



Vol. 15 No. 4

Diciembre de 2012

DE LA TRISTEZA A LA DEPRESIÓN

Guillermina Cruz Pérez¹
Universidad Nacional Autónoma de México

RESUMEN

Es cada vez más frecuente, sobre todo entre los jóvenes, confundir el significado de los términos tristeza y depresión para indicar que el individuo atraviesa por una etapa confusa y dolorosa en su pensar y/o en su actuar, siendo que se trata tan sólo de un episodio de tristeza; mientras que padecer de una depresión, aunque incluye a la tristeza, es algo mucho más complejo que para diagnosticarse como tal, se requiere al menos de un par de semanas de ciertos síntomas y signos claramente identificados y además observa un desequilibrio en los neurotransmisores. En este ensayo se discutirá el concepto de tristeza, comparado con el de depresión y cómo desde su origen hasta su “funcionamiento” operan de manera distinta en el individuo. La tristeza como aflicción, es un sentimiento absolutamente natural, tanto como otros sentimientos básicos que el ser humano posee, mismo que se “mueve” (emociona) por el influjo de sus sentimientos y pensamientos. En cambio la depresión se genera bien por factores exógenos, como algún evento *traumático* externo, incluida claro está la tristeza, o bien por factores endógenos, esto es, un desequilibrio en los neurotransmisores, provocando alteraciones particularmente en la producción de dopamina, noradrenalina y serotonina. Se concluye entonces que es importante no usar indistintamente ambos términos. Lo anterior obedece a que actualmente existen altos índices de depresión en la sociedad, la que requiere de atención médica y psicológica profesional. Como observa la Organización Mundial de la Salud, menos del 30% de los casos, y en algunos países menos del 10%, obtienen tratamiento efectivo. Y es de destacar que la misma Organización observa que más de 350 millones de personas en el mundo sufren depresión o algún otro trastorno mental. Si se confunde lo que es la depresión, como está sucediendo, se

¹ Psicoterapeuta Independiente. Correo electrónico: guillecitacruz@gmail.com

considera a ella como parte intrínseca de nuestra sociedad y no como un acontecimiento clínico, con lo que se corre el peligro de no dimensionar sus efectos y obviar la atención y consecuente tratamiento que requiere.

Palabras clave: tristeza, depresión, melancolía, herencia genética, herencia ambiental.

FROM THE SADNESS TO THE DEPRESSION

ABSTRACT

Every day is more common that people, *particularly young people*, muddle up the meaning between sadness and depression to indicate that somebody goes through by a confused and painful stage into his thinking or his behavior, which is just a sadness incident; while suffering depression - even though includes a sadness incident-, is something much more complex that requires to be diagnosed as such illness, that at least a couple of weeks the patient has certain symptoms and signs clearly identified and besides it observes a disorder into the neurotransmitters. In this essay the concept of sadness will be discussed compared with the concept of depression, and how from their beginning till their operation, they function on a different way over the individual. Sadness as affliction, is a feeling absolutely natural, as other basic feelings that human being has, who moves (emotions) by the influence of his feelings and thoughts. On the other hand, depression is originated by external factors, as any traumatic experience, included sadness, as well as for internal factors, which means a disorder into the neurotransmitters, causing alteration, particularly in the production of dopamine, noradrenaline and serotonin. It is concluded that it's really important to do not use these concepts both alike; which obeys to the fact that actually exists high levels of depression into the society, which requires medical and psychological care. As the World Health Organization indicates, less than 30% and in some countries less than 10% of the people who suffer depression receives an effective treatment. The WHO estimates that nowadays 350 million people around the world suffer depression or any other mental disorder. If the concept of depression is confused, as it seems is happening, it will be considered as an inherent part of our society and not as a *clinical event*, having the high risk that his effects will not be evaluated neither his clinical attentions and treatment required.

Key words: sadness, depression, melancholia, genetic heredity, ambient heredity.

