

## ÍNDICE

|                                                   |    |
|---------------------------------------------------|----|
| Introducción-----                                 | 1  |
| ¿Qué es la depresión?-----                        | 2  |
| Historia de la depresión-----                     | 3  |
| Tipos de trastornos-----                          | 5  |
| Trastorno depresivo mayor-----                    | 5  |
| Trastorno depresivo bipolar-----                  | 6  |
| Trastorno distimico-----                          | 10 |
| ¿Por qué se producen las depresiones? causas----- | 11 |
| Alteraciones biológicas-----                      | 12 |
| Alteraciones genéticas-----                       | 12 |
| Alteraciones psicológicas-----                    | 13 |
| ¿A quién suele afectar?-----                      | 14 |
| La depresión en el hombre-----                    | 14 |
| La depresión en la mujer-----                     | 14 |
| La depresión posparto-----                        | 15 |
| La depresión en la vejez-----                     | 15 |
| La depresión en la niñez-----                     | 16 |
| Consecuencias-----                                | 17 |
| Consecuencias medioeconómicas-----                | 18 |
| Diagnóstico y síntomas-----                       | 20 |
| Como se identifica una depresión-----             | 20 |
| Como tratar a un enfermo depresivo-----           | 29 |
| Testimonios-----                                  | 32 |
| Tratamiento-----                                  | 35 |

|                              |    |
|------------------------------|----|
| Tranquilizantes menores----- | 36 |
| Antidepresivos-----          | 37 |
| Terapia naturista-----       | 38 |
| Psicoterapia-----            | 38 |
| Terapias-----                | 40 |
| Conclusión-----              | 42 |
| Bibliografía-----            | 43 |

## INTRODUCCIÓN

El motivo por el que escogí este tema para hacer mi trabajo fue porque me interesaba mucho saber más sobre las depresiones ya que he vivido una de muy cerca.

De un principio quería hacerlo de la depresión y la esquizofrenia pero me decanté por la depresión ya que creo que hay más gente de lo que creemos que la padecen.

Me gustaría aprender cosas sobre este tema, sus causas, síntomas y consecuencias.

Un amigo de la familia, que es psicólogo, me animó para hacer este trabajo y me ayudó bastante.

Hace unos años viví como un familiar padecía esta enfermedad y realmente no se ni porque estaba siempre triste, llorando y sin ganas de nada, con este trabajo espero averiguar el porque.

## ¿QUÉ ES LA DEPRESIÓN?

La palabra depresión viene del latín depressio que quiere decir hundimiento.

Es 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.

Es una tristeza sin razón aparente que la justifique. La depresión puede aparecer en niños, adolescentes, adultos ya ancianos. En los niños y adolescentes puede provocar un rendimiento bajo escolar. Suelen estar tristes y normalmente quieren estar solos. Son pesimistas y tiene el nivel de autoestima bajo. La depresión puede aparecer en un hombre o en una mujer aunque las mujeres son dos o tres veces más propensas que los hombres a padecer esta enfermedad

La depresión es una enfermedad tratable que puede afectar a todas las personas sin ninguna edad en especial, sexo o situación social.

Areteo, escribió hace muchos años, este párrafo en el cual define el termino depresión de la siguiente manera (depresión = melancolía):

**Los melancólicos son inquietos, tristes, desanimados, insomnes, son presas del terror si la afección hace progresos. Se ponen flacos por su agitación y llegan a perder el sueño vivificante... se quejan de miles de sutilezas y desean la muerte.**

**Desgarran sus propios miembros con espíritu religioso y para tributar una especie de homenaje a los dioses exigen este sacrificio \***

## HISTORIA DE LA DEPRESIÓN

Desde hace muchos años y en diferentes culturas se han dado explicaciones sobre el fenómeno depresivo. Son parecidas a las de hoy pero expresadas con interpretaciones religiosas o mágicas donde la víctima y los espectadores no lo valoran como una enfermedad.

Los griegos descubrieron esta enfermedad, ya que se decía que Demócrito se había vuelto loco y para ello mandarlo llamar a Hipócrates quien le detectó haber pasado por una fase depresiva y más tarde por una fase de hipertimia. Demócrito vivía rodeado de esqueletos y este le contó a Hipócrates que deseaba encontrar una cura para su enfermedad para así poder curar a otros que la padecieran.

En otras culturas también aparecen descripciones de la depresión como por ejemplo en las Sagradas Escrituras donde un rey enemigo de Isabel dijo: <<lleno de turbación púsose en cama y enfermó de tan intensa pena que permaneció así en aquel lugar muchos días, porque iba aumentando su tristeza, de forma que pensó que moría de tan abatido y oprimido de pesares como se encontraba-; En qué abismo de tristeza me hallo se me presentan a la memoria los males que causé ME MUERO DE MELANCOLIA! >>\*, estas líneas podrían ser un resumen de muchas historias clínicas de deprimidos actuales.

El síntoma dominante de la depresión es la tristeza. Los pensadores cristianos hablaban de las ideas de San Pablo quien decía que había dos tipos de tristeza, la Tristeza según Dios y la tristeza según el mundo que produce la muerte. De un principio se decía que la depresión era un pecado, con el paso de los años fue considerándose una depresión.

