

DEPRESIÓN: UNA APROXIMACIÓN PSICOLÓGICA

José Eduardo Rondón Bernard

Instituto de Psicología
Universidad Central de Venezuela

El presente estudio tiene como finalidad revisar desde una perspectiva psicológica lo que significa la ‘depresión’. Se analiza su definición y se distingue de términos afines como tristeza y melancolía. Se diferencian los tipos de depresión, además de detallar su sintomatología y los criterios diagnósticos según el DSMV. Posteriormente se revisan las explicaciones causales de su origen en tres perspectivas: biológica, psicológica y social. Se realizan algunos cuestionamientos y aportes para tratar de superar las dificultades teóricas y clínicas encontradas.

Palabras claves: depresión, teorías etiológicas, comorbilidad.

ABSTRACT

DEPRESSION: A PSYCHOLOGICAL APPROACH

The current study has the purpose of reviewing the meaning of depression from a psychological perspective. An analysis of its definition, symptoms and DSMV related criteria is undertaken, along with a differentiation of associated concepts such as sadness and melancholy; a differentiation between types of depression is also done. Afterwards, causal explanations of its origins are revised considering three different perspectives: biological, psychological and the social one. Some questionings and contributions are made to try to overcome the theoretical and clinical difficulties encountered.

Keywords: depression, etiological theories, comorbidity.

RÉSUMÉ

DÉPRESSION : UNE APPROCHE PSYCHOLOGIQUE

Dans cet article on vise à réviser d'un point de vue psychologique ce que signifie « dépression ». On analyse sa définition et on la distingue de termes connexes comme tristesse et mélancolie. On établit la différence des types de dépression, leurs symptômes et critères de diagnostic d'après le DSMV. Ensuite, on étudie les explications causales de son origine selon trois perspectives : biologique, psychologique et sociale. On en fait quelques questionnements et contributions pour essayer de surmonter les difficultés théoriques et cliniques trouvées.

Mots-clé: dépression, théories étiologiques, comorbilité.

RESUMO

DEPRESSÃO: UMA APROXIMAÇÃO PSICOLÓGICA

O presente estudo tem como finalidade revisar desde uma perspectiva psicológica o que significa a depressão. Analisa-se sua definição e distingue-se de termos afines como tristeza e melancolia. Se diferencian los tipos de depresión, además de detallar su sintomatología y los criterios diagnósticos según el DSMV. Posteriormente revisam-se as explicações causais de sua origem em três perspectivas: biológica, psicológica e social. Realizam-se alguns questionamentos e contribua para tratar de superar as dificuldades teóricas e clínicas encontradas.

Palavras chave: depressão, teorias etiológicas, comorbilidade.

Uno de los constructos psicológicos que ha sido tratado desde distintas perspectivas teóricas es la depresión. En ocasiones el término se emplea de forma intercambiable con emoción, estado, trastorno, enfermedad, e incluso como sinónimo de otras alteraciones como la ‘melancolía’. Esta delimitación inadecuada parece ser la razón de que se genere confusión al momento de definirla. Desde diferentes perspectivas teóricas se ha intentado su caracterización, identificando los síntomas para proceder a su diagnóstico y para poder explicarla.

Derivado de lo antes expuesto, en el presente artículo se pretende realizar un análisis del término ‘depresión’. Para ello partimos de sus definiciones, sus tipos, su sintomatología, criterios diagnósticos y algunas teorías explicativas a fin de mostrar algunas reflexiones encontradas en el área. Es importante señalar que para lograr una definición acertada que la explique adecuadamente, se debe considerar que la depresión, generalmente, cursa con otras condiciones o enfermedades.

1. DEFINICIONES Y DELIMITACIÓN

La palabra depresión proviene del latín *depressio* que significa hundimiento. La persona se siente hundida con un peso sobre su existencia. 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 (Rivas-Acuña, García Cruz, Morales, Enríquez, y Román, 2011).

Reyes (2013) considera que la depresión consiste en una enfermedad cuya sintomatología principal es que el ánimo se encuentra decaído. Suelen además existir sentimientos penosos, malhumor, a veces angustias y crisis de pánico, enlentecimiento y baja de rendimiento de varias funciones psíquicas y cognitivas, tendencia al aislamiento, desmotivación, apatía, abulia, dificultad para disfrutar, desesperanza, inhibición motora, hipotonía y pensamientos negativos, pudiendo llegar en casos graves al delirio. Puede, por otra parte, presentar sintomatología somática asociada muy diversa, correspondiendo algunas alteraciones orgánicas muchas veces a maneras larvadas o encapsuladas de cursar una depresión.

Serrano, Zamora, Navarro y Villareal (2012) la entienden como una enfermedad mental que consiste en un trastorno del estado de ánimo, su síntoma habitual es un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o

permanente. En este sentido Toro-Tobar, Grajales-Giraldo y Sarmiento-López (2016), la definen como un trastorno mental que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de placer, sentimientos de culpa y baja autoestima, acompañado de alteraciones en el patrón de sueño y el apetito, sensación de cansancio y falta de concentración, que puede llegar a hacerse crónico y recurrente, hasta hacer disfuncional a la persona en sus actividades cotidianas; cuando es leve puede ser tratada con psicoterapia, pero cuando es moderada o grave se pueden necesitar de tratamiento farmacológico.

En las anteriores definiciones la depresión se concibe como un ‘trastorno mental’ y como un ‘trastorno afectivo’ al mismo tiempo, aunque ambas perspectivas coinciden en que es un trastorno psicológico. Además se enfatiza en que se “mantiene en el tiempo, hasta hacer a quien la padece disfuncional”, en este sentido, surgen las siguientes interrogantes ¿cuánto tiempo debe permanecer?, ¿cuándo es disfuncional? o ¿entre mayor tiempo, mayor disfuncionalidad? En este sentido, el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSMV) (American Psychiatric Association, 2014) indica que las características depresivas deben estar presente mínimo dos semanas consecutivas y que las mismas deben causar un deterioro social significativo; sin embargo, se considera que al explicar la disfuncionalidad como “deterioro social significativo”, se continuaría en la misma subjetividad, por ende se debe operacionalizar aún más esta característica.

Vallejo (2011), por su parte, expresa que el término depresión se emplea en tres sentidos: síntoma, síndrome y enfermedad. Como síntoma puede acompañar a otros trastornos psíquicos, como por ejemplo los trastornos de angustia; como síndrome agrupa unos procesos caracterizados por tristeza, inhibición, culpa, minusvalía y pérdida del impulso vital, y como enfermedad, se perfila como un trastorno de origen biológico en el que puede delimitarse una etiología, una clínica, un curso, un pronóstico y un tratamiento específico. Desde esta perspectiva pareciera ser que si se considera ‘enfermedad’ por tener identificada -haciendo énfasis- una etiología orgánica, dejaría de ser ‘trastorno’ y evidentemente un síntoma; sin embargo, esto va en contraposición de entender al ser humano como un ente biopsicosocial, es decir, se debe entender que cualquier alteración en el hombre tiene un componente biológico, psicológico y social.