La tristeza del latín *tristitia*, es la cualidad de estar triste, lo que significa estar afligido o apesadumbrado; mientras que la depresión, del latín *depressio*, *ōnis* en términos psicológicos, se trata de un síndrome caracterizado por una *tristeza profunda* pero que además incluye la inhibición de las funciones psíquicas, a veces con trastornos neurovegetativos, siendo entonces cuando se requiere de un tratamiento farmacológico, además del psicológico.

Ya en la antigua Grecia, *Hipócrates de Cos*, “el padre de la medicina” -para algunos autores-, hubo conceptualizado de alguna manera “la personalidad” del individuo, en base a sus características biológicas, esto es, *el temperamento*, mediante su “Teoría de los Cuatro Humores”; la que observaba que la enfermedad acontecía en el individuo ante el desequilibrio de alguno de los humores (sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema). Para el objetivo de este trabajo el que destaca es el de la bilis negra y su alteración, lo que tornaría al individuo en una persona de temperamento “melancólico”.

El Diccionario de la Real Academia Española define a la melancolía, del latín *melancholia* (bilis negra), como tristeza profunda, sosegada y permanente, nacida de causas físicas o morales, que hace que quien la padece no encuentre gusto ni diversión en nada.

Para los fines de este ensayo sirve entonces tomar en cuenta el significado de la melancolía vista desde un punto de vista médico y psicológico a la vez, para lo cual la conceptualización realizada por el Dr. Polaino Lorente nos es útil: Polaino-Lorente (1985, en Villardón, 1993) decía que la melancolía era sinónimo de depresión, conceptualizada como “*depresión freudiana*” la que se puede resumir con la siguiente sintomatología: extraordinaria disminución del amor propio; “egotización” en la reacción ante la pérdida del objeto; autocrítica pública de su yo sin ningún pudor; pérdida de la autoestima; la libido se retrotrae al yo en lugar de desplazarse al objeto; transformación de la pérdida de objeto en pérdida del yo; disociación entre la actividad crítica del yo y el yo modificado por la identificación; rechazo a alimentarse como consecuencia de su regresión a la fase oral, la rigidez y el empobrecimiento del yo hacen que pueda transformarse la

melancolía en depresión *obsesiva*; tendencia al suicidio como signo de hostilidad contra sí mismo, como objeto.

Si partimos de la conceptualización realizada por Polaino-Lorente (1985, en Villardón, 1993) más la definición dada por el Diccionario de la Real Academia Española acerca de la melancolía, podrá entenderse por qué en la actualidad se presenta cierta confusión entre los términos tristeza y depresión (o melancolía) y el porqué de su uso presente de manera indistinta e indiscriminada. Así mismo el temperamento juega un rol importante en ambas situaciones, pues aunque el individuo melancólico (tendencia depresiva) podría tener la predisposición de manera genética, un individuo que padece de tristeza, también estará sufriendola de acuerdo a su temperamento y a su manera de afrontar las situaciones, a su tolerancia a la frustración, etcétera, aprendido todo ello de su ambiente más cercano mientras su niñez.

Y sin embargo, en mucho probablemente debido al desconocimiento de las diferencias en términos coloquiales, de lo que significan el temperamento, el carácter, la personalidad, los sentimientos, las emociones, etcétera, es que se hace este uso indistinto entre la tristeza y la depresión, con lo que se le resta a esta última, la importancia de su presencia y la relevancia de su atención oportuna.

Con este ensayo lo que se pretende es hacer patente que la depresión es una enfermedad que debe atenderse médica y psicológicamente mientras que la tristeza es un sentimiento básico de todo ser humano y que su presencia no sólo es normal sino natural y que es conveniente conocer la diferencia entre ellas para que ante la presencia de una depresión, ésta se trate oportunamente. Adicionalmente, debido a la alta prevalencia a nivel mundial de esta enfermedad, es importante conocer la diferencia para que no se le estigmatice y con ello restarle importancia a su atención, desde los primeros síntomas y/o signos. De lo contrario, se corre el peligro de que se agrave, se torne en algo crónico y con la posibilidad de un evento con desenlace trágico para el individuo y para su entorno más cercano.