El paso del siglo XIX al XX está marcado en Psiquiatría por dos genios,

\*Ante la depresión Dr. Juan Antonio Vallejo-Nágera. Ed. Panamericana 1999. Pág.59.

Kraepelin y Freud. Según Freud la causa de muchas depresiones es psicológica. Kraepelin rechazó la interpretación psicoanalítica de Freud, para él la depresión era de causa orgánica vinculada a factores hereditarios. Todo consiste en una alteración del metabolismo en los sectores que afectan al sistema nervioso.

## TIPOS DE TRASTORNOS

Los síntomas de la depresión varían según la persona

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

### **TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR**

Los factores causales de este trastorno suelen dividirse de forma artificial en biológicos, genéticos y psicosociales. Los factores genéticos son que de 1 a 1,5 veces que los parientes más cercanos al paciente que padezca este trastorno sufran el mismo. Además en gemelos univitelinos existe un riesgo del 50-75% más. En gemelos bivitelinos existe el riesgo de un 50%.

Las personas con un trastorno depresivo mayor muestran un estado de ánimo triste, ansioso o vacío en forma persistente. Pierden la esperanza de todo y se muestran pesimistas. Se sienten inútiles y culpables por todo y ante todo. Suelen perder el interés por todas las actividades que antes les interesaban, hasta el apetito sexual. Tienen dificultad a la hora de concentrarse en hacer su trabajo. Pueden cambiar su metabolismo y perder peso

de una manera exagerada y por el contrario puede aumentar su peso excesivamente. En un 97% de los casos pierden la energía. También suelen padecer de insomnio.

Los enfermos depresivos se sienten tristes, desesperanzados y sumidos en la melancolía. La característica esencial de un episodio depresivo mayor es un periodo de al menos dos semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. El episodio debe acompañarse de un deterioro social, laboral o de cualquier actividad que el enfermo hiciera. Dos tercios de los pacientes se plantean el suicidio y de estos un 15% llegan a cometerlo. Algunos pacientes cambian su humor a medida que avanza el día, por la mañana están de mal humor y va mejorando con el paso de las horas. Los enfermos con este trastorno suelen distraerse con facilidad o quejarse por la falta de memoria

#### Síntomas y trastornos asociados

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

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

#### TRASTORNO DEPRESIVO BIPOLAR (maníaco-depresivo)

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

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

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

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

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

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

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

Las personas que padecen este trastorno se mueven mucho. Tienen la necesidad de hacer muchas tareas las

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## TRASTORNO DISTÍMICO

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

### ¿POR QUÉ SE PRODUCEN LAS DEPRESIONES? CAUSAS.

Para hablar de las causas de la depresión hay que considerar que hay deferentes tipos y cada uno puede padecer unas causas u otras.

La depresión es un desorden mental que afecta a las personas integralmente. Afecta a sus sentimientos, pensamientos y acciones.

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

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

Otros factores que pueden hacer que aparezca esta enfermedad son tensiones de la vida, problemas en la familia, trabajo o estudios.

Algunas personas pueden tener más posibilidades de desarrollar estos trastornos, dependiendo del carácter. Una persona con una autoestima baja, pesimistas y que se ponen nerviosas con facilidad tiene más posibilidades que otras de que le ocurra todo lo contrario.

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

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

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

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

## ALTERACIONES BIOLÓGICAS

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

## ALTERACIONES GENÉTICAS

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

## ALTERACIONES PSICOLÓGICAS

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

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

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

## ALTERACIONES SOCIOCULTURALES

Estos factores se relacionan con la aparición de depresiones. Los ideales sociales se centran en el rendimiento y egocentrismo donde el culto a valores superficiales y externos es relevante.

### ¿A QUIÉN SUELE AFECTAR?

#### LA DEPRESIÓN EN EL HOMBRE

La depresión suele afectar menos a mujeres que a hombres, pero de todos modos hay muchos hombres que la padecen. Los hombres suelen ser más reacios a admitir que tienen esta enfermedad y por lo tanto es más difícil poder llevar a cabo un tratamiento.

La tasa de suicidios en un hombre es cuatro veces mayor que la de la mujer, pero los intentos de suicidio son más elevados en la mujer que en el hombre.

Los hombres se suelen arropar más que las mujeres con el alcohol y las drogas.

En el hombre no es raro que se manifieste la depresión con irritabilidad, ira y desaliento, en lugar de sentimientos de desesperanza o desamparo.

Los hombres tienden menos a buscar ayuda la cual la pueden encontrar incluso en el trabajo. Es importante que el hombre entienda y acepte que la depresión es una enfermedad real que requiere tratamiento.

#### LA DEPRESIÓN EN LA MUJER

La depresión en la mujer es casi el doble de frecuente que en el hombre. Factores hormonales como la menstruación, el embarazo, el aborto, el periodo posparto, la premenopausia y la menopausia podrían contribuir a una tasa más alta de depresión en la mujer. Las mujeres suelen tener más estrés por la responsabilidad de los niños, el cuidado de la casa y, en ocasiones, un empleo.