Por otra parte, Jiménez (2002) plantea que ‘depresión’ generalmente se interpreta como ‘melancolía’, sin embargo, esta última estaría más relacionada con

la añoranza o recuerdo del pasado, o más exactamente por la tristeza del tiempo pasado “que ya no volverá”, mientras que el término ‘depresión’ estaría más relacionado con un alto nivel de tristeza, malestar, pérdida de interés, confusión mental y alteraciones en la ejecución de las actividades cotidianas.

Otras de las confusiones que se ha tenido a lo largo de la historia es el empleo del término ‘depresión’ como sinónimo de ‘tristeza. Al respecto Jiménez (2002) refiere que la tristeza es un estado emocional transitorio que varía en intensidad y duración, y que se caracteriza por un patrón de respuestas que engloba cambios a nivel cognoscitivo-subjetivo, fisiológico y a nivel motor-observable. La respuesta de tristeza generalmente se desencadena ante situaciones (reales o imaginadas) no placenteras que son interpretadas por el sujeto como pérdidas, para las que generalmente el sujeto cree que no tiene capacidad de afrontamiento o agota esta capacidad, aceptando la pérdida sin generar una respuesta que movilice sus recursos. En este sentido Jiménez (2002) refiere que existe un continuo donde está el polo de ‘no depresión’, y el polo contrario sería el de ‘depresión’, pasando por la emoción de ‘tristeza’, entendido esta última como una reacción normal del ser humano, que puede llegar a convertirse en un estado patológico cuando la intensidad, frecuencia y duración de las respuestas emocionales son excesivas. Ante esta diferenciación se aluden los criterios de “intensidad, frecuencia y duración”, para distinguirlas, sin embargo, no se especifica detalladamente cuáles son los límites para diferenciar una de otra, añadiendo que conceptualmente también se puede calificar a la depresión como una “reacción emocional normal”.

2. TIPOS DE DEPRESIÓN

Existen diferentes tipos de depresión que responden a diversos criterios de clasificación. De acuerdo con el Instituto Nacional de la Salud Mental (2009), y a San Molina y Arranz (2010) las más comunes se pueden observar en la siguiente tabla:

TABLA1.

TIPOS DE DEPRESIÓN

Tipos	Definición
Grave	Se caracteriza por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer, y disfrutar de las actividades que antes resultaban placenteras. La depresión grave incapacita a la persona y le impide desenvolverse con normalidad. Un episodio de depresión grave puede ocurrir solo una vez en el curso de vida de una persona, pero mayormente, recurre durante toda su vida.
Reactiva o neurótica	Suele ser una respuesta a una situación estresante como por ejemplo la pérdida de un ser significativo. Suele ser de intensidad leve o moderada y no se mantiene por mucho tiempo. Generalmente no necesita tratamiento farmacológico sino psicoterapia.
Endógena o unipolar	Los síntomas no aparecen tras una situación estresante y suele interferir con el comportamiento cotidiano. Suele ser de intensidad moderada o grave y siempre requiere de tratamiento farmacológico.
Distimia	Es un tipo de depresión menos grave. Se caracteriza por síntomas crónicos a largo plazo que no incapacitan, sin embargo, interfieren con el funcionamiento y bienestar de la persona (dos años o más). En ocasiones las personas con distimia pueden padecer episodios depresivos graves en algún momento de la vida.
Bipolar	Se caracteriza por cambios en el estado de ánimo, con fases de ánimo elevado (manía) y fases de ánimo bajo (depresión).
Afectivo estacional	Es el tipo de depresión que sucede en la misma temporada del año, generalmente durante los meses de otoño o invierno.
Primaria	Es la depresión que no está originada por una enfermedad física o psiquiátrica, por el consumo de sustancia o por la administración de un medicamento.
Secundaria	Es el tipo de depresión causada por una enfermedad física o psiquiátrica, por el consumo de sustancia o por la administración de un medicamento.
Psicótica	Tipo de depresión donde coexisten los síntomas propios de la condición más alucinaciones y delirios.
Posparto	Tipo de depresión grave que sucede dentro del primer mes después del parto. Se calcula que del 10% al 15% de las mujeres padecen depresión posparto luego de dar a luz.

Partiendo de que una adecuada clasificación debe ser exhaustiva y con categorías excluyentes, se evidencia que muchas de las anteriores tipologías se superponen, por ejemplo ¿la misma depresión podría ser secundaria y grave? o ¿una depresión postparto se pudiera calificar de reactiva o neurótica? Al respecto en algunos manuales de psicopatología (Vallejo, 2011; Belloch, Sandín y Ramos, 2009) se recomiendan mencionar los tipos de depresión de acuerdo con polos o categorías, por ejemplo: primaria-secundaria; endógena-reativa. Esta recomendación pudiera mejorar los déficits anteriormente mencionados.

3. SINTOMATOLOGÍA

De acuerdo con varios autores (San Molina y Arranz, 2010; Instituto Nacional de la Salud Mental, 2009, entre otros), los síntomas de la depresión se pueden clasificar en psicológicos (tristeza, desesperanza, irritabilidad, culpa, pérdida de interés en cosas con las que antes se solía disfrutar, ansiedad, vacío emocional, pensamientos negativos, alucinaciones, pérdida de la memoria, delirios e ideas suicidas) y físicos (problemas de sueño, enlentecimiento mental y físico, aumento o disminución del apetito o peso, intranquilidad, falta de energía, dolores y malestares persistentes, cólicos o problemas digestivos que no se alivian con tratamiento).

Por su parte, Jiménez y Miguel- Tobal (2003) indican que para evaluar la depresión se requiere que se consideren los tres sistemas de respuestas que la caracterizan (basado en el Modelo Tridimensional de las Emociones desarrollado por Lang, 1968): cognoscitivo-subjetivo (comprende tanto los síntomas puramente cognoscitivos como aquellos de carácter anímico o afectivo); fisiológico-somático (comprende todas las manifestaciones de índole orgánico o físico); y motor-expresivo (comprende todas las manifestaciones observables de la depresión).

A continuación en la siguiente tabla se resumen las manifestaciones de cada componente según Jiménez (2002).

Tabla 2.