TRISTEZA

Si consideramos que la tristeza es uno de los sentimientos básicos de todo individuo, podemos entender entonces que forma parte de la subjetividad y que por tanto es parte inherente de la vida de todo ser humano; tanto como los otros sentimientos básicos.

La tristeza opera en el individuo llevándole a un “mal-estar” ocasionado por algún evento previo, como lo puede ser una pérdida de cualquier tipo -de una cosa, de una situación, de un estado, de una persona, una pérdida física-. La función de ella parece estar en el procesamiento del acontecimiento previo que llevó a ese estado en el individuo. Es inevitable que se sienta la tristeza, tanto como los otros sentimientos básicos, dependiendo del factor detonante. Entonces la tristeza funge como catalizador de un proceso de reestructuración o de readaptación en el individuo; con lo que entonces su importancia es vital para todos, siendo entonces que puede decirse que tiene una función.

No obstante, la tristeza opera de manera distinta en los individuos pues el temperamento difiere de individuo a individuo de acuerdo a la carga genética que ha heredado más la herencia ambiental que recibe, básicamente de su entorno primario, donde le es importante lo que toda figura de autoridad comunique verbal o conductualmente. Adicionalmente será bueno considerar la diferencia en el trato que se le da al niño (a) de acuerdo a su rol sexual. Por ejemplo, en los logros obtenidos, dependiendo de si es niño o niña, se atribuirá el éxito a factores internos en el primer caso y en externos para el segundo caso.

Ahora bien, tomando en cuenta al temperamento, se podrá entender que entonces la gradación de la tristeza es diferente y que por tanto la gente la vivencia de manera distinta. No obstante que se toma en cuenta el temperamento como arriba se observa, el influjo del entorno primario es tan importante como el primero, para que el individuo forje su carácter; por lo que entender por lo que atraviesa un individuo mientras su niñez y adolescencia cobra un sentido fundamental, tanto como la infancia; aunque este último estadio no se ha considerado para el interés de este trabajo. Sólo se le considera relevante a este propósito en el aspecto del inicio de la formación de la autoestima, cuestión que

habrá de hacerse notar sin extenderse aquí, que también es importante ante la posible presencia de la tristeza y que no se torne en patológica, con su consecuente degeneración en una posible depresión.

Así, se hace notar que ante una experiencia traumática repetitiva mientras el estadio de la niñez, el individuo observa una reacción emocional que se genera a raíz de la primera, tornándose en un *esquema* en su vida. En adelante cuando algo similar acontezca, volverá a tener la misma reacción, aunque de manera inconsciente; siendo entonces que se ha generado en él un *esquema inadaptado* y consecuentemente el niño crecerá con cierta actitud pesimista. Con esto no se pretende decir que una vez que el niño ha formado un esquema, aún desadaptativo, estará condenado por lo que reste de su vida a reaccionar de la misma manera; pues ante las experiencias cotidianas de vida, este esquema idealmente irá modificándose o actualizándose y no al contrario; esto es, que el individuo adapte su realidad de acuerdo al esquema ya aprendido.

La relevancia de mencionar la formación del esquema radica en que la tristeza, como se ha indicado ya, es una de los sentimientos básicos que posee el hombre naturalmente; sin embargo si ésta se vuelve parte dinámica de la vida diaria, si se sale del control del individuo, ésta se volverá patológica y el esquema juega un rol importante en esta posible *degeneración* de la tristeza, tornándola en sufrimiento, lo que para algunas corrientes psicológicas se trata de algo más profundo y sobre todo duradero que el dolor.