### DEPRESIÓN POSPARTO

Son las depresiones que aparecen en una mujer después de dar a luz y probablemente se deben a la combinación de cambios hormonales, psicológicos y socioambientales. Este tipo de depresión puede oscilar desde un cuadro depresivo muy leve y de corta duración hasta formas depresivas más graves que requieren ingreso y tratamientos específicos en un hospital. Las depresiones leves son muy frecuentes y pueden aparecer en dos de cada tres mujeres. Comienza a los pocos días del parto. La mujer llora con facilidad, se siente desgraciada, irritable y no puede dormir. Las llamadas psicosis depresivas en la forma más severa, aparecen en una de cada mil embarazadas, entre la segunda y cuarta semana de dar a luz. Se caracterizan por su gran confusión mental, sentimientos de inutilidad o culpa, ideas de muerte y amenazas de agresividad hacia el hijo. En el tratamiento de este tipo de depresión deben colaborar el psiquiatra, el ginecólogo y el médico de cabecera.

### LA DEPRESIÓN EN LA VEJEZ

La mayoría de personas ancianas están satisfechas con sus vidas. Cuando un anciano se deprime, a veces su depresión se considera erróneamente un aspecto normal de la vejez. Si no se diagnostica ni se trata es un sufrimiento innecesario para el anciano y para su familia. Los ancianos no suelen hablar mucho de su desesperanza y tristeza. No quieren dar a entender su pena tras la muerte de un ser querido incluso aunque ésta se prolongue por mucho tiempo. Algunos factores que pueden influir en la aparición de una depresión en un anciano pueden ser enfermedades, la jubilación, la pérdida de seres queridos, el rechazo familiar, la falta de reconocimiento social

### LA DEPRESIÓN EN LA NIÑEZ

La depresión en la niñez se empezó a reconocer hace dos décadas. Los niños deprimidos simulan estar enfermos, no querer ir a la escuela, no querer separarse de sus padres o tener miedo a que uno de los padres muera.

Cuando el niño es más grande suele causar problemas, meterse en líos y hacer cosas para llamar la atención. El Instituto Nacional de la Salud Mental ha identificado el uso de medicamentos para la depresión en niños como un área importante de investigación.

Cada vez están siendo mejor conocidas, a pesar de las dificultades que encierra su estudio y reconocimiento. La depresión a esta edad son, en una inmensa mayoría, enmascaradas.

### CONSECUENCIAS

El suicidio es una de las primeras causas de muerte entre los jóvenes. Cada cuarto de hora se suicida una persona en España. Más de la mitad de todos los suicidios consumados son provocados por cuadros depresivos.

Las causas pueden ser muy diversas. A veces puede ser por la dificultad de integración, otros desórdenes mentales

El suicidio en la juventud ha aumentado y algunos lo atribuyen al abuso de las drogas y el alcohol.



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

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

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

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

### Características

Se podría hablar de un suicidio de autodestrucción total, es decir, la muerte, de autodestrucción, la mutilación y otras acciones dolorosas y no dolorosas, las amenazas, indicaciones verbales de las intenciones de destruirse, depresión e infidelidad y pensamientos de separación, partida, ausencia, consuelo y alivio.

Normalmente una persona que piensa suicidarse suele describirse a si misma mediante palabras o a través de su comportamiento.

El suicida típico siente el deseo de morir y vivir a la vez. Una mezcla entre desesperación, impotencia, tensión, depresión, rabia

Se desconocen cuales son los síntomas fundamentales. Depende del paciente pero lo más común es el abatimiento y la tristeza, el no poder alegrarse.

No se tiene que ignorar nunca a un enfermo depresivo que amenace o insinúe con suicidarse. A veces se piensa que es imposible que lo hagan pero en muchos casos acaban cumpliendo con su palabra.

### CONSECUENCIAS MEDIOECONÓMICAS

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

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

El impacto de una enfermedad se mide de acuerdo a los índices: el primero que constituye unos gastos de tratamiento y el segundo que valora los costes indirectos, es decir, la pérdida de productividad debida a la enfermedad o a sus secuelas. En Estados Unidos se estimó que el coste de depresión en el año 1993 ascendió casi a 44000 millones de dólares.\*

\*Afrontar la depresión J.Vallejo Rubéola y J.M. Crespo Blanco. Ed. Médicas J&C 1999. Pág. 58

## DIAGNÓSTICO Y SÍNTOMAS

### COMO SE IDENTIFICA UNA DEPRESIÓN

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

Hay varios métodos que ayudan a identificar si una persona padece una depresión. La más útil es la entrevista con un profesional. En ella el psiquiatra escuchará reconocerá los síntomas que constituyen el trastorno depresivo del paciente. Para un paciente depresivo en ocasiones es muy duro acudir a este tipo de entrevistas; para que se sienta a gusto tiene que haber una serie de factores que influirán sobre su relación con el médico como por ejemplo sentir empatía el uno con el otro, haber un ambiente tranquilo, que el médico muestre un alto grado de atención y un interés por aspectos de la vida emocional del enfermo.