TRIPLE SISTEMA DE RESPUESTA EN LA DEPRESIÓN (JIMÉNEZ, 2002)

Cognoscitivo-subjetivo	Fisiológico-somático	Motor-expresivo
Estado de ánimo deprimido.	Aumento o disminución de peso.	Agitación y/o enlentecimiento motor.
Disminución del interés por las cosas.	Insomnio o hipersomnia.	Intentos de suicidio.
Apatía.	Fatiga.	Inhibición general.
Sentimientos de inutilidad.	Pérdida de energía.	Llanto.
Disminución de la capacidad para pensar y concentrarse.	Pérdida de apetito.	Lenguaje escaso.
Ideas de muerte.	Disminución del deseo sexual.	Aumento de la dependencia de otros. Adicciones.
Baja autoestima.	Molestias corporales difusas.	Signos faciales de desesperanza y tristeza.
Valoración negativa del entorno.	Empeoramiento por las mañanas.	Autoagresión.
Sistema atribucional interno.	Astenia.	Verbalizaciones negativas y quejas.
Desesperación.	Dolores musculares.	Postura depresiva.
Desaliento.	Dolores articulares.	Desarreglo personal.
Pesimismo futuro.	Impotencia/frigidez. Problemas de excitación sexual.	
Indecisión.	Cansancio.	
Valoración negativa de los otros.	Dolores de cabeza. Problemas gástricos.	
Malhumor.		
Falta de humor.		
Irritabilidad.		
Pérdida de memoria.		
Preocupaciones.		
Delirios.		
Alucinaciones.		
Pérdida de apego emocional.		
Expectativas negativas.		

Se considera que la clasificación de la sintomatología depresiva propuesta en el triple sistema de respuesta es exhaustiva puesto que contempla la dimensiones cognoscitiva, fisiológica y motora de la condición; sin embargo, es importante diferenciar la respuesta social de la respuesta motriz, es decir, caracterizar la sintomatología desde la perspectiva interacción sujeto-medio, donde destacan las respuestas de evitación o escape de actividades sociales, inconveniente con amistades, entre otras, y de esta manera se obtendría una visión molar de las respuestas depresivas.

4. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

De acuerdo con el DSMV (American Psychiatric Association, 2014) para que se establezca el diagnóstico de depresión mayor se requiere que:

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento

previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer. Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.).

2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).

3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado).

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).

6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).

9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica. Nota: Los Criterios A—C constituyen un episodio de depresión mayor. Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (por ejemplo, duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural,

una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco. Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica (pp. 160-161).

Para finalizar se expresa que de acuerdo al DSMV, la depresión menor y la distimia (melancolía) también se consideran un trastorno del estado de ánimo que al igual que la depresión mayor se caracterizan por presentar un estado de ánimo deprimido o anhedonia, sin embargo, presenta menor cantidad de síntomas en comparación con la depresión mayor, por tal motivo, se consideran casos leves.

Aunque en el DSMV se hace un buen intento de especificar los criterios para diagnosticar la depresión, puesto que se recurre a ejemplos específicos, continúa observándose ambigüedades que pudieran conllevar errores en el diagnóstico. En este sentido, se plantea: ¿qué significa “casi todos los días”?, ¿Cuándo un malestar es clínicamente significativo? En el criterio C se recurre a la experiencia del clínico para diferenciar si ante una pérdida o duelo existe una depresión mayor, un episodio depresivo o una reacción normal, lo que implica subjetividad. El criterio D también pudiera generar polémica puesto que si la depresión es un trastorno afectivo, y la esquizofrenia, el trastorno esquizofreniforme y el trastorno delirante, son trastornos del pensamiento, ¿por qué ambas patologías no pueden coexistir?, si de acuerdo al DSMV responden a trastornos de diferentes dominios.

Además en cuanto a la sintomatología como tal, las mismas son diferentes en niños y adultos, y en estos últimos hay reacciones opuestas (insomnio-hipersomnia, aumento-pérdida de peso, agitación-retraso psicomotor) que conllevan la conclusión de que la depresión es un trastorno heterogéneo tanto a nivel biológico como motor, sin embargo, en el área cognoscitiva parece haber mayor homogeneidad.

5. TEORÍAS DE LA DEPRESIÓN

Se pueden categorizar las teorías sobre la etiología de la depresión en tres perspectivas, a saber:

Perspectiva biológica: considera que el origen de la depresión se encuentra en causas orgánicas o del funcionamiento del metabolismo. En esta perspectiva se encuentran los siguientes enfoques:

Enfoque bioquímico: se fundamenta en que el origen de la depresión se encuentra en una alteración en el ámbito del hipotálamo, específicamente en la acción de los neurotransmisores. Al respecto, Vallejo (2011) menciona las siguientes propuestas:

Hipótesis noradrenérgica (propuesta por Schildkraut en 1965). Se plantea que un déficit central de noradrenalina originado por una alteración en el área del hipotálamo, sería la base de la depresión.

Hipótesis indolamínica (planteada en 1965 por Coppen). Se expone que un déficit de serotonina (5-HT) en el que participa como elemento importante el transportador de serotonina es el causante del trastorno. Sin embargo, la serotonina está implicada en la regulación de varias funciones fisiológicas, aparte del humor (apetito, sueño, actividad sexual, dolor, ritmos cardíacos o temperatura) por lo que se han descrito alteración de este neurotransmisor en una amplia variedad de patologías, además de los trastornos afectivos (trastornos obsesivos, conductas suicidas y heteroagresivas, trastornos de la alimentación, alcoholismo, crisis de angustia, trastornos atencionales, migraña, etc.), por tal motivo, se carece de una especificación nosológica en los trastornos de la serotonina.

Teoría de la hipersensibilidad colinérgica (defendida por Janoksky y cols. en 1972). Exponen que la actividad colinérgica central podría desempeñar un papel en la etiología de los trastornos afectivos, al alterarse el equilibrio permanente colinérgico-adrenérgico a favor del primero en los pacientes depresi-

vos y a favor del segundo (predominio adrenérgico) en los maníacos.

Teoría de la disfunción dopaminérgica (planteada por Randrup en 1975). sostiene que una hiperactividad dopaminérgica se asocia con la manía, y un descenso en dicho neurotransmisor con la depresión. La euforia producida por psicoestimulantes y la eficacia de los mismos en algunas depresiones resistentes apoyan también la participación de la dopamina.

En resumen, las depresiones son un grupo bioquímicamente heterogéneo, sin embargo, una alteración en el funcionalismo de los neurotransmisores, de posible origen hipotalámico, parece evidente en las depresiones endógenas. Actualmente, permanece incierto si en el futuro las hipótesis catecolamínica, indolamínica y colinérgica anteriormente señaladas permanecerán adscritas a diferentes grupos bioquímicos de depresión o se englobarán en un trastorno fisiológico común. El sistema neuroquímico no actúa independientemente, sino que, por el contrario, existen múltiples interacciones entre los distintos neurotransmisores, lo cual impide hacer una valoración simplista de este enfoque (Vallejo, 2011).