De manera adicional debemos considerar que como parte de dicho esquema de vida, hemos aprendido muchas veces y de manera desafortunada para nosotros mismos, a interpretar lo que sucede, dándole la connotación acorde al esquema bajo el cual crecimos y bajo el cual nos regimos por tanto; siendo a veces de manera negativa o errónea con lo que de manera prácticamente lógica, nos sentiremos más tristes, con temor o enojados en su caso.

Vale la pena tomar en cuenta también a la impotencia aprendida, la que desempeña un papel importante en un episodio de tristeza en la vida del individuo; la que de acuerdo a Seligman (1975 en Hahusseau 2010) “es lo que sentimos cuando pensamos que hagamos lo que hagamos, no servirá para nada”. La

importancia de hacerla notar aquí es debido a que habrá de considerarse que entre circunstancias difíciles que el individuo pudo haber vivido en su niñez más un estilo pesimista de vida, ambos aprendidos en su entorno primario, hicieron de este individuo una persona que en su adolescencia o adultez -al considerarse impotente- se torna en una persona triste debido a la frustración que experimenta, y a su vez dicha frustración genera un humor negativo que se torna permanente. Como puntualiza Hahusseau (2010): “la impotencia aprendida genera emociones de desánimo y de tristeza, que si persisten pueden conducir a una depresión”. Concretamente observa que “cuando estamos tristes, pensamos en clave de tristeza; nuestros pensamientos nos hacen pensar automáticamente en el sentido de lo que sentimos”.

Ahora bien, el temperamento también juega un papel relevante en la conformación de dicho esquema pues éste no es el mismo para todos los individuos; como se sabe éste depende de factores hereditarios genéticamente y que en suma con la herencia ambiental se conforma el carácter de la persona. Como indica Hahusseau (2010): “sería absurdo basar nuestras emociones en uno solo de estos dos componentes: el determinismo genético o la historia individual”.

Concretamente se puntualiza en que la tristeza es tan sólo un sentimiento que genera a veces emociones adversas para el individuo mismo, debido al estado de ánimo preponderante en tales circunstancias; más no por ello una persona que se encuentra triste se encuentra necesaria y forzosamente deprimida. Más bien lo que sucede en una circunstancia complicada para el individuo es que el presente y el cómo lo vive, se ve influenciado por su pasado, debido a que en el presente aún ante circunstancias que podrían evaluarse como sencillas, se reactivan viejos sentimientos de dicho pasado; dolores que han quedado sepultados y que le condicionaron en su momento y que consecuentemente en el presente se viven como en el pasado cuando fue condicionado.

Por otro lado habremos de hacer notar que un episodio de melancolía puede deberse a la identificación que el individuo llevó a cabo con el “objeto” de su afecto, que como se ha observado puede ser una persona, una cosa, una situación, etcétera. El Diccionario de la Real Academia Española da el significado

de *identificación* a “hacer que dos o más cosas *en realidad distintas* aparezcan y se consideren como una misma”, lo que concuerda con la noción de que cuando un individuo se identifica con algo o alguien más y que éste objeto o sujeto se ausenta de su vida, el individuo padecerá entonces de melancolía pues se ha perdido de alguna manera a él mismo o a una parte de sí mismo.

En concreto, una persona que atraviesa por una melancolía se asemeja mucho a lo que atraviesa una persona cuando se encuentra triste o cuando vive una pérdida; por lo que al igual que en estos casos, lo que vive es un duelo. En un momento de duelo, el interés por la vida misma se pierde; este desinterés se manifiesta en las actividades propias y en el vincularse con alguien más por ejemplo, cuestiones que se vivencian -sea en la tristeza sea en la melancolía- empero en esta última de manera adicional se presenta una perturbación en el sentir de sí mismo.

Con lo arriba expuesto quedaría lo suficientemente claro que en efecto, una melancolía sería sinónimo de una depresión; donde el individuo que llega a padecerla -indistintamente sea su origen extrínseco o intrínseco- llega a sentir invariablemente pena de sí mismo. Este sentimiento de tristeza profunda puede tener su origen en un evento externo como detonador, como se ha indicado, más sin embargo podría ser que posea la predisposición genética con lo que los neurotransmisores implicados se ven alterados, y el recibir el tratamiento farmacológico y psicológico adecuado y a tiempo se torna sustancial para su cura.