Para que un médico pueda llegar a saber si su paciente padece o no una depresión es necesario seguir una guía. El medico debe conocer los siguientes datos:

- Antecedentes familiares
- Antecedentes personales, es decir, si ha habido fases depresivas previas, su duración, gravedad y los tratamientos utilizados junto a su resultado terapéutico.
- Personalidad. Se tienen que saber los rasgos temperamentales del paciente. Basta con detectar uno de los tres caracteres siguientes.
- Tipo Melancólico: es un conjunto de rasgos que definen a un grupo de individuos especialmente predispuestos a desarrollar una depresión. Cualquier cosa, favorable o no, puede ser la causante del comienzo de una depresión. Para descartarla el médico debe interrogar sobre el perfeccionismo y afán del orden.
- Ciclotimia Constitucional: Se refiere a un grupo reducido de personas que van alternando a lo largo de su vida la hiperactividad, sociabilidad, energía y optimismo con otros de apatía, desánimo, aislamiento social
- Personalidad ansiosa: Este grupo se refiere a aquellos individuos que padecen frecuentemente síntomas de ansiedad. Estas personas padecen una excesiva tensión psicomotora, la hiperactividad vegetativa, la expectación aprensiva y un estado de hiperalerta que conduce a la distraibilidad y falta de concentración.
  - ♦ Curva vital: a lo largo de la amnesia es natural que junto con la patobiografía del sujeto, quede también dibujada su historia vital que nos ayuda en los antecedentes y en la configuración de rasgos caracteriales.

Muchos enfermos depresivos no llegan a ser reconocidos como tales. Por este motivo dicen que la depresión hay que descubrirla. Para poder hacerlo se han ideado diversos cuestionarios que tratan de englobar, en una cuantas preguntas, los síntomas básicos para llegar a un diagnóstico de depresión. Estos cuestionarios suelen contener preguntas directas, normales y breves que introducidas en el diálogo permiten tras una primera impresión, y casi siempre definitiva, descartar o afirmar que nos encontramos frente a un enfermo depresivo.

El último argumento para comprobar la veracidad y fiabilidad de la impresión clínica es compararla con unos criterios diagnósticos que hayan sido ya validados.

Otra ayuda para efectuar el diagnóstico puede ser las escalas de evaluación. Tienden a basarse en la observación y pretender objetivar cambios en la sintomatología. Aunque puedan resultar útiles no deben en general ser tomadas como un medidor de la cantidad de depresión ni tampoco como un detector de la misma.

La más popular es la Escala de Hamilton. Existen varias versiones. Su valoración es a través de un

observador externo, convenientemente entrenado y familiarizado con su utilización; por otra parte bastante sencilla. Si se obtienen puntuaciones superiores a 18 indica que se puede estar en un estado depresivo.

Esta es una de las versiones de la escala de Hamilton. En esta versión se puede hablar de padecer una depresión si la puntuación es superior a 6 puntos.

1) Humor deprimido, tristeza (melancolía), desesperanza, desamparo, inutilidad:

- ◆ 0 = Ausente
- ◆ 1 = Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan como se siente
- ◆ 2 = Estas sensaciones las relata espontáneamente
- ◆ 3 = Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)
- ◆ 4 = Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea.

2) Sentimiento de culpa:

- ◆ 0 = Ausente
- ◆ 1 = Se culpa a si mismo, cree haber decepcionado a la gente
- ◆ 2 = Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones
- ◆ 3 = Siente que la enfermedad actual es un castigo
- ◆ 4 = Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras

3) Suicidio:

- ◆ 0 = Ausente
- ◆ 1 = Le parece que la vida no vale la pena ser vivida
- ◆ 2 = Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse
- ◆ 3 = Ideas de suicidio o amenazas
- ◆ 4 = Intentos de suicidio (cualquier intento serio)

4) Insomnio precoz:

- ◆ 0 = No tiene dificultad
- ◆ 1 = Dificultad ocasional para dormir, por ejemplo le toma más de media hora el conciliar el sueño
- ◆ 2 = Dificultad para dormir cada noche.

5) Insomnio intermedio:

- ◆ 0 = No hay dificultad
- ◆ 1 = Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche
- ◆ 2 = Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)

6) Insomnio tardío:

- ◆ 0 = No hay dificultad
- ◆ 1 = Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir
- ◆ 2 = No puede volver a dormirse si se levanta de la cama

7) Trabajo y actividades:

- ◆ 0 = No hay dificultad
- ◆ 1 = Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)
- ◆ 2 = Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)

- ◆ 3 = Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad
- ◆ 4 = Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o  
no puede realizar estas sin ayuda.

8) Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y palabra, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora):

- ◆ 0 = Palabra y pensamiento normales
- ◆ 1 = Ligero retraso en el habla
- ◆ 2 = Evidente retraso en el habla
- ◆ 3 = Dificultad para expresarse
- ◆ 4 = Incapacidad para expresarse

9) Agitación psicomotora:

- ◆ 0 = Ninguna
- ◆ 1 = Juega con sus dedos
- ◆ 2 = Juega con sus manos, cabello, etc.
- ◆ 3 = No puede quedarse quieto ni permanecer sentado
- ◆ 4 = Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios

10) Ansiedad psíquica:

- ◆ 0 = No hay dificultad
- ◆ 1 = Tensión subjetiva e irritabilidad
- ◆ 2 = Preocupación por pequeñas cosas
- ◆ 3 = Actitud aprensiva en la expresión o en el habla
- ◆ 4 = Expresa sus temores sin que le pregunten

11) Ansiedad somática ( Signos físicos concomitantes de ansiedad tales como: Gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, etc. Cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas. Respiratorios: hiperventilación, suspiros. Frecuencia de micción incrementada. Transpiración):

- ◆ 0 = Ausente
- ◆ 1 = Ligera
- ◆ 2 = Moderada
- ◆ 3 = Severa
- ◆ 4 = Incapacitante

12) Síntomas somáticos gastrointestinales:

- ◆ 0 = Ninguno
- ◆ 1 = Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen
- ◆ 2 = Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales

13) Síntomas somáticos generales:

- ◆ 0 = Ninguno
- ◆ 1 = Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares.
- ◆ 2 = Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2.

14) Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales):

- ◆ 0 = Ausente
- ◆ 1 = Débil
- ◆ 2 = Grave

15) Hipocondría:

- ◆ 0 = Ausente
- ◆ 1 = Preocupado de si mismo (corporalmente)
- ◆ 2 = Preocupado por su salud
- ◆ 3 = Se lamenta constantemente, solicita ayuda

16) Pérdida de peso:

- ◆ 0 = Pérdida de peso inferior a 500 gr en una semana
- ◆ 1 = Pérdida de más de 500 gr en una semana
- ◆ 2 = Pérdida de más de 1 kgr en una semana

17) Perspicacia:

- ◆ 0 = Se da cuenta que esta deprimido y enfermo
- ◆ 1 = Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.
- ◆ 3 = No se da cuenta que está enfermo.

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

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

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

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

### COMO TRATAR A UN ENFERMO DEPRESIVO

Vivir el día a día con un enfermo depresivo llega a ser agotador y debe tenerse mucha paciencia.

Lo que nunca debe hacerse es agobiarle siempre con lo mismo, ni exigirle que explique lo que le ocurre ya que ni ellos mismos lo pueden explicar. Muchos enfermos desearían tener cualquier otra enfermedad antes que sufrir una depresión.

Por lo que relatan los enfermos, la depresión es una mezcla entre angustia, tristeza, pena, culpa a lo que mas se le parece es al desgarramiento del alma que padecemos tras la muerte de un ser querido, pero con más intensidad.

Se preguntan continuamente porqué están tristes. Viven emociones negativas sin que haya ocurrido nada que las justifique.

Los humanos tenemos que buscar una causa a nuestras penas, los depresivos la buscan y al no encontrarla atribuyen sus penas a cualquier hecho reciente.. la familia y amigos acaban aceptando la causa que les explica el enfermo aunque no muy convencidos. Por esto a un enfermo depresivo no hay que intentar consolarle del motivo de su depresión ya que éste no es el motivo.

Un familiar de un enfermo depresivo no debe repetirle continuamente los argumentos solo para convencer al paciente de que sus penas se deben a hechos irreales. En cuanto se cure se dará cuenta de ello por el mismo. Al insistirle una y otra vez se agobia y piensa que no lo entienden o que los demás intentan ocultarle su drama para que les dejen en paz. El insistir tanto en consolar al paciente acaba desesperándolo.

Otro consejo que se les da a los familiares del paciente es no enfadarse con él. Se tiene que recordar que el enfermo no está así por gusto, que no depende de su voluntad salir de este infierno. En muchas ocasiones nos ha ocurrido que cuando tenemos a alguien triste a nuestro lado se le hace el típico comentario de Anímate hombre, no estés triste, esto es tan contradictorio como decirle a una persona con fiebre y vómitos venga hombre, no seas tonto y baja esa fiebre y deja ya de tener náuseas. El enfermo con vómitos y fiebre pensará que vaya tontería le acaban de decir, que más quisiera el, el enfermo depresivo sin embargo se desespera y aumenta sus sentimientos de culpa y de indignidad.

Decirle a un depresivo Tienes que poner de tu parte, Es que no haces nada por animarte o Si tu quisieras de verdad curarte le humilla y desespera.

A veces los enfermos depresivos dejan el trabajo. Los de su alrededor piensan que esto es un terrible error ya que si trabaja al menos se distrae. Esto puede ser válido si los síntomas de depresión no son muy intensos. En el caso contrario bajará su rendimiento y no hará su tarea y por lo tanto será muy difícil convencer a sus superiores de que su torpeza y falta de iniciativa son temporales.

Otro error muy frecuente es pretender que el enfermo cambie de aires. En ocasiones se le suele decir la típica frase de Te vendría bien un viaje. Esto es falso ya que lo primero que me te el enfermo en su maleta es la depresión y por lo tanto no podrá disfrutar del viaje.

Cualquier cosa que para nosotros resulte insignificante para un enfermo depresivo puede ser aterradora y ver que no puede tener solución.

La ayuda más valiosa es recordar que todo desaparecerá espontáneamente al curarse la enfermedad y que por lo tanto la ayuda más valiosa consiste en inducir al tratamiento adecuado. Hay que mostrarle al enfermo en todo momento cariño e interés, aun que parezca que lo rechacen, pero eso si, no hay que insistirles, ni agobiarles.

Hay que mostrarle un gran afecto en todo momento pero sin dejarse dominar por él y al mismo tiempo sin acorralarle. Que no tenga la sensación de abandono ni de acoso y de modo especial hay que eliminar los reproches injustos.