Enfoque neurofisiológico y neuroanatómico: en las depresiones existe un estado de hiperactivación neurofuncional y disfunciones de la actividad vegetativa, así como escasa reactividad, especialmente en los depresivos inhibidos. Se plantea que en las personas con depresión existen disfunciones de las regiones frontales anteriores y temporales del hemisferio no dominante. Existe una desorganización del hemisferio no dominante, de forma que el déficit de varias funciones (atención, abstracción, memoria, aprendizaje no verbal) podría ser consecuencia de una disfunción de las regiones frontotemporales. Hallazgos derivados de estudios de la neuropsicología, confirman que en la depresión existen disfunciones en zonas del sistema límbico, córtex prefrontal (hipofrontalidad) y temporal (amígdala especialmente), ángulo anterior y núcleo caudado, así como resultados discrepantes en relación con una disminución del volumen hipocampal, especialmente en depresivos severos o bipolares con sintomatología psicótica, así como depresivos mayores en los que se han constatado anomalías neuroanatómicas (aumento de los ventrículos cerebrales), similares a las de los esquizofrénicos, que sugieren disfunciones del circuito córtico-límbico-estriotalámico (Vallejo, 2011).

Enfoque neuroendocrino: se establece que el eje hipotálamo-hipofisario se encuentra alterado en las depresiones endógenas. Estas anomalías han

sido relacionadas con las aminas biógenas que de alguna forma controlan estas hormonas y los factores liberadores correspondientes. El test de supresión por dexametasona (TSD) y el test de estimulación de TSH por TRH, son marcadores neuroendocrino empleados para establecer estas evidencias (Vallejo, 2011).

En todos los enfoques que constituye la perspectiva biológica se establece un reduccionismo biológico debido a que ignoran por completo las influencias sociales y psicológicas en la génesis del trastorno, por tal motivo, se puede deducir que es una visión incompleta de la realidad estudiada, además muchos de los hallazgos de esta perspectiva no son concluyentes o no representan marcadores específicos del trastorno de depresión.

Perspectiva psicológica: se concibe que la depresión es un trastorno psicológico. Derivado de la importancia que se le otorgue a los factores ambientales, cognoscitivos o de su interacción, surgen las siguientes teorías psicológicas:

Teorías conductuales de la depresión: sugieren que la depresión es fundamentalmente un fenómeno aprendido relacionado con interacciones negativas entre la persona y su ambiente (por ejemplo, relaciones sociales negativas o baja tasa de refuerzo). Estas interacciones con el entorno pueden influenciar y ser influidas por las cogniciones, las conductas y las emociones, y las relaciones entre estos factores se entienden como recíprocas (Vázquez, Muñoz y Becoña, 2000). Las teorías conductuales enfatizan la idea original de Skinner de que la principal característica de la depresión es una reducción generalizada en la frecuencia de las conductas. Entre los modelos conductuales de la depresión se encuentran:

La disminución del refuerzo positivo (propuesta por Lewinsohn entre las décadas de 1970-1980). Se concibe que la depresión es consecuencia de la reducción del refuerzo positivo contingente a las conductas de la persona. El total de refuerzo positivo que consigue un sujeto es función de: 1) el número de acontecimientos que son potencialmente reforzadores para la persona; 2) el número de hechos potencialmente reforzadores que tienen lugar; y 3) el conjunto de habilidades que posee una persona (por ejemplo sus habilidades sociales) para provocar refuerzo para sus conductas proveniente del entorno. A mediados de la década de los ochenta, Lewinsohn y otros., reformularon su propuesta e incluyeron el fenómeno de la ‘secuenciación de conexiones causales’, que comienza cuando surge un acontecimiento potencialmente evocador de depresión, el cual interrumpe los patrones de conducta automáticos del sujeto, originando todo

ello una disminución de la tasa de refuerzo positivo y/o un número elevado de experiencias aversivas. Como consecuencia de todo ello, se conduce a un incremento de la conciencia de uno mismo (estado en el que la atención se dirige a sí mismo), la autocrítica y las expectativas negativas, trayendo como consecuencia un aumento de la disforia con consecuencias de todo tipo. Sostienen que existen factores de riesgo (ser mujer, edad comprendida entre 20-40 años, bajo estatus socioeconómico, baja autoestima, tener hijos con edades inferiores a 7 años e historia previa de depresión) y de protección (competencia social autopercebida, capacidad de iniciativa, frecuencia elevada de acontecimientos positivos y alto apoyo social) (Vázquez *et al.*, 2000).

Entrenamiento en autocontrol (propuesta por Rehm en 1977). Postula que la depresión es el resultado negativo de la relación entre recompensas y castigos. La teoría del autocontrol se centra en la contribución del individuo a esta relación negativa a través de las respuestas conductuales y cognoscitivas. Las personas con depresión presentan una tendencia perfeccionista, pretenden metas inalcanzables, se centran en los aspectos negativos de su entorno y se aplican pocos refuerzos mientras que la tasa de autocastigo es alta. Esta postura considera que los acontecimientos positivos ocurren con una baja frecuencia a causa de sesgos cognoscitivos disfuncionales y déficit de estrategias de autocontrol. A través de una regulación errónea de las expectativas y de las estrategias de autoevaluación, por su codificación selectiva y procesamiento y recuperación de los acontecimientos negativos, la persona con depresión tiene un mayor riesgo de autocastigarse (Vázquez *et al.*, 2000).

Modelo de Charles Costello (propuesta en 1972). Establece que el rasgo más característico de las personas deprimidas es la pérdida de interés general por el medio que les rodea. Esta característica se explica por una “pérdida general de la efectividad de los reforzadores” que se considera, la causa suficiente y necesaria de la depresión. Según Costello, los siguientes dos factores, aislados o en conjunto, serían los principales responsables de esa pérdida general de efectividad de los reforzadores: 1) cambios endógenos bioquímicos y neurofisiológicos, y 2) la pérdida de uno o varios de los estímulos condicionados o estímulos discriminativos de una cadena conductual, bajo el supuesto de que la efectividad de los reforzadores de una cadena conductual está supeditada a la realización completa de dicha cadena (Belloch, Sandín y Ramos, 2009).

El modelo de Nezu (planteada por Nezu en la década de los ochenta). Se establece que la causa de la depresión en la persona es un déficit o ineficiencia en las habilidades de solución de problemas. Se plantea que la capacidad eficaz de solucionar los problemas podría actuar como un amortiguador de los efectos de las experiencias de vida negativas; además la habilidad en solucionar problemas podría moderar la asociación entre un estilo atribucional negativo y la depresión. Nezu señaló que la depresión podía ser el resultado de una deficiencia en alguno de los cinco componentes de la estrategia de solución de problemas: 1) orientación hacia el problema; 2) definición y formulación del problema; 3) generación de soluciones alternativas; 4) toma de decisiones; y 5) puesta en práctica de la solución y verificación (Vázquez *et al.*, 2000).