Por lo anteriormente expuesto es que considerar que la tristeza es sinónimo de una depresión o a la inversa, es magnificar a la primera y reducir hasta quitarle el grado superlativo de importancia que en realidad posee a la segunda. Sufrir de una depresión no es un aspecto trivial, como podría decirse de una persona triste, porque la tristeza es algo natural que nos acontece a los seres humanos, mientras que una depresión ya nos habla de un estado patológico que de no tratarse a tiempo, puede degenerar más aún en una enfermedad por abuso de alcohol y/o drogas y en el peor de los casos en un actuar suicida.

Lamentablemente como bien observó a los medios Shekhar Saxena, Director del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS, en

entrevista en La Jornada, debido al estigma que sigue suponiendo la depresión, *muchos de los que la padecen no admiten que están enfermos*; además de estar muchas veces mal diagnosticada entre los jóvenes. Con lo que se destaca la relevancia de conocer la diferencia entre la tristeza y la depresión y para el caso de la segunda tener en claro sus características, sus detonantes y sus riesgos, para poder saber si nosotros mismos o alguien cercano, con mayor razón la gente muy joven, la está padeciendo y atenderla de manera oportuna. Esto último es de suma importancia al tomar en cuenta que como bien hace notar la OMS “menos del 25 % de aquellos quienes son diagnosticados de depresión tienen acceso a tratamientos efectivos”. Esto es, como bien se explica, las barreras para un tratamiento efectivo contemplan la falta de recursos, la falta de gente entrenada para su atención y el estigma social asociado con los desórdenes mentales, incluida por supuesto a la depresión.

DEPRESIÓN

La depresión por su parte, es un problema de salud mental y física, del cual se desconocen generalmente sus síntomas, signos y desencadenantes; por lo que la sociedad abusa del término “depresión”, desconociendo los motivos por los que se llega a padecerla y sus consecuencias en todo ámbito de la vida del individuo.

Podría decirse que la depresión refleja el miedo que reina entre la población ante adversidades cotidianas y el no saber cómo enfrentarlas; llevando a los que la padecen a enfatizar los aspectos negativos y darle por tanto la connotación de fracasos y decepciones a los “sinsabores normales y cotidianos” de la vida aunado a la desvalorización de sus capacidades, atentando contra la propia valía personal.

La depresión varía en su intensidad –desde las bajadas transitorias del estado de ánimo persistentes y duraderas, que son características de la vida misma, hasta el síndrome clínico de gravedad y duración significativas, marcadamente distintas a la normalidad-. Para lo anterior habrá de considerarse que en un trastorno depresivo menor, los síntomas y signos se presentan al menos por un mínimo de un par de semanas mientras que en un trastorno

depresivo mayor se presentan más síntomas/signos que persisten por al menos un par de meses; por ejemplo signos evidentes de tristeza y desesperación en el rostro, con actividad psicomotriz lenta o agitada.

Sin embargo, sería oportuno considerar que si una depresión es fidedignamente diagnosticada, puede ser tratada de manera oportuna mediante medicación y psicoterapia, los que son efectivos en el 60/80% de aquellos individuos afectados, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud. Y sin embargo, debido a que los trastornos depresivos tienen sus raíces en factores biológicos, psicológicos y sociales, que pueden manifestarse a través de diversas presentaciones clínicas, es por tanto necesario descartar las enfermedades médicas que simulan la depresión antes de diagnosticar a los pacientes de manera conclusiva.