## TESTIMONIOS

### CASO 1

Edad: 16 Sexo: Mujer Nombre: Sonia

Como sabemos las causas de una depresión pueden ser infinitas. En este caso una chica de 16 años sufrió una depresión a causa de los estudios y las amistades. Silvia vive en un pequeño pueblecito de unos 400 habitantes más o menos, la mayoría adultos y ancianos. En verano el pueblo se llena de juventud pero durante el resto del año solo hay 3 chicas de su edad y tres chicos. Todo ocurrió cuando discutió con una de sus amigas. Ésta puso a todos en su contra y por lo tanto Silvia se sintió sola. A raíz de esto perdió a su chico y solo se centraba en sus estudios ya que no veía nada más importante. Tanto se obsesionó que sacaba sobresaliente en todo y aun así decía que no era suficiente. Se pasaba todo el día pegada a los libros, sin salir y sin hablar con casi nadie. Su madre la llevó a un psicólogo y este tras un tiempo le diagnosticó una depresión.

Me sentía muy sola, pensaba que no valía la pena salir de casa ya que no me hablaba nadie, solo mis amigos del instituto y claro, vivían en pueblos diferentes. Por eso me ponía a estudiar, mis amigos me decían que no me obsesionara tanto, que mis notas eran excelentes pero yo pensaba que no iba a aprobar y siempre quería más y más., Pensaba que nadie me entendía, solo yo., Me molestaban cosas que ahora las pienso y sé que son tonterías, Es muy duro saber que si te asomas al balcón vas a ver a tu <<enemiga>> disfrutando como tu lo hacías antes con tus amigos de toda la vida; le tenía envidia y odio, hoy en día nos hablamos, pero no se olvida Recuerdo que cada semana hablaba con amigas que vivían en Madrid y Barcelona, me ayudaron mucho. Al llegar el verano no me dejaban estar triste ni un segundo y cuidaban mucho de mí, se notó mi mejoría, era lo que necesitaba, cariño, abrazos y hacer las cosas que hacen las niñas de mi edad.

## CASO 2:

Edad: 56 Sexo: Mujer Nombre Marta

Marta es madre de dos chicos de 32 y 28 años y una chica de 16. El mayor de los hijos estaba casado y era padre de una niña, había llevado una vida de lo más normal, era ahorrador, ordenado y nunca había tenido ningún problema gordo. Los dos más pequeños vivían en casa de sus padres y eran un poco diferentes a su hermano mayor. Eran un poquito más desordenados y más alocados, tenían una manera de mirar su futuro diferente, pensaban que su hermano mayor tenía una vida un poco aburrida.

El problema recae sobre el hijo mediano. Éste estuvo 9 años con una chica y de repente se rompió la relación. Marta no sabe la causa de la ruptura pero sospecha algo. Se entera que todo ha sido debido a que su hijo tenía un vicio y no se sabe cual es. Al poco tiempo la familia se entera que la causa es la ludopatía. A Marta esta noticia le cae como un jarro de agua fría ya que cada día se enteraba de algo nuevo como por ejemplo de que su hijo había pedido préstamos para jugar, no tenía nada ahorrado y que debía dinero.

Tras esto Marta cae en una depresión ya que se echa la culpa a ella misma de no haber sabido educar a su hijo o de no haberle podido prestar la atención que necesitaba. A su vez piensa que ha hecho mal en compararlo siempre con su hijo mayor y teme que pase lo mismo con su hija pequeña. Por más que le dicen que eso no es así se siente culpable y cada día va a peor. No quiere hablar con nadie, todo le sienta mal y nunca tiene una sonrisa. Llora a todas horas y no para de vigilar a su hijo mediano, que le trae grandes discusiones con él diariamente.

Marta trabaja limpiando en una casa y en un despacho de psicología, lo cual le es de mucha ayuda, ya que recibe atención psicológica y esto le hace ver las cosas de otra manera.

Sentía una tristeza permanente, unas ganas de llorar a todas horas, Contestaba mal a mi hija y a mi marido, han aguantado mucho, Me sentía mal conmigo misma, pensaba que todo había sido por mi culpa y que mi hijo nunca volvería a ser el de siempre, ahora lo veo todo diferente porque creo que mi hijo ya a salido de su <<ruina>>.

### CASO 3:

Edad: 20 Sexo: Mujer Nombre: Mónica

Este es el caso de una chica de 20 años. Mónica es la mediana de dos hermanas. Vivía con sus padres. Su depresión llegó a raíz de la muerte de su padre. Como en muchas ocasiones la pérdida de un ser querido puede hacerse muy difícil. Mónica sentía pena constantemente y decía cosas que ella se imaginaba, como por ejemplo que estaba muerta. El mismo deseo de no vivir, la pena y el extrañar constantemente a su padre le hacía pensar este tipo de cosas. Estuvo ingresada en un centro psiquiátrico varias veces. Le mandaron tomar unas pastillas las cuales la estabilizan. Hoy en día suele tener crisis pero ella se da cuenta de que sus fantasías son mentira pero no puede evitarlas. Estoy muerta, me comen los gusanos.