Teorías cognoscitivas de la depresión: enfatizan que la percepción errónea de uno mismo, de los otros y de los sucesos puede originar un trastorno depresivo. Se expresa que las personas con depresión tienen una tendencia a evaluar negativamente, afectando a un amplio rango de procesos cognoscitivos (por ejemplo, autoconcepto, atribuciones). Este estilo cognoscitivo tiene una relación recíproca con las respuestas motivacionales y afectivas que se asocian con la depresión (Vázquez *et al.*, 2000). Entre los principales modelos cognoscitivos de la depresión se encuentran:

Modelo de Indefensión aprendida (propuesto por Seligman en 1967). La desesperanza o indefensión aprendida es un estado caracterizado por la ausencia de conductas adaptativas puesto que no se reconoce la relación entre unas determinadas respuestas (adaptativas) y un alivio de los estímulos aversivos. En la depresión humana existe una historia existencial caracterizada por un relativo fracaso sistemático en ejercer control sobre los reforzadores ambientales, lo que origina frustración. Para Seligman la depresión sobreviene cuando el sujeto se percibe a sí mismo como perdiendo todo control sobre tales situaciones externas reforzadoras, lo cual le lleva a las vivencias de inseguridad, pasividad y desesperanza, que son características de la depresión (Vallejo, 2011). De acuerdo con Seligman su modelo no pretende explicar todo el espectro de la depresión, sino aquella donde el sujeto es lento para iniciar respuestas, se encuentra impotente, sin esperanza y ve el futuro negro, todo lo cual se origina por la pérdida de control sobre sus gratificaciones y al alivio del sufrimiento (Seligman, 1975).

Teoría reformulada de la Indefensión aprendida (propuesta por Abramson, Seligman y Teasdale en 1978). Se establece una reformulación puesto que la

teoría de la indefensión no discriminaba cuando la situación incontrolable era específica y no general, cuando era episódica o cuando permanecía en el tiempo, y por último cuando era personal y no universal. Al experimentar una situación incontrolable las personas intentan atribuir una explicación causal a lo sucedido (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978). Si en esa explicación se atribuye la falta de control a factores internos se produce un descenso de la autoestima, mientras que esto no ocurre si la atribución se hace a factores externos. Atribuir la falta de control a factores estables conduciría a una expectativa de incontrolabilidad en situaciones futuras y, en consecuencia, la indefensión y los déficits depresivos se extenderían en el tiempo. De forma similar, la atribución de la falta de control a factores globales provocaría expectativa de incontrolabilidad en otras situaciones y, por ende, la indefensión se generalizaría a otras situaciones. Por el contrario, la atribución de la falta de control a factores inestables y específicos supondría sentimientos de indefensión y déficit depresivos de corta duración, específicos a la situación en cuestión. Además plantean un factor motivacional: la depresión solamente ocurriría en aquellos casos en los que la expectativa de incontrolabilidad se refería a la pérdida de control de un suceso altamente deseable o a la ocurrencia de un hecho altamente aversivo. Finalmente, se señala la presencia de un factor de vulnerabilidad cognoscitiva a la depresión: la existencia de un estilo atribucional consistente en la tendencia a atribuir los sucesos incontrolables y aversivos a factores internos, estables y globales. En resumen, los procesos de atribución comienzan a ser considerados independientemente de la condición de indefensión y surge el estilo atributivo depresivo (atribuciones internas, estables y globales para sucesos negativos y atribuciones externas, inestables y específicas para sucesos positivos) como factor causal fundamental (Álvaro, Garrido y Schweiger, 2010; Belloch *et al.*, 2009).

Modelo Cognoscitivo de Beck (propuesto por Beck en los años sesenta). Señala que un “estilo cognitivo alterado”, caracterizado por expectativas negativas respecto al ambiente, sería, junto con la desesperanza y la incapacidad, el núcleo de la depresión humana e incluso el estilo de pensamiento de la personalidad predepresiva. En este sentido, una concepción peyorativa de sí mismo, interpretaciones negativas de las experiencias propias y una visión pesimista del futuro constituirían la tríada cognoscitiva básica de la persona depresiva, que queda reforzada por otros elementos cognoscitivos (emergencia de pensamientos negativos automáticos, errores sistemáticos en la percepción y el procesamiento de la información, y suposiciones disfuncionales básicas y tácitas, en forma de

esquemas o creencias centrales). La teoría cognoscitiva considera que hay cuatro elementos cognoscitivos claves que explican la depresión 1) la tríada cognoscitiva, formada por una visión negativa de sí mismo, del entorno y del futuro; 2) los pensamientos automáticos negativos; 3) errores en la percepción y en el procesamiento de información; y 4) disfunción en los esquemas (Vallejo, 2001; Vázquez *et al.*, 2000).

Hipótesis de la activación diferencial de Teasdale (propuesta en los años ochenta por John Teasdale). Se fundamenta en la teoría de la depresión de Beck de los años sesenta y del modelo de redes asociativas propuesto por Bower en el año de 1981. Es un modelo de vulnerabilidad estrés en el que se asume que el tipo de acontecimiento que origina una depresión clínica en algunas personas es capaz de producir al menos un estado de ánimo deprimido transitorio o leve en la mayoría de las personas. Asume que el inicio de los síntomas depresivos resulta de la activación del nodo de la depresión tras la ocurrencia de un suceso estresante. Esta activación se propaga a los nodos o constructos cognoscitivos asociados. Si esta actividad cognoscitiva reactiva a su vez el nodo depresivo a través de un mecanismo de tipo cíclico (mediante bucles cognitivos) y se establece un círculo vicioso entre el nodo depresivo y los nodos cognoscitivos, entonces el estado de depresión inicial se intensificará o mantendrá en el tiempo. Por tanto, la fuente original de la depresión es irrelevante, y el factor crítico que determina si un estado de ánimo deprimido inicial se intensifica hasta convertirse en un trastorno depresivo, es el establecimiento de ese círculo vicioso basado en una relación recíprocamente reforzante entre estado de ánimo deprimido y procesamiento cognoscitivo negativo (Belloch *et al.*, 2009).