Es de destacarse que algunos tipos de depresión tienden a transmitirse de generación en generación, lo que sugiere se trata de una depresión de tipo endógena y sin embargo, hay que hacer notar que una depresión no necesariamente se “hereda”, puede tan sólo originarse con la tendencia a ella debido sólo a ciertos factores genéticos que conjuntamente con otros factores ambientales por ejemplo, en suma se conviertan en una depresión; tanto como tener su origen en un factor externo, como una pérdida o alguna situación que le resulte estresante al individuo y lo incapacite para manejarla debido a su propio y deficiente aprendizaje ambiental (capacidad de afrontamiento). En ambos casos se considera que para su total curación habrá de recurrirse al uso de psicofármacos conjuntamente con terapia psicológica. Los psicofármacos activan grupos neuronales específicos en el cerebro, potenciando la producción de noradrenalina, la dopamina y la serotonina, mismos que habrán de combinarse con una terapia psicológica paralela, para ahondar en los problemas del pasado y del presente que han contribuido a destruir la integridad psicológica y la autoestima de la persona afectada. El Instituto Nacional de la Salud Mental de Estados Unidos de América (*National Institute of Mental Health*) hace notar que algunos antidepresivos normalizan principalmente a la serotonina y a la noradrenalina,

mientras que hay otros que realizan su labor sobre la dopamina; con lo que se regulan los estados de ánimo.

Los signos y síntomas de una depresión son claros y observables y conociéndolos se podrá saber si una persona la padece o si tan sólo atraviesa por una etapa de desazón en su vida; estos son:

- Signos evidentes de tristeza.
- Anhedonia (pérdida del placer e interés).
- Insomnio o hiperinsomnio.
- Perturbación del apetito y del peso.
- Disminución de energía y sensación de fatiga o letargo.
- Alteración cognoscitiva de concentración, memoria a corto plazo.
- Incapacidad para tomar decisiones.
- Aislamiento social.
- Disminución de la libido.
- Síntomas y pensamientos generalizados de culpa y/o vergüenza.
- Pensamientos frecuentes sobre muerte y suicidio.
- Ansiedad.
- Quejas somáticas.
- Alucinaciones auditivas y visuales, incluso paranoia.
- Hipersensibilidad al rechazo.
- Comportamiento de toma de riesgos excesivos.
- Rumiar y pensar las cosas de manera excesiva.
- Desesperanza (pérdida del sentido de vida).

Para detectarla no existe otra opción que observar el comportamiento de la persona supuestamente afectada; tomando en cuenta que uno de los primeros aspectos que denotan alteración comportamental en la persona es su tristeza y la falta de interés por sus propias actividades cotidianas y por cierto que a este punto sería bueno considerar que los más vulnerables son los adolescentes y los adultos

jóvenes debido a que se encuentran en un período de franca fragilidad emocional en el que son frecuentes la ansiedad y la depresión.

Ahora bien, como puntualiza el Instituto Nacional de la Salud Mental de Estados Unidos de América, “no todas las personas con enfermedades depresivas padecen los mismos síntomas. La gravedad, frecuencia y duración de ellos pueden variar según la persona”. Así mismo el mismo Instituto destaca que los trastornos de ansiedad tales como el estrés postraumático, el trastorno obsesivo-compulsivo, el pánico, la fobia social y la ansiedad generalizada acompañan frecuentemente a un estado de depresión.

Adicionalmente no habrá de perderse de vista que una depresión grave podría implicar cierta consideración de cometer suicidio. González-Forteza (2008) dice que “la depresión es sustancialmente peligrosa en relación con el suicidio pues al *tornarse crónica*, potencializa que el individuo tenga en primera instancia pensamientos de muerte, en una segunda etapa comienza a pensar en las formas de suicidarse, después lo intenta en una tercera etapa y en una cuarta lo consuma”.

