de Sontavento A.C*, 1-131.

Coryell, W. (Marzo de 2020). *Manual MSD: Versión para profesionales* . Obtenido de <https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/trastornos-depresivos#:~:text=La%20depresi%C3%B3n%20es%20un%20trastorno,.%20C%20dificultad%20para%20concentrarse>).

Duran, A. M. (2018). Prevención de la depresión en adolescentes, taller dirigido a padres de familia. *Universidad Nacional Autónoma De México*, 1-59.

García, A. L. (2009). La depresión en adolescentes . *Estudios de Juventud* , Pag. 85-104.

García, N. D. (2017). *Universidad del Rosario*. Obtenido de <https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/18022/Trabajo%20de%20grado%20David%20Garc%EDa%20Neme%20FINAL%20corregido.pdf;jsessionid=59F0EADB159085A5F23E034D1956C675?sequence=1>

Gaston, & Navarro. (2007). La depresión. *Guía interactiva para pacientes con enfermedades de larga duración*, pag. 1-19.

Jadán, L. C. (2017). Depresión en adolescentes de 14 a 16 años del Colegio 27 de febrero de la ciudad de Loja. *Universidad Nacional de Loja*, Pag. 1-165.

Jiménez, G. G. (2002). *Universidad Computense de Madrid*. Obtenido de <https://eprints.ucm.es/id/eprint/4430/1/T26480.pdf>

OMS. (2021). *Organización Mundial de la Salud* . Obtenido de [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/es/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/)

Zoch, Z. C. (Abril de 2002). *Depresion* . Obtenido de <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/textos/depresion2005.pdf>