Teoría de los estilos de respuesta (planteada por Susan Nolen-Hoeksema en 1991). Es una teoría sobre los factores que explican el curso de la depresión. Establece que la manera en que las personas responden a los primeros síntomas depresivos influye en su duración y gravedad. Las personas que suelen pensar más sobre las causas de sus problemas (rumiación) tienden a permanecer con mayor tiempo en depresión, en comparación a aquellas que son capaces de no pensar o pensar en algo diferente a la situación que le originó tales síntomas, en este sentido, habrá diferencias individuales según el sexo puesto que son las mujeres las que generalmente tienden a permanecer pensando recurrentemente sobre sus problemas (Nolen-Hoeksema, 1991). La teoría propone varios mecanismos psicológicos que explicarían el efecto del estilo rumiativo de respuesta en el mantenimiento o exacerbación de los síntomas depresivos. Primero, las ru-

miancias intensifican los efectos del estado de ánimo deprimido sobre las cogniciones, haciendo que los pensamientos negativos sobre el pasado, el presente y el futuro estén más accesibles y sobresalientes, los cuales, a su vez, exacerbaban el estado de ánimo deprimido. Segundo, la actividad rumiativa reduce la generación de soluciones efectivas a los problemas. Tercero, las respuestas rumiativas interfieren la puesta en marcha de conductas instrumentales tales como salir con los amigos o practicar las aficiones, las cuales permiten obtener reforzamientos positivos. Finalmente, el estilo rumiativo disminuye el efecto beneficioso que el apoyo social tiene sobre la depresión al causar más fricción en las redes de apoyo social de la persona deprimida (Belloch *et al.*, 2009).

Teorías psicodinámicas de la depresión: enfatizan que la causa de la depresión es por pérdida del objeto amado, fijación en la etapa oral, baja autoestima, superyó rígido y una introyección de la ira hacia sí mismo. Entre estas teorías según Belloch *et al.* (2009) se encuentran:

Teoría de la depresión de Abraham (propuesta por Karl Abraham en 1911). Sostiene que primero, existe una fuerte relación entre depresión y obsesión; segundo, que el comienzo de una depresión generalmente estaba asociado al sufrimiento de un desengaño amoroso; y tercero, que muchos depresivos recurrían a la ingesta de líquidos o alimentos para evitar o superar la depresión. Se concibe a la depresión como una exacerbación constitucional y heredada del erotismo oral, es decir, como una tendencia exagerada a experimentar placer por medio de la gratificación oral. Cuando la persona depresiva experimenta repetidas frustraciones relacionadas con los objetos de sus deseos libidinales —típicamente los padres— en la fase preedípica, se produce una asociación permanente de los sentimientos libidinales con deseos destructivos hostiles. Cuando en su vida posterior se repiten tales frustraciones o desengaños amorosos, la persona depresiva vuelve su cólera hacia el objeto amado y, puesto que hay una especial fijación en el nivel oral, el depresivo busca destruir el objeto incorporándolo, interiorizándolo, con lo que la cólera se dirige en última instancia hacia el yo (Belloch *et al.*, 2009).

Modelo psicodinámico de la depresión (expuesta en 1917 en la obra *Duelo y melancolía* por Sigmund Freud). Establece que tanto el duelo como la melancolía serían respuestas a la pérdida de algo o alguien a quien se ha amado, y ambas incluirían los siguientes síntomas: tristeza acompañada de dolor profundo, falta de interés por el mundo externo, pérdida de la capacidad de amar e inhibición

de la actividad. Sin embargo, a diferencia del duelo, la melancolía se caracterizaría además por una disminución extraordinaria de la autoestima, dando lugar a excesivos autorreproches y a expectativas irracionales de castigo inminente, y también se caracterizaría por la vaga noción que tiene el melancólico de la naturaleza de su pérdida, siendo incapaz de reconocer la causa de su tristeza. Según Freud, para minimizar el impacto de la pérdida del objeto amado, el niño interioriza una representación de ese objeto, lo introyecta. Como consecuencia, la ira dirigida hacia el objeto perdido es ahora dirigida hacia una parte del propio yo del niño, predisponiéndole a futuros episodios depresivos caracterizados sobre todo por constantes autorreproches. Sin embargo, en los últimos años, Freud interpretaba la depresión como la existencia de un superyo excesivamente exigente, es decir, de un excesivo sentido del deber y la obligación que crea una gran cantidad de sentimientos de culpa (Belloch *et al.*, 2009).

Teorías interpersonales de la depresión: establecen la importancia de los factores interpersonales, tanto sociales como familiares, en el origen, mantenimiento y tratamiento de la depresión. Sus bases conceptuales comunes se encuentran en la escuela interpersonal de psiquiatría de Harry Sullivan, en las investigaciones del grupo de Palo Alto sobre los patrones de comunicación interpersonal en familias con miembros esquizofrénicos y en la aplicación a las ciencias sociales de la teoría general de sistemas, con su énfasis en la interrelación de todos los elementos que componen un sistema (Belloch *et al.*, 2009). Entre este enfoque se puede mencionar:

Modelo de James Coyne (se plantea en el año de 1976). Se concibe que la depresión es una respuesta a la ruptura de las relaciones interpersonales de las cuales los individuos solían obtener apoyo social, y que la respuesta de las personas significativas de su entorno mantienen o exacerban los síntomas depresivos. Plantea que cuando esa ruptura interpersonal se origina, los depresivos se vuelven a las personas de su ambiente en busca de apoyo social, pero que las demandas persistentes de apoyo emitidas por los depresivos gradualmente llegan a ser aversivas para los miembros de su entorno social, lo que ocasiona que estas personas se molesten con el deprimido. Cuando la persona deprimida se da cuenta de estas reacciones negativas en los otros, emite un mayor número de conductas sintomáticas, estableciéndose un círculo vicioso que continúa hasta que las personas del entorno social se apartan totalmente de la persona deprimida (Belloch *et al.*, 2009).

Modelo de Gotlib (planteado por Ian Gotlib a finales de los ochenta). Se fundamenta en el modelo de James Coyne en 1976. Establece que las cogniciones son fundamentales para entender la depresión, sin embargo la misma se deben estudiar de una forma contextualizada, es decir, conocer el ambiente donde el sujeto se desarrolla (Coyne y Gotlib, 1983). Afirma que la cadena causal que conduce al desarrollo de un episodio depresivo se inicia con la ocurrencia de un estresor, bien sea de naturaleza interpersonal, intrapsíquico o bien un cambio bioquímico. La gravedad de este estresor depende de circunstancias externas, pero también de la existencia de ciertos factores de vulnerabilidad, tales factores de vulnerabilidad son bien interpersonales (por ejemplo, la calidad y cantidad de apoyo social, la cohesión de la familia, las habilidades de la familia para manejar los problemas cotidianos), bien intrapersonales, incluyendo tanto elementos cognoscitivos (por ejemplo, esquemas cognoscitivos negativos) como conductuales (por ejemplo, estrategias de afrontamiento, habilidades sociales). La adquisición de esos factores de vulnerabilidad es fruto de experiencias familiares adversas durante la infancia. Si el individuo es incapaz de afrontar con eficacia el estresor, a medida que el estrés aumenta, se incrementa también la expresión de los síntomas y de los patrones interpersonales desadaptativos del individuo. Una vez que la depresión se ha iniciado, dos factores más convergen en mantener o exacerbar la misma. El primero es un factor interpersonal, e implica tanto la expresión por parte del individuo deprimido de habilidades sociales y esquemas interpersonales desadaptativos, como la respuesta de las personas significativas del entorno a su conducta sintomática. El segundo factor de mantenimiento o exacerbación de la depresión, que interactúa con los anteriores procesos interpersonales, es el sesgo cognoscitivo negativo de los depresivos que se traduce en un aumento de la sensibilidad y de la atención prestada a los aspectos negativos (reales o distorsionados) de su ambiente. Este sesgo cognoscitivo conduce a que la persona depresiva manifieste más síntomas, lo que a su vez revierte en una interpretación más negativa de la situación y, por ende, en un posterior incremento de los síntomas y de los patrones interpersonales desadaptativos. Estos llevarían a una respuesta más negativa por parte de su entorno social y, puesto que el individuo deprimido fácilmente percibe y atiende a esas respuestas negativas, se cerraría así un círculo vicioso que exacerbaría la depresión y la mantendría en el tiempo (Belloch *et al.*, 2009; Barnett y Gotlib, 1988).