Importante de mencionar complementariamente al párrafo anterior, es el hecho de que se ha encontrado cierta correlación entre la depresión y la disfunción serotoninérgica (Sandoval y Solís, 2008); más aún, Van Heeringen (2001), encontró la relación entre dicha disfunción y la actuación suicida, que conlleva una disminución del 5-HIAA -metabolito de la serotonina- y que es parte del líquido cefalorraquídeo. Estas investigaciones propiciaron dar un seguimiento cercano y se encontró que en estos pacientes existía una mayor mortalidad por suicidio. Otros estudios realizados post-mortem mostraron la hipoactividad serotoninérgica en estos pacientes y siendo que la serotonina es el neurotransmisor responsable de inhibir la impulsividad y es moduladora de varios procesos de la conducta y de la relación con otras personas, es lógico que se presente cierta influencia sobre el comportamiento suicida. En algunas víctimas del suicidio también se han encontrado mayores concentraciones de norepinefrina y disminución de la unión del neurotransmisor con los receptores alfa 2; la norepinefrina participa en los sistemas de recompensa y activación de los

sistemas de *estrés*. Otro marcador implicado en la conducta suicida es la dopamina que es el neurotransmisor de la motivación, la concentración y la apetencia y cuyos niveles normales permiten al individuo iniciar un plan de acción y evitar las interferencias de otros estímulos. Su disminución produce desinterés general, apatía, desmotivación, insatisfacción de las necesidades internas, déficit de atención y *depresión*. El *estrés*, según Van Praag (2004), precede casi siempre a la actuación suicida, es también precursor de una variedad de desórdenes psiquiátricos, entre ellos el más notable, la *depresión*.

Empero es deseable hacer notar que la psicodinamia que presentan los distintos tipos de depresión no se explican como el desencadenante hacia la consideración del suicidio, pues una persona deprimida no necesariamente se suicida, tanto como que un suicida no necesariamente ha presentado una depresión. Para comprender lo anterior hay que recordar que la consideración de un suicidio es multifactorial y aunque la persona deprimida pueda tener la tendencia a, no es de manera alguna *per se* determinante del suicidio.

CONCLUSIONES

Para concluir se establece que la tristeza es parte inherente a la depresión más no es un sinónimo. Una vez que se entiende que la tristeza es un sentimiento y la depresión una enfermedad que aunque incluye a la tristeza no son lo mismo, sería deseable y de suma conveniencia que este tipo de información le fuese accesible a la gente mediante toda posible vía de comunicación, como pláticas, folletos, trípticos, etcétera. Esto con el fin de no estigmatizar más a la depresión, quitarle la connotación catastrófica que parece poseer y darle su oportuna y debida atención; y por el otro lado tener la claridad para entender que “padecer” de tristeza es algo natural, más allá de “normal” y que forma parte de todo ser humano con el fin de restablecer el equilibrio emocional en el individuo mediante un manejo adecuado; entendiendo que su presencia es inminente en el transcurso de la vida pero que su manejo depende en gran medida del esquema de vida que cada individuo se ha formado a lo largo de su desarrollo psicológico.

Si el individuo desarrolló un esquema desadaptativo, es deseable así mismo hacer del conocimiento de la sociedad, que éste puede ser tratado mediante psicoterapia -prácticamente de cualquier enfoque psicoterapéutico- y desmitificar la creencia de que el individuo que asiste con un psicólogo es porque está “loco” tanto como el que se tiene la firme y estigmatizada creencia respecto a nuestra labor como profesionales de la salud mental, de que “nadie va a decirle qué hacer porque él mismo puede hacerlo”.

Ahora bien en cuanto a la depresión se toman en cuenta dos hipótesis. Una de ellas la que se trabajó en este ensayo sobre la melancolía y su presencia en el individuo, a saber: que como aquí se ha dicho, se presenta en el individuo cuando ha sufrido una “pérdida” -de persona, de posición, de afecto, etcétera; donde ha depositado su propia autoestima; ante lo cual adicionalmente se considera oportuno tomar en cuenta lo dicho por Farberow (1969): “los estados de depresión implican una adaptación de dependencia. La ira del paciente y su repliegue interior se interpretan como un deseo o un llamado insatisfechos de depender de alguien. Rado, dice Farberow, señaló la naturaleza expiatoria de la ira dirigida contra sí mismo y su mal encauzado propósito adaptativo de reparación, con la esperanza del sujeto de ser perdonado y reconciliarse con el objeto de su frustración”.