### TRATAMIENTO

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

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

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

Algunos enfermos tienen que ser hospitalizados para poder llevar a cabo un tratamiento. Estos enfermos suelen ser los depresivos con alto riesgo de suicidio. En la mayoría de casos el paciente no quiere ingresar en un hospital y esto se hace muy duro para la familia quien, aun sabiendo que el internar a su familiar le hará un bien, siente que le abandona y culpable. Otras veces los enfermos no ponen pega e ingresan sin más con tal de que se acabe su calvario de una vez por todas. Los enfermos hospitalizados pueden recibir visitas de familiares y amigos aunque si es necesario se le restringe el paso a alguna persona que pueda empeorar la situación del paciente. En ocasiones ha ocurrido que algunos pacientes no quieran abandonar el hospital una vez recuperados por miedo a recaer.

Para la cura de la depresión existen también las MEDICACIONES ANTIDEPRESIVAS, las cuales tuvieron su momento de gloria ya que en la década de los cincuenta aparecían estos medicamentos cada seis meses y cada vez mejores. El tratamiento de una enfermedad puede enfocarse de dos modos, el mejor es el tratamiento etiológico que es el que suprime la causa de la enfermedad. Pero todavía mejor es el tratamiento causal preventivo, las vacunas, de las cuales se carecen para las depresiones ya que no se sabe su causa original. Los psicofármacos que parecieron después de la década de los cincuenta fueron los tranquilizantes menores, los tranquilizantes mayores y los antidepresivos.

### TRANQUILIZANTES MENORES



También se les llama ansiolíticos por su efecto sobre la ansiedad. Tienen una acción tranquilizante superior a la hipnótica. Actúan como sedantes pero no hacen quedarse dormido al paciente, así puede hacer su trabajo. Se toleran muy bien y no provocan dependencia. Se utilizan en casos muy leves donde domine la ansiedad. Los médicos suelen recetar estos tranquilizantes junto con los antidepresivos porque se complementan muy bien y porque los antidepresivos tardan varios días en hacer efecto y los tranquilizantes menores tienen acción ansiolítica.

Todas las dosis altas inducen al sueño. Hay personas que tardan en dormirse y otros que se duermen enseguida pero despiertan de madrugada. El tipo de somnífero que hay que usar, para las personas que tardan en coger el sueño, los llamados de acción rápida, para ayudar en la primera fase de la noche y que al despertar no tengan resaca. En cambio en los que se duermen enseguida pero despiertan a medianoche convienen más los de acción lenta, para prolongar el sueño. Algunos fármacos que se utilizan como acción rápida son el Oxacepam, como tranquilizantes el Flunitracepam.

## ANTIDEPRESIVOS

Mejoran o hacen desaparecer las depresiones si se dejan de tomar antes de terminado el episodio vuelven a aparecer los síntomas depresivos que desaparecen de nuevo al reanudar el tratamiento. Hay que tomarlos durante 3 o cuatro semanas, y en algunos casos se llega hasta 8 semanas. A veces el paciente quiere dejar el tratamiento ya que él se siente curado.

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

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

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

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

## EFFECTOS SECUNDARIOS

En algunas personas los antidepresivos puede causar efectos secundarios leves. Algunos efectos secundarios pueden ser:

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

## TERAPIA NATURISTA

En los últimos años, el uso de hierbas para el tratamiento de la depresión y de la manía ha generado un gran interés. La planta utilizada es la Verba de San Juan, es muy bonita y tiene un crecimiento lento que se cubre de flores amarillas en el verano. Esta planta ha sido usada durante muchos siglos. En Alemania se utiliza actualmente para el tratamiento de la depresión más que cualquier otro

antidepresivo.

## PSICOTERAPIA

El término psicoterapia se refiere a una serie de técnicas que intentan influir en la conducta, los pensamientos, los afectos y las actitudes del sujeto a través de medios psicológicos, generalmente mediante el intercambio verbal en la relación entre terapeuta y paciente, el terapeuta es el profesional encargado de realizar, diseñar y dirigir la psicoterapia.

Existen numerosas modalidades de psicoterapias.

- **Psicoterapia de apoyo.** Es una de las técnicas más utilizadas. Tiene como finalidad contener la ansiedad del paciente el ofrecerle un espacio de escucha en el que pueda tratar confidencialmente sus problemas y orientarle acerca de cómo afrontarlos, el terapeuta recurre a su experiencia, conocimientos, sentido común y capacidad de confianza, tratando de ayudar al paciente a través de una escucha amable, completada con explicaciones y consejos para clasificar las situaciones angustiosas, sobre todo en sus fases más iniciales. Es importante que el paciente se sienta cómodo y encuentre una atmósfera favorable para la expresión de sus problemas y emociones, al mismo tiempo que debe intentarse una evaluación objetiva de las distintas situaciones adversas vividas por el paciente, a la vez que favorecer la adopción de cambios y actitudes que faciliten la resolución de los problemas. Este tratamiento psicológico es sencillo, disponible y con un bajo coste pero no es muy específico y su utilidad es temporal para momentos críticos o en pacientes cuyas circunstancias personales desaconsejan otro tipo de tratamiento. Este tipo de intervención debería establecerse en cualquier acto médico, de manera que incluso una visita rutinaria a un médico contiene un cierto grado de apoyo.
- **Psicoterapia interpersonal.** Se basa en la creencia de que las dificultades para establecer o mantener las relaciones interpersonales pueden jugar un papel en iniciar y mantener los síntomas depresivos.

La psicoterapia interpersonal se centra en los problemas interpersonales actuales. Es una psicoterapia de duración breve e individual. Se concreta en cuatro áreas: Reacciones de duelo que implican pérdidas interpersonales. Conflictos en las relaciones con otras personas. Transiciones, cambios de papel y de rol en las relaciones sociales. Deficiencias en habilidades sociales.

Posteriormente, el tratamiento intentará mejorar las áreas más problemáticas, aunque siempre manteniendo el objetivo en los problemas interpersonales actuales. Esta psicoterapia puede ser útil para aliviar los síntomas de depresiones no endógenas y de forma especial en aquellas situaciones con disfunciones sociales o en pacientes con conflictos psicosociales recientes o con dificultades matrimoniales o laborales, básicamente intenta mejorar la adaptación del paciente en sus áreas social, laboral y familiar.

- **Psicoterapias cognitivas.** Se dedica a los pensamientos de las personas y a lo que hay detrás de estos pensamientos. Las personas no siempre tenemos pensamientos y creencias objetivas y ciertas, ya que en ocasiones vivimos de acuerdo a una idea equivocada. Este tipo de tratamiento considera que las creencias irracionales y las actitudes distorsionadas hacia uno mismo, entorno y el futuro pueden eternizar los síntomas depresivos. En esta terapia se instruye al paciente para que pueda identificar estas creencias o pensamientos negativos, manteniendo una conducta de autoobservación para detectarlas y posteriormente conseguir sustituirlas por pensamientos más adecuados a la realidad.

Esta psicoterapia se puede realizar para reducir síntomas en las depresiones no endógenas y según algunas investigaciones podría reducir el riesgo de recaídas, aunque este dato está del todo aclarado.

## TERAPIAS

## Terapia de conducta

Intenta modificar conductas equivocadas definiendo las tareas que el paciente ha de realizar entre las sesiones y se basa en identificar inicialmente las conductas anómalas o productoras de malestar, para posteriormente enseñar al paciente una serie de habilidades para modificar esas conductas problemáticas. El tratamiento es de aproximadamente 12 semanas.

La indicación principal de este tipo de terapia reside en las fobias. Este tipo de psicoterapias se puede realizar en combinación con la cognoscitiva, constituyendo los tratamientos psicológicos cognitivoconductuales.

## TERAPIAS DINÁMICAS

Todas las psicoterapias de origen dinámico se basan en el psicoanálisis. Estos tratamientos se proponen inducir cambios en la personalidad del sujeto mediante la facilitación de la comprensión de posibles conflictos pasados y la búsqueda de causas o motivos inconscientes para el individuo.

Son tratamientos muy prolongados, con una media de tres sesiones a la semana, durante un mínimo de dos años, lo cual implica un coste económico y una disponibilidad de horarios difícil de conseguir.

## CONCLUSIÓN

Con este trabajo he aprendido muchas cosas que antes desconocía.

Creo que si lo hubiera hecho antes habría sabido como actuar ante un enfermo depresivo y que me habría ayudado mucho.

He aprendido que en ocasiones hay gente que dice padecer una depresión cuando realmente solo están pasando una mala racha. Las personas depresivas lo pasan realmente mal.

Mientras hacía este trabajo me he dado cuenta de que me meto en la piel de la gente muy rápido y que en un futuro esto no me conviene ya que quiero estudiar psicología.

Mientras estudiaba los síntomas parecía que todo eso me ocurría a mí y me preguntaba, ¿Me ocurrirá a mi eso?

Cuanto más leía sobre este tema más me entusiasmaba. Me ha hecho comprender que debemos de tener mucha paciencia con un enfermo depresivo.

Ahora pienso veo las cosas de otra manera a lo que se refiere a este tema. Antes pensaba que era imposible que estuvieran siempre tristes y que exageraban. Ahora se que no es así, que realmente lo pasan mal y que necesitan mucho apoyo, aunque en ocasiones sean ariscos y parezca que no necesiten a nadie.

## BIBLIOGRAFIA

Afrontar la depresión J. Vallejo Ruiloba y J.M. Crespo Blanco. Ed. Medicas J&C 1999

Trastornos del humor M. Roca Benasar. Ed. Médica Panamericana 1999

El médico ante la depresión Dr. Jerónimo Saiz Ruíz. Ed. Duphar Farmacéutica.

Ante la depresión Dr. Juan Antonio Vallejo-Nágera. Ed. Panamericana 1999.

◆ Direcciones de Internet.

<http://www.respuestasaladepresion.com/queesladepresion/queesladepresion.php#trastornomayor>

<http://www.psicoactiva.com/tests/test12.htm>

<http://www.psicologia-online.com/colaboradores/dpuchol/>

<http://www.estafilococo.com.ar/depresion.htm>

<http://digilander.libero.it/monast/spa/Testimonianze.htm>

<http://www.saldelcloset.com/secciones/salud/depresion-08.shtml>

<http://www.psiquiatria.com/temas/depresion/11>

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish>

[http://www.bibliopsiquis.com/escalas/escala\\_depresion0.htm](http://www.bibliopsiquis.com/escalas/escala_depresion0.htm)

<http://www.consulta-psiquiatrica.com/enlaces1.htm#Depresion>

<http://www.odontocat.com/testdepre.htm>