En resumen, las teorías psicológicas sobre la depresión ofrecen un modelo explicativo de cuáles serían los mecanismos propios del sujeto, del ambien-

te y de su interacción por los cuales surge este trastorno. Sin embargo, muchas de esas teorías especialmente las de corte dinámico y cognoscitiva acuden a constructos hipotéticos difíciles de contrastar empíricamente, es decir, son modelos difíciles de falsear; además, a excepción de algunas teorías conductuales, las teorías psicológicas excluyen la importancia que tienen las alteraciones biológicas en el origen del trastorno. Otras de las limitaciones que se observan en estas teorías es que no dan cuenta del por qué se observan conductas motrices tan diferentes y casi antagónicas —como ya se ha mencionado— en esta condición. Se entiende, que por la complejidad del comportamiento y específicamente de este trastorno, además del conjunto de visiones de hombre que coexisten dentro de la psicología, resulta difícil originar una teoría lo suficientemente amplia, donde tanto los elementos conductuales, cognoscitivos, sociales y biológicos se consideren para ofrecer una explicación exhaustiva del fenómeno, sin embargo se considera que el reto continúa, y que es la psicología, la ciencia que pudiera estar más cercana a una explicación molar por los múltiples enfoques que posee del ser humano.

Perspectiva social: se entiende a la depresión como un estado subjetivo de malestar físico y emocional, entendido como el resultado de las presiones socioestructurales sobre el individuo. Plantea que son las desigualdades sociales, a través de las experiencias de estrés y de ciertas estrategias de afrontamiento, entre las que se incluyen las redes de apoyo social disponibles, y las diferencias en los sentimientos de alienación y autoestima, además de los estilos atributivos *per se*, los determinantes de la depresión. Son las personas que pertenecen a las clases sociales más desfavorecidas las que tienen una mayor probabilidad de sufrir en sus vidas acontecimientos que inciden sobre el control del medio y, en consecuencia, sobre su autoimagen. Asimismo los recursos para enfrentarse a dichas situaciones y las redes sociales de apoyo varían en función de nuestra posición en la estructura social (Álvaro, Garrido y Schweiger, 2010).

La alienación es una categoría analítica básica para entender las condiciones materiales de desigualdad social en que se enmarca el trabajo productivo, en él, el trabajador no decide sobre los objetos producidos, ni sobre el proceso de producción y los resultados del mismo, convirtiéndose así en mera mercancía. El concepto de alienación está estrechamente ligado al de falta de control. Una persona alienada está despojada de su capacidad de influir sobre su medio, puesto que actúa en un vacío normativo, simbólico e interpersonal. La falta de expectativas para transformar las circunstancias y sucesos adversos, la incapacidad

cidad para predecir el futuro, la inexistencia de normas sociales, la ausencia de significado y propósito en la vida personal, así como el sentimiento de separación y distanciamiento con respecto a sus ideas, acciones y sentimientos, sujetos al control o decisión de otros, hunden sus raíces en las condiciones sociales de existencia fijadas por la posición social (Álvaro *et al.*, 2010).

La autoestima, como valoración de la identidad personal, depende de las actitudes de los otros significativos: la autoimagen no se da en un vacío social, sino que es a través de la interacción con otros como se toma conciencia de lo que se es. La identidad del yo y la autoimagen se dan en el proceso de interacción simbólica entre las personas, el cual nos remite a las posiciones sociales de los sujetos que interactúan y a la estructura social de la que forman parte. Se concibe que la autoestima está determinada por la clase social a la que se pertenece. Las posibilidades de tener que enfrentarse a situaciones de estrés, como los recursos de afrontamiento ante las mismas, entre los que se encuentra la autoestima, varían según las clases sociales. La falta de control personal está asociada a una reacción adaptativa que incluye una actitud de baja autoestima. En este contexto, la depresión se considera como una respuesta más dentro de un repertorio de posibles respuestas. En este sentido, el desarrollo de síntomas es una forma de afrontamiento típica de determinados grupos sociales, precisamente aquellos que ocupan posiciones inferiores en la estructura social (Álvaro *et al.*, 2010).

La perspectiva social de la depresión al igual que el resto de las perspectivas, se considera incompleta puesto que aunque es el enfoque más global debido a que toma en consideración elementos psicológicos tanto conductuales (estrategias de afrontamiento y apoyo social) como cognoscitivos (autoestima y estilo atributivo), además de las variables sociales, no rescata el aporte o peso que tienen las variables biológicas en la etiología de la condición, y existen muchas evidencias de alteraciones orgánicas en la depresión.

6. CONCLUSIONES

La depresión es uno de los términos más populares de la psicología al igual que estrés, resiliencia, entre otros constructos, sin embargo, esta misma popularidad ha conllevado que se emplee de manera ambigua y quizás muchas veces de forma incorrecta, surgiendo diversas problemáticas. A continuación se enumeran y se mencionan algunos posibles aportes para contribuir a su resolución:

Primera. En cuanto a su concepción se concibe como un ‘trastorno del pensamiento’ y como un ‘trastorno de las emociones’; además se une la polémica de si es una emoción (como sinónimo de tristeza) o un estado patológico. Aunado a esto, se pudiera definir como un síntoma, un síndrome o una enfermedad. Para esta problemática se propone hacer referencia a ‘trastorno de la depresión’ y se plantea la siguiente definición: La depresión es un trastorno multifactorial que implica un conjunto de síntomas específicos conductuales o motores (agitación o enlentecimiento motor, intentos de suicidio, inhibición general, llanto, lenguaje escaso, adicciones, signos faciales de desesperanza y tristeza, autoagresión, verbalizaciones negativas y quejas, desarreglo personal) cognoscitivos (valoración negativa de sí mismo, del entorno y del futuro) sociales (aumento de la dependencia de otros, evitación de interacción social recreativa) y biológicos (aumento o disminución de peso, insomnio o hipersomnias, fatiga, pérdida de energía y de apetito, alteración del funcionamiento sexual, molestias corporales difusas, astenia, dolores musculares y articulares, cansancio) que ocasiona que el sujeto pierda reforzamiento de su entorno y por ende existan dificultades en su funcionamiento cotidiano.

Igualmente se debe establecer que la ‘tristeza’ es una emoción, y como tal ejerce una función adaptativa mientras que la depresión es un estado, caracterizado principalmente en el ámbito emocional por permanecer en el tiempo y hacer disfuncional al sujeto en su medio.

Segunda: tipos de depresión. No se deberían nombrar sin hacer alusión al criterio de clasificación, puesto que en caso contrario, no permitiría una clasificación adecuada del fenómeno, originándose una superposición en estos. En este sentido, se comparte la recomendación de Vallejo (2011) de mencionar los tipos de depresión de acuerdo con polos o categorías, por ejemplo: primaria-secundaria; endógena-reactiva.

Tercera: criterios que presenta el DSMV (2014) para diagnosticar depresión mayor. Continúan teniendo terminologías que tienden a la subjetividad, sin embargo, se aplaude que en esta versión del manual se ofrezcan ejemplos concretos de comportamientos específicos para ilustrar tales síntomas. Se propone continuar refinando dichos ejemplos y considerar que estos criterios son más descriptivos y orientativos, que determinantes y exhaustivos.

Cuarta: la depresión es un trastorno multifactorial y por ende heterogéneo. Sus teorías explicativas deben considerar los factores ambientales, subjetivos,

sociales y biológicos. Se debe enmarcar a la depresión en el modelo biopsicosocial, para lograr su adecuada comprensión, puesto que cada elemento es necesario para su comprensión pero no suficiente. Los aportes de la psicología, la biología y la sociología son fundamentales para lograr entender este trastorno. En este sentido, se plantea que la biología tiene el reto de identificar marcadores específicos de la depresión, que la puedan lograr diferenciar biológicamente de otros trastornos, incluso en los mismos subtipos. La sociología debería continuar identificando las variables sociales que determinan el trastorno y especialmente resaltar el contexto socio-histórico en que se origina el mismo, es decir, contextualizarlo. Por último, la psicología debería originar modelos más cercanos a la realidad para explicar el comportamiento depresivo, además se propone que sea ésta quien pueda unificar los hallazgos provenientes de las otras disciplinas. Entre las teorías psicológicas de la depresión se asume que la teoría conductual desde sus diferentes modelos es la que tiene una mejor comprensión del fenómeno puesto que tiende a incluir los factores biológicos y a ofrecer una explicación objetiva, sin embargo continúa siendo una visión reduccionista de la depresión.

REFERENCIAS

- Abramson, L., Seligman, M. y Teasdale, J. (1978). Learned Helplessness in Humans: Critique and Reformulation [versión electrónica], *Journal of Abnormal Psychology*, 87(1), 49-74. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/ef52/775276f83a46162a9b364335d9ee5ee73b99.pdf>
- Álvaro, J., Garrido, A. y Schweiger, I. (2010). Causas sociales de la depresión. Una revisión crítica del modelo atributivo de la depresión [versión electrónica], *Revista Internacional de Sociología*, 68(2), 333-348. Recuperado de evintsociologia.revistas.csic.es/index.php/revintsociologia/article/viewFile/328/334
- American Psychiatric Association (2014). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (5ta ed.). Washington: Autor.
- Barnett, P. y Gotlib, I. (1988). Psychosocial Functioning and Depression: Distinguishing Among Antecedents, Concomitants, and Consequences [versión electrónica], *Psychological Bulletin*, 104(1), 97-126. Recuperado de http://psych.unl.edu/psyc451_2015/ashby/barnett_gotlib.pdf
- Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2009). *Manual de Psicopatología*. (vol. II). Madrid: Mc Graw Hill.

- Castillo-Quan, J., Barrera-Buenfil, D., Pérez-Osorio, J. y Álvarez-Cervera, F. (2010). Depresión y diabetes: de la epidemiología a la neurobiología [versión electrónica], *revista de neurología*, 51(6), 347-359. Recuperado de <https://www.psyciencia.com/wp-content/uploads/2015/04/depression-y-diabetes-epidemiolog%C3%83%C2%ADa-a-la-neurobiologia.pdf>
- Coyne, J. y Gotlib, I. (1983). The Role of Cognition in Depression: A Critical Appraisal [versión electrónica], *Psychological Bulletin*, 94(3), 472-505. Recuperado de <https://app.dimensions.ai/details/publication/pub.1028056782>
- Instituto Nacional de la Salud Mental. (2009). *Depresión*. USA: Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.
- Jiménez, G. y Miguel-Tobal, J. (2003). El cuestionario tridimensional para la depresión (CTD): Un nuevo instrumento para medir la tristeza/depresión [versión electrónica], *ansiedad y estrés*, 9(1), 17-34. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=623789>
- Jiménez, G. (2002). La depresión desde una perspectiva tridimensional: Elaboración de un instrumento de medida. Tesis doctoral no publicada, Universidad Complutense de Madrid.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to Depression and their Effects on the Duration of Depressive Episodes [versión electrónica], *Journal of Abnormal Psychology*, 100(4), 569-582. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1757671>
- Reyes, G. (2013). Psicoterapia psicodramática: una forma de diagnóstico y tratamiento para la depresión [versión electrónica], *Revista Brasileira de Psicodrama*, 21(2), 53-64. Recuperado de epsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-53932013000200005
- Rivas-Acuña, V., García, H. Cruz, A., Morales, F., Enríquez, R. y Román, J. (2011). Prevalencia de ansiedad y depresión en las personas con diabetes mellitus tipo 2 [versión electrónica], *Salud en Tabasco*, 17(1-2), 30-35. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/487/48721182005.pdf>
- San Molina, L. y Arranz, B. (2010). *Comprender la depresión*. Barcelona, España: Amat editorial.
- Seligman, M. (1975). *Indefensión*. Madrid: Titivillos.
- Serrano, C., Zamora, K., Navarro, M. y Villarreal, E. (2012). Comorbilidad entre depresión y diabetes mellitus [versión electrónica], *medicina interna de México*, 28(4), 325-328. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2012/mim124d.pdf>
- Toro-Tobar, R., Grajales-Giraldo, F. y Sarmiento-López, J. (2016). Riesgo suicida según la tríada cognitiva negativa, ideación, desesperanza y depresión. *Aquichan*, 16(4), 473-486.

- Vallejo, J. (2011). *Introducción a la psicopatología y psiquiatría*. (7ed). Madrid: Elsevier Masson.
- Vázquez, F., Muñoz, R. y Becoña, E. (2000). Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX. *Psicología Conductual*, 8(3), 417-449.