Por el otro lado, la hipótesis sostenida por Mackinnon y Michels (1988), los que observan que “los orígenes de los patrones depresivos se dejan retrasar hasta el primer año de la vida. El joven bebé es entonces el centro de su propio universo psicológico. Se ve a sí mismo como controlando su medio ambiente en aquel estado primitivo de narcisismo omnipotente. Sin embargo, aún si los progenitores tratan de satisfacer todas sus necesidades lo más rápidamente posible, manteniendo así su estado narcisístico, la frustración es inevitable. En efecto, la realidad le obliga a modificar su cuadro inicial del mundo y a aceptar su desamparo y su dependencia reales de los demás. Este, señalan, es el prototipo de la experiencia ulterior de depresión. De adulto, todo golpe a su estimación de paciente desencadena una reacción depresiva, recreando los sentimientos del bebé que se da cuenta de que necesita a su madre y descubre que no está allí”.

Ambas hipótesis nos proveen de información relevante a considerar en un episodio depresivo para poder ayudar, desde el enfoque psicológico, al individuo que atraviese por dicho período, más es claro que para casos graves o incluso para cierto tipo de personas podría no ser suficiente. En concreto la vía por la que una persona que padece de depresión podría salir de ella tendría que ser un tratamiento que combinase fármacos y psicoterapia, previa revisión médica para descartar algún otro problema de origen más bien físico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Burns, D. (2007). ***Sentirse Bien***. México: Paidós.

Carré, R., Schmit, R. y Valls-Llobet, C. (1996). ***En busca del equilibrio: potenciar la autoestima; evitar el estrés, la depresión y la ansiedad***. España: Galaxia Gutenberg, Círculo de Lectores.

Farberow, N. (1969). ***Necesito Ayuda: un estudio sobre el suicidio y su prevención***. México: La Prensa Médica Mexicana.

González-Forteza, C. (2008). Primer Foro Nacional sobre Prevención del Suicidio. Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz". Universidad de Guanajuato, 18 de agosto de 2006, ***Revista Proceso***. Disponible en: www.proceso.com.mx

Hahusseau, S. (2010). ***Tristeza, Miedo, Cólera***. España: Desclée de Brouwer, S.A.

La Jornada (octubre 10, 2012). Entrevista a Shekhar Saxena, Director del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias Sicoactivas de la OMS. Disponible en: www.lajornada.unam.mx

Kaplan, H. y Sadock, B. (2001). ***Sinopsis de Psiquiatría***. México: Médica Panamericana.

Keen, S. (1994). ***El Lenguaje de las Emociones***. España: Paidós Ibérica, S.A.

Mackinnon, R.A. y Michels, R. (1988). ***Psiquiatría Clínica Aplicada***. México: Nueva Editorial Interamericana.

National Institute of Mental Health (2012). ***Depression Booklet***. Disponible en: www.nimh.nih.gov/health/publications/depression/depression-booklet.pdf

Organización Mundial de la Salud (2012). Disponible en:
www.who.int/mental_health/management/depression

Polaino-Lorente (1985). Actuación suicida: consecuencia de la homofobia en el homosexual. En L., Villardón (1993). El Pensamiento de Suicidio en la Adolescencia. Bilbao, España: Universidad de Deusto.

Sandoval, M. y Solís, R. (2008). Ideación Suicida y su relación con algunas Características Psicológicas: actitud disfuncional, locus de control, estado emocional, intentos previos de suicidio y problemas familiares. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Van Heeringen, C. (2001). Suicide, Serotonin and the Brain. *Crisis*, **22** (2), 66-70. Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov

Van Praag, H.M. (2004). Stress and suicide are we well-equipped to study this issue? *Crisis*, **25** (2). Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed