Depresión y suicidio

Indice

1. Introducción
2. Marco Teórico
3. Suicidio
4. Conclusión
5. Anexos
6. Bibliografía

1. Introducción

La mayoría de las personas sufren de depresión en algún momento en su vida. Hay varios grados de depresión: Pude se desde un problema leve hasta una enfermedad que amenaza la vida: La depresión es curable. A muchas personas el tratamiento les puede cambiar la vida por completo

La ciencia médica esta entendiendo cada vez mejor la depresión: La mayoría de los casos serios de depresión se deben a un desequilibrio de las sustancias químicas (neutrotransmisores) en el cerebro. Hay muchas cosas que pueden provocar dicho desequilibrio.

* Perdida de un ser querido o de algo que se estime mucho.
* Tensión crónica o un evento que cause mucha tensión
* Enfermedad grave
* Reacciones a medicinas
* Alcoholismo, abuso de drogas, demencia (locura) y otros problemas de salud mental.
* La falta de luz ida durante el invierno puede causarles a algunas personas un tipo de depresión llamada "depresión de invierno".

Algunas personas, por herencia, corren un mayor riesgo de padecer de desequilibrios químicos en el cerebro, Por fortuna, hay tratamientos efectivos para estas y otras personas que pueden sufrir depresión.

Todo el mundo se puede sentir triste de vez en cuando. Para decidir que hacer, quizás le ayude a entender que tan profunda esta su tristeza

El estar triste no siempre quiere decir que usted vaya a tener depresión muy fuerte. Las malas noticias y las decepciones pueden hacer que usted se ponga triste, quizás por varios días. Esto es normal, siempre y cuando la tristeza no se vuelva permanente. El pesar y la pena también puede causar tristeza normal.

2. Marco Teórico

Depresión

La sensación de sentirse triste, decaído emocionalmente, y perder interés en las cosas que antes disfrutaba es lo que se llama depresión. Se debe saber que la depresión es una enfermedad como puede ser la diabetes o la artritis, y no es solo una sensación de tristeza o de desánimo. Esta enfermedad progresa cada día afectando sus pensamientos, sentimientos, salud física, y su forma de comportarse. La depresión no es culpa de la persona que la padece, como tampoco es una debilidad de la personalidad. Es una enfermedad médica que es muy frecuente y puede afectar a cualquier persona. Todos hemos experimentado estados de ánimo que implican depresión o alegría en algún momento de nuestras vidas. La pérdida de un trabajo o la muerte de un ser amado pueden dar por resultado depresión.

La depresión es una de las condiciones diagnosticadas en forma más común entre los pacientes hospitalizados por trastornos mentales y también es bastante frecuente en la población en general.

La depresión no respeta posición socioeconómica, logros educativos o cualidades personales; puede afligir a ricos o pobres, a personas con éxito o fracasados, a los muy educados o a los analfabetos.

La depresión es mucho más común entre las mujeres que entre los hombres. Sin importar la región del mundo, raza, etnicidad y clase social, las mujeres tienen casi el doble de probabilidad de sufrir depresión que los hombres.

Las mujeres tienden a amplificar sus estados de ánimo depresivos y los hombres encuentran medios de minimizar la misma.

El problema central de la depresión, en el mundo contemporáneo, no solo se funda en la extensión creciente del fenómeno, principalmente en las ultimas décadas, ni en el reconocimiento de que “ la depresión es el síntoma universal de la psicopatología y la clínica psiquiátrica”, a tal punto que la nuestra ha sido llamada la “era de la depresión”.

Se debe unir a lo anterior varios factores, relacionados entre sí, al crecimiento de su perfil sintomatológico, a sus nuevas modos expresivos cada vez más detectados por la clínica; al crecimiento de los métodos terapéuticos, biodinámicos, y psicodinámicos a nuestro alcance; a la mundialización del proceso perceptible y ubicable en múltiples formas clínicas en todas las culturas que pueblan el orbe.
En los tiempos actuales la depresión es un síntoma psíquico muy frecuente relacionado con el tipo de vida que llevamos, nuestras relaciones familiares (problemas con la pareja o los hijos), en el ámbito académico (problemas en la escuela o universidad) o laboral (falta de empleo, remuneración insuficiente, problemas con el jefe) y otros.
La misma lleva al que la siente, a la soledad, la pérdida de motivación, el retraso motor y la fatiga. Puede llegar incluso a convertirse en un trastorno psicótico donde el individuo se queda completamente incapacitado para actuar en forma normal en su vida de relación.
Las personas deprimidas se consideran desgraciadas, frustradas, humilladas, rechazadas o castigadas. Miran el futuro sin esperanza.
Los individuos deprimidos muestran:
Una consideración negativa de sí mismo. La persona deprimida muestra una marcada tendencia a considerarse como deficiente, inadecuada e inútil y atribuye sus experiencias desagradables a un defecto físico, moral o mental. Tiende a rechazarse a sí misma, ya que cree que los demás la rechazarán.
Una consideración negativa del mundo. Se siente derrotado socialmente. Considera al mundo como haciéndole enormes exigencias y presentándole obstáculos que se interfieren con el logro de los objetivos de su vida.
Una consideración negativa del futuro. Ve el futuro desde una perspectiva negativa y le da vueltas y más vueltas a una serie de expectativas negativas. El deprimido prevé que sus problemas y experiencias comunes continuarán indefinidamente y que se le amontonarán otros mucho peores en su vida.
Tienden a deformar sus experiencias, malinterpretan acontecimientos concretos e irrelevantes tomándolos como fracaso, privación o rechazo personal. Exageran o generalizan excesivamente cualquier situación por más sencilla que sea, tienden también a hacer predicciones indiscriminadas y negativas del futuro.
Todo siempre va a ir contra sí mismo, acentuando lo negativo hasta casi excluir los hechos positivos.
Las personas que padecen de depresión tienen ciertos síntomas característicos que les afectan casi todos los días por lo menos por un período de dos semanas.
De estos síntomas los más característicos son :

- Perder interés en las cosas que antes disfrutaba.
- Sentirse triste, decaído emocionalmente o cabizbajo.

Y se asocian los siguiente síntomas secundarios:

- Sentir que no tiene energía, cansado, o al contrario, sentirse inquieto y sin poder quedarse tranquilo.
- Sentir como que no vale nada o sentirse culpable.
- Que le aumente o disminuya el apetito o el peso.
- Tener pensamientos sobre la muerte o el suicidio.
- Tener problemas para concentrarse, pensar, recordar, o tomar decisiones.
- No poder dormir, o dormir demasiado.

Además se asocian otros síntomas de tipo físico o psicológico, como pueden ser:

- Dolores de cabeza.
- Dolores generales por todas l as partes del cuerpo.
- Problemas digestivos o gástricos .
- Problemas sexuales.
- Sentirse pesimista
- Sentirse ansioso o preocupado.

En la cultura occidental se enfoca el papel de los eventos estresantes y recursos en los trastornos afectivos y luego se plantea la cuestión de los índices de depresión en apariencia más altos entre las mujeres que entre los hombres.
Las conceptualizaciones del papel del estrés en la psicopatología en general y en la depresión en particular han propuesto de manera típica que este es uno de los tres factores amplios que es importante considerar: diátesis, estrés y recursos o apoyos sociales. La diátesis se refiere al hecho de que debido a condiciones genéticas o constitucionales o sociales, ciertos individuos pueden tener una predisposición o vulnerabilidad para desarrollar depresión. El estrés puede actuar como un

desencadenante para activar esta predisposición, en especial cuando los individuos carecen de recursos para adaptarse al mismo.
La depresión es a la psicopatología lo que el catarro a la medicina; nos afecta a todos, pero en mayor medida a las mujeres (la proporción es de 3 mujeres por cada hombre) aunque la mayor incidencia de suicidios consumados corresponde a los varones. El índice es mayor en mujeres casadas que en solteras. Se ha demostrado que las mujeres reaccionan de forma más ansiosa que los hombres frente a las situaciones conflictivas de la vida.
La mujer deprimida percibe a menudo fuertes sentimientos de aversión hacia sí misma; se siente inútil y culpable de sus insuficiencias. Pueden comenzar a producirse ataques de llanto, pérdida de peso e insomnio. La comida no sabe bien, el sexo no resulta excitante y se pierde todo el interés por la gente afectivamente ligada a ella. Esta mujer deprimida puede empezar a tener deseos suicidas. A medida que sus intenciones se hacen más serias, las ideas esporádicas se convierten en deseos; preparará incluso un plan y lo pondrá en práctica. Hay pocos trastornos psicológicos que sean tan debilitadores y ninguno que produzca tanto sufrimiento como la depresión grave.
Si se puede mejorar la orientación negativa o dicho de otra forma, lo que el individuo se dice a sí mismo de los hechos o pensamientos que le acontecen en el diario vivir, entonces se puede decir que mejora y pasa a tomar la vida de una forma más real, positiva, logrando así un cambio de su conducta tanto para él como con respecto a lo que lo rodea, sean personas o acontecimientos en general. Para ello, lógicamente, se necesita una terapia personalizada.
Cuando se ha pasado por varias depresiones y se tienen datos suficientes para pensar que son orgánicas, existe medicación que previene, con distinta eficacia según los casos, la aparición de futuros episodios depresivos.
Un modo de vida adecuado puede hacernos más inmunes a la depresión. Cada persona ha de encontrar la forma en que quiere vivir, quizá lo más conveniente sería diversificar los intereses y encontrar un equilibrio entre ellos, considerar los diversos aspectos de nuestra vida como el trabajo, el descanso, la familia, la pareja, los hijos, las amistades, los hobbies, la vida espiritual, y desarrollarlos adecuadamente. La polarización sobre unos aspectos, olvidando los otros, nos hacen más vulnerables.
El tratamiento ha de ser abordado por profesionales de la salud, psiquiatras o psicólogos, y los métodos son diversos, según los casos. Si estamos ante un episodio agudo de depresión o ante un período de progresivo deterioro, estará indicada la hospitalización. En depresiones graves puede estar indicado el uso de terapia convulsiva.
El tratamiento médico con medicación es siempre adecuado, pues alivia un sufrimiento innecesario.
En todos los casos, la psicoterapia de apoyo es necesaria, en ella se ayuda al enfermo, en un principio a desahogarse, y posteriormente a identificar y asimilar los eventos de su vivencia, que pueden estar implicados en el desarrollo y mantenimiento de su estado, para mediante el entendimiento, la comprensión, la simulación, el aprendizaje y el cambio de determinados aspectos de la vida, prevenir futuros episodios.
Las personas desarrollan defensas para afrontar y superar las depresiones leves que se originan por las frustraciones cotidianas.
Debemos saber que la depresión va más allá de la voluntad; por ello cuando se trate de familiares no se deben poner metas difíciles de alcanzar, tampoco reclamar su conducta, sino asimilar que es el proceso de una enfermedad que rompe con los hábitos. Hay gente que se abraza a la depresión y la hace una forma de vivir; es entonces cuando la familia se separa y quien no conoce la naturaleza de esta patología dice y hace cosas que lastiman al enfermo.
No se debe acusar a la persona deprimida de aparentar enfermedades o flojera ni esperar que salga inmediatamente de la depresión. Con el tratamiento adecuado presentará mejoría en un plazo de dos a tres semanas, ya que el tiempo de recuperación en psiquiatría es muy lento.
Hay que tener en cuenta que la ansiedad hace a las personas trabajar cuando es funcional; cuando es disfuncional las paraliza y sólo cuando altera sus vidas acuden al médico; aunque con la depresión también se vuelven más sensibles, más receptivos; crecen y entienden más la vida.
Para el tratamiento de las depresiones más comunes, las reactivas, se han formulado tres teorías en la psicoterapia conductual.

Baja proporción de reforzamiento. La depresión se debe a una baja proporción del reforzamiento positivo seguido de respuestas específicas, bien porque existen pocos acontecimientos reforzadores en el ambiente del paciente y porque éste no suele tener respuestas gratificantes (posiblemente por falta de habilidades sociales). Los síntomas cognitivos y verbales de la depresión son consecuencia de la ausencia de respuestas que crea esta pérdida de reforzamiento. Es decir, el individuo deja de hacer más esfuerzos para obtener los resultados deseados porque los anteriores fracasaron. La terapia se dirige a identificar fuentes potenciales de reforzamiento en el ambiente del paciente y a desarrollar métodos para aumentar su disponibilidad (entrenamiento en habilidades sociales).
Pérdida de control: indefensión aprendida. Una persona se deprime cuando cree que su conducta tiene poca o ninguna influencia sobre el resultado de los acontecimientos, es decir, no tiene ningún control. La terapéutica incluye:
Cambiar la posibilidad de acontecimientos provocadores de depresión con cambios ambientales.
Reevaluar las metas y las normas del paciente para que se vuelva más realista y reducir la posibilidad de que insista en el fracaso (pueden utilizarse varios tipos de terapias cognitivas para ello).
Desarrollar expectativas de control, por ejemplo, resaltando la variedad de habilidades sociales y comunicativas relevantes del paciente, aumentando el repertorio de actividades generales de modo que existan más oportunidades de resultados positivos y proporcionar estrategias de autocontrol eficaces.
Modificar atributos poco realistas de los fracasos, resaltando las circunstancias que impiden el resultado deseado.
Modificar atributos poco realistas de éxito, resaltando las cualidades personales relevantes (fomento de la autoestima).
Distorsiones cognitivas. El estado depresivo surge de distorsiones cognitivas basadas en un conjunto de pensamientos negativos respecto a la visión del individuo de sí mismo, del mundo y del futuro. La terapia se dirige a la variedad creciente de actividades del paciente, identificando los pensamientos automáticos que siguen a la percepción de una dificultad, generando pensamientos alternativos (no depresivos) de índole más realista y adaptable, poniendo a prueba la credibilidad de estas alternativas y modificando los supuestos inadaptados que parecen caracterizar los pensamientos automáticos que conducen a las respuestas depresivas.
La depresión ha sido subdividida en varias categorías. A continuación se explican algunas de las principales.
Trastornos Depresivos Primarios
Básicamente los Trastornos Depresivos Primarios se dividen en 2 grandes grupos:

- Trastorno Depresivo Mayor
- Distimia

Trastorno depresivo mayor. Este se caracteriza por la presencia de uno o más Episodios Depresivos Mayores. El Episodio Depresivo Mayor abarca 5 o más de los siguientes síntomas:

- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día
- Disminución importante del interés o de la capacidad para el placer (disfrutar la vida) en todas o casi todas las actividades
- Pérdida importante de peso (sin haber realizado dieta) o aumento significativo de peso, o disminución o aumento del apetito casi cada día.
- Insomnio o hipersomnia (sueño durante el día).
- Agitación o retardación psicomotora
- Fatiga o pérdida de la energía
- Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados
- Disminución de la autoestima y de la confianza en sí mismo
- Disminución de la capacidad para pensar, tomar decisiones o concentrarse
- Visión pesimista, poco promisoria o "negra" del futuro
- Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

Estos síntomas persisten por lo menos dos semanas y producen un malestar muy significativo que altera la vida familiar, social, laboral y de otras áreas importantes de la actividad de la persona. Cuando estos episodios depresivos mayores se repiten (Depresión Mayor Recurrente) suele haber por lo menos un intervalo libre de síntomas, de alrededor de dos meses, entre uno y otro.
En la forma melancólica de la depresión mayor se incluyen los siguientes síntomas típicos:

- Falta de reactividad a los estímulos habitualmente placenteros (no se siente mejor, ni siquiera temporalmente, cuando sucede algo bueno)
- Una cualidad distinta del estado de ánimo depresivo (por Ej.. la depresión se experimenta en forma diferente al tipo de sentimiento que acompaña a la muerte de un ser querido)

- La depresión es habitualmente mayor en la mañana, mejorando el estado de ánimo al anochecer
- Despertar precoz (por Ej. 2 horas antes de lo habitual) que suele estar acompañado de angustia

El tratamiento del Episodio Depresivo Mayor es fundamentalmente farmacológico acompañado por una psicoterapia de apoyo al paciente y de orientación y psicoeducación a los familiares del mismo respecto a lo que pueden y/o deben realizar para ayudar a la persona que está sufriendo. Suele ser muy difícil para una persona que nunca ha experimentado un episodio depresivo poder entender que se trata. El apoyo afectivo por parte de la familia es de fundamental importancia. En los casos severos, especialmente cuando existe ideación suicida, se podría indicar una internación hospitalaria. Cuando el paciente comienza a recuperarse puede comenzar a trabajarse mediante psicoterapia, ya que durante la fase de duración del Episodio Depresivo Mayor la persona es prácticamente inaccesible a las palabras, es decir, que hablándoles no es posible ayudarlos completamente, ya que el dolor que padecen es demasiado intenso. Incluso algunos pacientes se niegan a hablar o escuchar durante esta fase de esta forma de depresión, sólo quieren "dormir todo el día" o estar a "oscuras y en silencio en su habitación".
Cuando un paciente experimenta por primera vez en su vida un Episodio Depresivo Mayor tiene un 50% de probabilidades de padecer otro, si ha experimentado un segundo Episodio Depresivo Mayor tiene un 80% de probabilidades de padecer un tercero. En situaciones como éstas se habla de Depresión Mayor Recurrente. El tratamiento farmacológico y psicoterapéutico cobran una vital importancia. El mismo tiene como fin: evitar que éstos episodios nunca más se repitan y en el caso de producirse un nuevo Episodio Depresivo Mayor, que éste tenga una duración más corta y una intensidad menor.
El trastorno depresivo mayor, tanto en adolescentes como en adultos, es dos veces más frecuente en mujeres que en varones. En la edad prepuberal los niños y las niñas están afectados en la misma proporción. Tanto en varones como en mujeres las tasas son más altas en el grupo de edades comprendidas entre los 25 y los 44 años, mientras que tanto en hombres como en mujeres las tasas más bajas se dan en las personas de más de 65 años.
Los estudios del trastorno depresivo mayor han indicado un amplio intervalo de valores para la proporción de la población adulta que padece el trastorno.
El trastorno depresivo mayor puede empezar a cualquier edad, y la edad promedio de inicio es alrededor de los 35 años. Los datos epidemiológicos sugieren que la edad de inicio está disminuyendo entre las personas nacidas más recientemente. El curso del trastorno depresivo mayor, recurrente, es variable. Algunas personas tienen episodios aislados separados por muchos años sin síntomas depresivos, en tanto que otras tienen episodios agrupados, e incluso otras tienen episodios cada vez más frecuentes a medida que se hacen mayores. Algunos datos sugieren que, en general, los períodos entre cada episodio duran más en las fases tempranas del curso del trastorno. El número de episodios previos es predictor de las probabilidades de presentar un episodio depresivo mayor posterior.
Los episodios depresivos mayores pueden desaparecer completamente (aproximadamente en dos terceras partes de los casos) y no hacerlo o hacerlo sólo parcialmente (en aproximadamente un tercio de los casos). Los sujetos que presentan sólo una remisión parcial tienen más probabilidades de presentar otros episodios y de continuar con el patrón de recuperación parcial ínter episódica. Por tanto, las especificaciones de curso, con recuperación ínter episódica total sin recuperación ínter episódica total, pueden tener valor pronóstico. Algunos sujetos presentan un trastorno distímico previo al inicio del trastorno depresivo mayor, episodio único.
Los estudios de seguimiento del curso natural sugieren que después de 1 año del diagnóstico de un episodio depresivo mayor del 40% de los sujetos presenta aún síntomas que son de la suficiente gravedad como para cumplir los criterios para un episodio depresivo mayor, más o menos el 20% sigue teniendo algunos síntomas que ya no cumplen los criterios completos para un episodio depresivo mayor y un 40% no presenta trastorno del estado de ánimo. La gravedad del episodio depresivo mayor inicial parece ser predictora de la persistencia del trastorno. También las enfermedades médicas son un factor de riesgo para episodios más persistentes.
A menudo, los episodios de trastorno depresivo mayor se producen después de un estrés psicosocial grave, como la muerte de un ser querido o el divorcio. Algunos estudios sugieren que los acontecimientos psicosociales (estresores) desempeñan un papel importante en la precipitación d el primer o el segundo episodios posteriores. Las enfermedades médicas crónicas y la dependencia de sustancias (especialmente la dependencia de alcohol o cocaína) pueden contribuir al inicio o la exacerbación del trastorno depresivo mayor.
El trastorno depresivo mayor es 1,5-3 veces más frecuente en los familiares biológicos de primer grado de las personas con este trastorno que en la población general. Hay pruebas de un mayor riesgo de dependencia del alcohol en familiares biológicos de primer grado adultos y puede haber un aumento de la incidencia de trastorno por déficit de atención con hiperactividad en los hijos de adultos con este trastorno.

Distimia. La distimia presenta síntomas similares a la depresión mayor, pero se diferencian entre sí respecto a:

- Tipo de evolución: el estado de ánimo depresivo es crónico (no presenta intervalos libres de síntomas o mejorías significativas) y dura por lo menos 2 años.
- Severidad de los síntomas: los mismos suelen ser leves o moderados, sin una alteración significativa de las relaciones familiares, sociales y laborales del individuo.

El tratamiento de la Distimia (o Neurosis Depresiva) es fundamentalmente psicoterapéutico. Aunque cuando el Trastorno Distímico dificulta la vida de relación del individuo (con los familiares y amigos) o el rendimiento laboral o académico, los fármacos antidepresivos pueden llegar a ser de gran ayuda para que el individuo recupere a corto plazo un nivel de bienestar que no lo discapacite para desempeñarse en su vida afectiva, social y laboral.

En los niños el trastorno distímico parece presentarse por igual en ambos sexos y provoca frecuentemente un deterioro del rendimiento escolar y de la interacción social. En general, los niños y adolescentes con un trastorno distímico están irritables e inestables, además de tristes. Tienen una baja autoestima y escasas habilidades sociales, y son pesimistas. En los adultos las mujeres son dos o tres veces más propensas que los varones a presentar un trastorno distímico.

Frecuentemente, el trastorno distímico tiene un inicio temprano e insidioso (por Ej., en la niñez, adolescencia o al principio de la edad adulta), así como un curso crónico. Habitualmente, en el marco clínico, los sujetos con trastorno distímico presentan un trastorno depresivo mayor superpuesto, que suele ser la razón por la que buscan tratamiento. Si el trastorno distímico precede al inicio del trastorno depresivo mayor, es menos probable que se produzca una recuperación completa espontánea entre los episodios depresivos mayores y hay más probabilidades de presentar más episodios posteriores.

El trastorno distímico es más frecuente entre los familiares biológicos de primer grado de las personas con trastorno depresivo mayor que entre la población general.

Trastornos Depresivos Secundarios

Los trastornos depresivos secundarios comprenden:

- Depresión debida a sustancias
- Depresión debida a condición o enfermedad médica
- Depresión secundaria a otro Trastorno Mental
- Duelo

Los síntomas son similares a los de los Trastornos primarios del estado de ánimo (Depresión mayor, Distimia y Trastornos bipolares).

Depresión debida a sustancias. Las causas más comunes son:

- Algunas píldoras anticonceptivas
- Ciertos analgésicos
- Ciertos antibacterianos
- Ciertos antihipertensivos
- Ciertas hormonas esteroides
- Cocaína
- Anfetaminas
- Alcohol en altas dosis

Depresión debida a enfermedad o condición médica. Las causas más comunes son:

- Posparto
- Alteraciones hormonales (especialmente el hipotiroidismo)
- Alteraciones neurológicas (por Ej. accidentes cerebro vasculares, demencias, epilepsias)
- Infecciones (por Ej. SIDA, mononucleosis)
- Cáncer (especialmente de páncreas)
- Anemia
- Déficit de vitaminas.

Depresión secundaria a otro trastorno mental.

- Trastorno de pánico
- Trastorno obsesivo -compulsivo
- Trastorno por estrés postraumático
- Trastornos psicóticos
- Fase de agotamiento del Estrés

Duelo. Ocurre como una reacción normal ante la muerte de un ser querido. Se piensa que este duelo intenso tiene una función psicológica positiva al ayudar a las personas a adaptarse. Sin embargo, un periodo de duelo prolongado en exceso acompañado de preocupación por sentimientos de inutilidad,

deterioro marcado del funcionamiento y retardo psicomotor grave, pueden indicar un trastorno afectivo importante. Las culturas varían en duración normal del duelo, pero la depresión grave, incapacitante, rara vez continua después de los primeros tres meses.
Depresión en la Infancia y en la Adolescencia
La historia de la depresión infantil ha atravesado diferentes etapas. De ser intensamente cuestionada o negada, a ser considerada una de las más frecuentes causas de consulta psicopediátrica.
La depresión infantil posee algunas características similares a la depresión en el adulto, aunque con síntomas acompañantes peculiares.
Cualquier trastorno emocional que se manifieste a través de síntomas en la conducta o en los aprendizajes, puede ser debido a una depresión. Cualquier cambio de conducta, a peor, en un niño, puede ser un índice de depresión.
La depresión infantil, al igual que la de los adultos, responde bien a la combinación de dos tipos de tratamiento:

- Acción psicoterápica, preferentemente cognitiva, que debe extenderse al entorno familiar.
- Tratamiento farmacológico con psicofármacos antidepresivos (AD).

En toda depresión hay factores bioquímicos. También en toda depresión hay factores psicológicos, y de ahí que la combinación de terapéuticas que aborden ambos factores sean lo más eficaz.

3. Suicidio

La mayor parte de los que tienen ideas suicidas están, además, deprimidos. Los dos principales motivos por los que una persona se deprime son, en primer lugar, la pérdida del control sobre su situación vital y sus emociones y, en segundo lugar, la pérdida de toda visión positiva del futuro (desesperación). Ante la depresión y las ideas suicidas que de ella derivan sólo puede resultar eficaz una terapia que ayude a recuperar el control y la esperanza.
La depresión hace que la visión del mundo circundante se estreche hasta tal punto que se llegue a distorsionar la realidad. Los individuos se fijan únicamente en los aspectos negativos de la vida, y los positivos los pasan de largo como si no tuvieran importancia alguna o, sencillamente, no existieran. Rechazan por estúpidas todas las opciones que se les ofrecen para resolver su problema, hasta que parece que no hay solución posible. Interiorizan una tristeza persistente y angustiosa que, como la muerte súbita del padre o de la madre, produce un dolor que dura semanas, meses e incluso años. Empiezan a creer que nada los puede aliviar y que su dolor no va a acabarse nunca. ¡Puede que la única solución sea la muerte!
El suicidio no soluciona nada, lo único que hace es adelantar el final sin haber encontrado la solución. No se puede decir que el suicidio sea una opción, ya que "opción" quiere decir "posibilidad de optar o elegir", y el suicido nos arrebata para siempre lo uno y lo otro. La muerte es un acontecimiento irreversible que, no sólo no elimina el dolor, sino que lo transmite a quienes nos rodean. También transmiten su dolor las personas que viven en la más absoluta soledad y se quitan la vida. Se lo transmiten a aquellos miembros de la sociedad a quienes les importa y les preocupa. Algunas personas pueden ser genéticamente propensas a la depresión, padecer un desequilibrio químico, o haber pasado muchas desgracias a lo largo de su vida: algo que, en suma, les conduce a la depresión. Hay personas que "llaman a la depresión a gritos": son las que cultivan procesos de pensamiento cognitivo irreales y aspiran en la vida a objetivos inalcanzables. Sea cual sea la causa de la depresión, cualquier persona puede verse asaltada por intensas ideas de suicidio cuando el futuro se muestra desesperanzador.
No hay ninguna clase o tipo específico de persona que pueda tener la seguridad de no albergar jamás pensamientos suicidas. Los médicos, los terapeutas y los adolescentes ocupan los primeros puestos en las estadísticas de suicidios consumados; si bien parece que en personas con firmes convicciones religiosas es más infrecuente el intento de suicidio.
La enfermedad psiquiátrica con más riesgo de suicidio es la depresión . Los momentos de la enfermedad con más riesgo son cuando disminuye la inhibición y la melancolía (empiezan a mejorar) o cuando se inicia la depresión. Los tres síntomas de la depresión relacionados con el suicidio son:

- Aumento del insomnio
- Aumento del abandono del cuidado personal
- Aumento del deterioro cognitivo

Existen varias opiniones sobre la significación de los síntomas psiquiátricos en el paciente suicida. Los intentos de suicidio presentan una condición depresiva que es fácil de reconocer. Los depresivos endógenos corren mayor riesgo que los depresivos reactivos, los intentos de suicidio son impulsivos, pueden decidirse una hora antes.

Los intentos de suicidio son especialmente comunes entre las mujeres menores de 35 años (más entre 15 y 24 años), los hombres lo hacen en edad más avanzada. Por clases sociales es más común en las más bajas, pero más efectivo entre las clases altas y grupos profesionales de alto estatus económico.
Factores asociados al riesgo de suicidio:

- Mujeres menores de 35 años, hombres mayores de 40
- Separación, divorcio o muerte del cónyuge
- Pérdida inminente de un ser querido
- La soledad y el aislamiento social
- Problemas económicos, paro reciente o jubilación
- Mala salud
- Ocupación de alto estatus
- Depresión (sobre todo endógena)
- Enfermedad terminal
- Problemas con alcohol y/o drogas
- Anteriores intentos de suicidio
- Historia previa de trastornos afectivos
- Historia familiar de trastornos afectivos, suicidio, alcoholismo
- Indicios suicidas (avisos o conversaciones suicidas)
- Preparativos (hacer testamento, seguros, nota suicida)

En general los pacientes suicidas están dispuestos a hablar de sus intenciones y para algunos la necesidad de desahogarse con alguien que les toma en serio es terapéuticamente positivo. Cuando existe la posibilidad de suicidio se le debe animar a que hable de ello y procurar emplear tiempo en el futuro para seguir hablando del tema con lo cual se puede facilitar el ingreso temporal en una unidad psiquiátrica y/o proporcionar la ayuda necesaria para atenuar la circunstancias que provocan el intento suicida.

El Suicidio en los Adolescentes

Los adolescentes experimentan fuertes sentimientos de estrés, confusión, dudas sobre sí mismos, presión para lograr éxito, inquietudes financieras y otros miedos mientras van creciendo. Para algunos adolescentes, el divorcio, la formación de una nueva familia con padrastros y hermanastros, o las mudanzas a otras nuevas comunidades pueden perturbarlos e intensificarles las dudas acerca de sí mismos. En algunos casos, el suicidio aparenta ser una "solución."
La depresión y las tendencias suicidas son desórdenes mentales que se pueden tratar. Hay que reconocer y diagnosticar la presencia de esas condiciones tanto en niños como en adolescentes y se debe desarrollar un plan de tratamiento. Cuando los padres sospechan que el niño o el joven puede tener un problema serio, un examen psiquiátrico puede ser de gran ayuda.
Muchos de los síntomas de las tendencias suicidas son similares a los de la depresión. Los padres deben de estar conscientes de las siguientes señales que pueden indicar que el adolescente está contemplando el suicidio. Los psiquiatras de niños y adolescentes recomiendan que si el joven presenta uno o más de estos síntomas, los padres tienen que hablar con su hijo sobre su preocupación y deben buscar ayuda profesional si los síntomas persisten.

- Cambios en los hábitos de dormir y de comer.
- Retraimiento de sus amigos, de su familia o de sus actividades habituales.
- Actuaciones violentas, comportamiento rebelde o el escaparse de la casa.
- Uso de drogas o del alcohol.
- Abandono poco usual en su apariencia personal.
- Cambios pronunciados en su personalidad.
- Aburrimiento persistente, dificultad para concentrarse, o deterioro en la calidad de su trabajo escolar.
- Quejas frecuentes de dolores físicos tales como los dolores de cabeza, de estómago y fatiga, que están por lo general asociados con el estado emocional del joven.
- Pérdida de interés en sus pasatiempos y otras distracciones.
- Poca tolerancia de los elogios o los premios.

El adolescente que está contemplando el suicidio también puede:

- Quejarse de ser "malo" o de sentirse "abominable."
- Lanzar indirectas como: "no les seguiré siendo un problema", "nada me importa", "para qué molestarse" o "no te veré otra vez."
- Poner en orden sus asuntos; por ejemplo, regalar sus posesiones favoritas, limpiar su cuarto, botar papeles o cosas importantes, etc.

- Ponerse muy contento después de un período de depresión.

Si el niño o adolescente dice, "Yo me quiero matar" o "Yo me voy a suicidar", se debe tomar muy en serio y llevarlo a un psiquiatra de niños y adolescentes o a otro médico para que evalúe la situación. A la gente no le gusta hablar de la muerte. Sin embargo, puede ser muy útil el preguntarle al joven si está deprimido o pensando en el suicidio. Esto no ha de "ponerle ideas en la cabeza"; por el contrario, esto le indicará que hay alguien que se preocupa por él y que le da la oportunidad de hablar acerca de sus problemas.

Con la ayuda de la familia y con tratamiento profesional, los niños y adolescentes con tendencias suicidas se pueden recuperar y regresar a un camino más saludable de desarrollo.

Mencionan la diferencia de su ocurrencia en las depresiones reactivas moderadas, de nivel neurótico y las más profundas de categoría psicótica. Por supuesto, en estas últimas el riesgo es mucho mayor.

En aquellos cuadros depresivos asociados a una manifiesta histeria, en pleno período de estado, hay anuncios e intentos suicidas. Pero, hay casi siempre "anuncios más o menos melodramáticos". El hecho suele producirse, efectivamente, ante un auditorio. Por lo general, no es serio, es decir, el recurso no es idóneo para lograr la muerte. No se arroja al vacío, ni se dispara un tiro, ni piensa en tirarse a las vías. Se elige el corte en el antebrazo (cortarse las venas), tomar fármacos comunes, etc.

El objeto es llamar la atención, con alto contenido histriónico, y consecutivo a situaciones conflictivas explosivas. Es un intento "utilitario" en el sentido de conseguir algún objetivo en el entorno.

En cambio los intentos suicidas del deprimido severo, son serios. Suele planearse, generalmente en cierto secreto y el cuidado que pone en su ejecución hace que casi siempre culmine en muerte.

En su comienzo, el sujeto suele manifestar a quienes le rodean que "es mejor terminar con todo, así no se puede vivir, esto no tiene arreglo, es mejor desaparecer". Es decir explicita su idea autodestructiva.

Pero hasta aquí hay ambivalencia: se piensa en el suicidio, pero se resiste a la idea.

Sin embargo, el riesgo aumenta, cuando el individuo parece tranquilizarse. Como antes dijimos, cesa la ambivalencia, desaparece la disyuntiva y la lucha interior; generalmente la resolución ha sido tomada y ahora se elabora la ejecución del acto.

Se puedee expresar que la resolución suicida es, esencialmente un elemento de la esfera afectiva (en este caso con depresión). Por lo tanto, el nivel cultural del sujeto, las apelaciones a su alta capacidad de razonamiento, no tienen sentido. Tampoco debe confiarse, en absoluto, en que la psicoterapia, en esa situación, pueda brindar resultados y en todo caso, implica un riesgo tan alto que no puede ser asumido. La idea suicida no es un razonamiento, sino un sentimiento.

Por ello el deprimido grave con alta tendencia suicida debe ser internado con la misma urgencia de un abdomen agudo.

En caso de una situación álgida (riesgo de suicidio, ansiedad, componente psicótico, etc.) la psicoterapia profunda no tiene cabida. Más aún, se insiste en que la exploración del inconsciente y la psicoterapia introspectiva están contraindicadas formalmente. El análisis de motivaciones inconscientes puede producir en el paciente desasosiego y angustia al descubrir elementos negativos de su historia vital, agranda el cuadro. No es este el momento, en el cual, más adelante, ya mejorado el paciente, podrá ser considerado ese tratamiento.

La aproximación psicoterápica, en ese momento álgido, debe ser de apoyo, y así debe continuar hasta cesado el cuadro.

Se debe insistir en luchar contra las ideas de culpa, ruina, indignidad, pesimismo. Es preciso desvalorizar estos sentimientos, quitarles vigor, minimizándolos. Presentar su porvenir aceptable es imprescindible.

Buena técnica es pedirle al paciente un plazo: que permita su tratamiento durante alrededor de 2 meses exponiéndole la seguridad de su curación. Aquí el médico debe ser seguro, asertivo, concluyente.

El deprimido es escéptico respecto a su curación y señala su convicción de un destino ominoso, pero cierto es también que la seguridad, la tranquilidad y la palabra firme del médico y la autoridad que se desprende de él causan efecto. En el fondo él necesita ser consolado. También es importante explicar al paciente que tendrá molestias con la medicación; pero esto suele ser positivo, puesto que el individuo lo relaciona con la potencia de la droga, y la energía del tratamiento, lo cual asoma una esperanza.

Se le debe decir, concretamente, que no tendrá deterioro al salir de su enfermedad, que ésta no afecta "al intelecto", sino a la afectividad.

Debe insistirse, una y otra vez, en que la esperanza existe, que es razonable y segura, visto el tratamiento que habrá de hacerse y que él comprobará pronto cuan infundadas son sus ideas depresivas.

Mientras más grave el cuadro, menos efectivo será este tratamiento psicoterápico y se puede llegar a casos en que nuestra las palabras "resbalan" en el paciente; si así ocurre, habrá llegado también el momento de la internación.

Finalmente, por lo tanto, el tratamiento de elección en la depresión severa es:

1. Tratamiento farmacológico, cubriendo también la angustia y la ansiedad. No corresponde psicoterapia profunda en los momentos álgidos del proceso.
2. Si el riesgo de suicidio es evidente, internación urgente y tratamiento de electroshock.
3. Si el tratamiento farmacológico (aún cambiando o combinando fármacos) se muestra ineficaz durante un lapso prudencial, efectuar electroshock (siempre en ambiente sanatorial).
4. Evaluar la posibilidad de psicoterapia posterior.

Aspectos médico legales
La depresión, mientras se mantenga en el ámbito neurótico, no condiciona imputabilidad penal, ni irresponsabilidad. El individuo sigue con clara discriminación de la realidad, aunque la vea de manera penosa y pesimista. Si el cuadro se agrava y aparece riesgo de suicidio, clínicamente evaluado, corresponderá la internación, aún en contra de la opinión del enfermo, ya que es, como se ha dicho, el mejor y a veces, único resguardo posible.
Si la enfermedad configura ya un cuadro psicótico, con delirio, ideas patológicas de influencia, el paciente es entonces un alienado, y como tal irresponsable.
Pero, como el síndrome depresivo es, en general de buen pronóstico, y aquí en tiempo relativamente breve, la intervención judicial es excepcional, lo cual constituye, desde ya un elemento positivo para el conocimiento del paciente.
No es necesaria en absoluto autorización judicial para el tratamiento, aún intenso, del enfermo. Ni para la realización tampoco de electroshock.
Sí correspondería, en cambio, que la familia se encuentre perfectamente informada, y autorice, desde ya, la terapia instituida.

4. Conclusión
La Depresión vrs. Nuestro Mundo
¿Tiene nuestra manera actual de vivir algo que ver con el visible aumento de enfermos depresivos? ¿O es una enfermedad que ahora se detecta más que antes? Creemos que ambas cosas son ciertas.
Todo psiquiatra de largos años de práctica, observa que los deprimidos son más que antes; y es sensato asumir que las condiciones actuales de la diaria y a veces penosa "tarea" de vivir hace necesario una exigencia, una competitividad, una aceleración de los tiempos, que antes era desconocida. Poco a poco nos falta tiempo para todo: para ganar el sustento, para dedicarnos a la relación con la familia, para el descanso. El sujeto se adapta, es cierto, pero lo hace, muchas veces, pagando el lento precio de un stress acumulativo, que, más tarde o más temprano hace crisis dando lugar a reacciones de agotamiento, o de protesta interior, o, en definitiva, de un naufragio en la adaptación del yo.
Y una de las formas de ese agotamiento, de esa desadaptación, quizá la más frecuente, es, sin duda la depresión, esa sombría vivencia de la experiencia vital.
Como bien dice Kalina "el tiempo en la sociedad actual está contaminado".
Contaminado de urgencia, de complicaciones, de fricciones. El vivir, antes tranquilo, es ahora conflictuante, inseguro; algunos sujetos resisten, otros claudican. Y entonces, la depresión es la salida.
Si a este cuadro se agrega la frecuente exhortación a "la voluntad" a que se "debe tener energía y pensar que todo es cuestión de voluntad", se agrega un nuevo conflicto a ese individuo, que, justamente, no tiene voluntad.
Pero esta enfermedad no debe espantarnos; mal de la época, es también cierto que nuestro tiempo permite un abordaje terapéutico francamente optimista. Es una enfermedad, como dijimos, que puede ser grave, pero de razonable buen pronóstico.
Por ello, es tan importante tratarla como corresponde. Con una aproximación psicológicamente cálida, acogedora, tranquilizadora. Y con el arsenal terapéutico, realmente efectivo, que tenemos a nuestra disposición.
Y con tiempo, paciencia, con ese sumergirse en el drama del enfermo.
Por fin, recordemos que "asistir" (asistere) es, "estar al lado del otro", razón fundamental y vocacional de la profesión y misión que los médicos hemos elegido.

5. Anexos
Anexo 1
¿Cómo Debe Tratar la Familia y los Amigos al Deprimido?
No debe olvidarse que los que rodean a un deprimido también sufren. Generalmente no entienden lo que está pasando, ya que aparentemente no hay motivo para el estado del enfermo.

Es esencial, la adopción de una actitud comprensiva y abierta, que permita que se desarrolle el diálogo y se pueda ir restableciendo la objetividad poco a poco; recordemos que el deprimido suele tener una especial sensibilidad para los aspectos tristes, siendo incapaz de ver los positivos.
Es inútil pedirle a un deprimido que te explique lo que le pasa, no podrá hacerlo, no sabe lo que le pasa. Si se insiste en ello, lo único que se conseguirá, es convencerle más de que no se le entiende, y en algunos casos irritarle. Tampoco se debe pretender argumentarle que vea la realidad con objetividad, no podrá . Hay que entender que no está así por su gusto. Que no servirá de nada que le digamos que se anime o que se involucre en actividades. Lo que suponga un esfuerzo no está de su mano. Según la gravedad, hay cosas que no puede hacer, como divertirse, por mucho que otros se empeñen, ir a trabajar, viajar, leer, ver televisión, pescar, etc., suelen ser consejos que el deprimido no puede seguir.
Lo mejor que pueden hacer las personas que se encuentren cerca de un deprimido, es transmitirle el sentimiento de que se les quiere y de que se tiene interés en ellos, sin agobiarles, y manteniendo una actitud de espera activa, convencidos de que saldrá de su situación.
Simultáneamente a lo anterior, deben de tratar que el enfermo acepte la ayuda especializada de un psiquiatra o psicólogo.

Anexo 2
Particularidades de Diversos Antidepresivos

Anexo 3
Casos Clínicos

1. Un hombre de 70 años, juez jubilado, hace 2 cuadros depresivos en los últimos 2 años, de carácter endógeno, de los cuales salió con tratamiento faracológico y psicoterapia. Ultimamente aparece otro cuadro severo, pero la esposa planea un viaje a Europa para distraerlo. Por supuesto, el individuo, "lleva su depresión al viaje". Sufre una crisis de angustia depresiva en Europa y reclama volver al país, para ver al médico. El viaje debe retrasarse unos 10 días. Cuando llega, al 2° día se suicida; había comprado un arma el día anterior e hizo una "despedida" de su familia.
2. Analizando el caso diremos que, ya al llegar, la resolución suicida estaba firme y que un tratamiento a tiempo pudo haber dado resultado, como en las 2 veces anteriores.
3. Un médico Jefe de un Servicio de Psiquiatría en un Hospital General, hace un claro cuadro depresivo diagnosticado por los médicos del Servicio. Como había referencias a ideas suicidas se conviene una consulta el día viernes, pero se espera el lunes, para la concurrencia a mi consultorio. El día domingo, por la noche, con una triste sonrisa, besa a sus familiares e inmediatamente se dispara un tiro.
4. Un paciente tiene un intento suicida, tirándose de un 4º piso. Como cayó sobre un toldo, tuvo lesiones que no fueron graves. El hijo, médico, me consulta, indicándose la internación y el tratamiento convulsivante, a lo que la familia se niega. Al día siguiente, se arroja otra vez al vacío, terminado su vida.

A título de orientación, se sugieren una serie de elementos y preguntas destinadas a determinar la potencialidad suicida del paciente y su gravedad creciente.

1. Antecedentes familiares de suicidio.
2. Intentos anteriores.
3. Insomnio.
4. Ideas de reproche de corte deliroide.
5. "Amputación" de futuro.
6. Soledad - aislamiento.
7. Imposibilidad real de reponer el objeto perdido: muerte de un familiar, ubilación, desastre económico.
8. Enfermedades orgánicas que el paciente vive como terminales (verdaderas o no): cáncer, secuelas de accidentes vasculares cerebrales, percepción de la declinación general del organismo (rechazo a la vejez).
9. Como bien dice Kalina (ob. cit.) "mientras más silenciosos, más peligrosos".

Preguntas
Debe haberse comenzado por las fantasías que el paciente puede formular en relación al suicidio, para llegar a interrogantes más concretos.

1. En algunas ocasiones, ¿piensa que la vida así, carece de sentido?
2. ¿Algunas veces, penso que la vida no vale la pena ser vivida, que seríamejor no vivir?
3. Realmente, ¿ha deseado desaparecer, para evitar el sufrimiento?

4. ¿Se animaría quizá a atentar contra su vida; es decir, no esperar a la muerte, sino buscarla?
5. ¿Ha elaborado, realmente, algún medio de hacerlo?
6. ¿Le parece que su situación, que Ud. ve sin salida, justifica el suicidio?
7. ¿Se siente ya con su resolución tomada y .sólo la dilata por algún otro motivo?
8. ¿No cree que hay frenos para ésto, como su religión, el abandono de sus seres queridos, el dolor que les causará?
9. ¿Cómo se ha sentido con los tratamientos que le hicieron? ¿Le parece que está un poco mejor que antes o que no hay tratamiento capaz de mejorarlo?

Lo que antecede es sólo un lineamiento. Las preguntas cambiarán según el caso concreto.
Recordemos, según dijimos, que el suicida potencial, que se tranquiliza, aumenta su riesgo.

Anexo 4
Síntomas de la Depresión Infantil Según la Edad

Edad	Síntomas
Inferior a 7 años	Llanto inmotivado Quejas somáticas Irritabilidad Detenciones del desarrollo Fobia escolar Encopresis
7 años a edad puberal	Quejas somáticas Agitación psicomotriz y ansiedad Agresividad Apatía y tristeza (sentimiento de “aburrimiento”) Sensación de “estar superado por las exigencias) Falta de concentración Bajo rendimiento escolar; problemas importantes de desadaptación escolar. Fobia escolar Trastornos de la eliminación Trastornos del sueño Astenia y fatiga o pérdida de energía Anorexia Alteraciones en la esfera sexual, hipersexualidad Indecisión Ideas o conductas obsesivas Ideas de muerte recurrente Preguntas angustiadas acerca del más allá.
Adolescencia	Mismos síntomas que en la edad prepuberal Conducta negativista o claramente antisocial. Hurtos Agresividad Consumo de alcohol y/o drogas Deseos de marchar de casa Sentimiento de con ser comprendido Malhumor e irritabilidad Desgane para cooperar en actividades familiares Tendencia a recluirse en la propia habitación Desinterés por el aseo personal Dificultades escolares Retraimiento social con hipersensibilidad; especial respuesta al rechazo en relaciones amorosas Trastorno del estado de ánimo, desmoralización y falta de alegría. Desinterés por cosas que antes le atraían.

Anexo 5
Un Caso Típico de Depresión
Para María cada día es una nueva batalla para lograr seguir adelante. Muchos días no tiene ánimo suficiente ni siquiera para levantarse de la cama y cuando su marido vuelve a casa por la noche la encuentra todavía en pijama y con la cena sin preparar. Llora muy a menudo y hasta sus momentos de mejor humor se ven continuamente interrumpidos por ideas de fracaso e inutilidad. Tareas tan insignificantes como vestirse o hacer la compra le resultan muy difíciles y el menor obstáculo le parece una barrera infranqueable. Cuando se le recuerda que todavía es una mujer atractiva y se le sugiere que salga a comprar un vestido nuevo contesta, "esto es demasiado difícil para mí, tendría que atravesar la ciudad en autobús y probablemente me perdería, además ya no soy atractiva".
Su forma de hablar y de andar es lenta y su rostro tiene un aspecto triste. Antes era una mujer vivaz y activa, colaboraba en asuntos sociales de su barrio, le gustaba leer, pintar y era una anfitriona encantadora. Entonces ocurrieron dos cosas: Su hijo empezó a ir a la escuela y su marido fue ascendido a un puesto de gran responsabilidad que lo obligaba a permanecer demasiado tiempo fuera de casa.
Ahora ella languidece pensando si merece la pena vivir y ha jugado con la idea de tomarse todo el frasco de sus píldoras antidepresivas de una sola vez.

Anexo 6
Conducta Pediátrica a Seguir en la Depresión
1. Considere el posible diagnóstico de depresión ante cualquier trastorno de conducta o de aprendizaje aparecido en forma rápida y que significa un cambio importante en la forma de actuar del niño/a. Por ejemplo: malas notas en un niño que siempre había sido buen estudiante, agresividad en quien era pacífico, ansiedad en quien era plácido.
2. Interrogue acerca del estado de ánimo (depresivo y/o irritable), y acerca de la capacidad para disfrutar. Son los dos síntomas principales de la depresión. También: falta de concentración, trastornos del sueño (insomnio o hipersomnia), trastornos del apetito y del peso (anorexia o bulimia), sensación de incapacidad, ideas de muerte, cansancio (sobre todo matinal).
3. Ante la sospecha de depresión, compruebe una lista amplia de signos depresivos (tabla 16.1) y/o efectúe pruebas concretas para diagnosticar la depresión (Children Depression Test, por ejemplo).
4. Emplee medicación antidepresiva. Por ejemplo: clomipramina, iniciando la dosis en 10 mg/día, aumentando de 10 en 10 mg, y luego de 25 en 25 mg, para llegar a dosis de 2-4 mg/kg de peso / día. Advierta sobre los efectos secundarios anticolinérgicos y sobre el tiempo de latencia (2-6 semanas) antes de esperar efecto antidepresivo. La medicación permitirá, además, el diagnóstico ex juvantibus, único de certeza. Si emplea fluoxetina, dosis entre 10 y 20 mg/día pueden ser útiles durante todo el tratamiento.
5. Si lo prefiere, oriente el paciente hacia un Servicio o Gabinete de Psiquiatría Infantil. No olvide asegurarse antes de que en dicho Servicio o Gabinete estén al día acerca de la depresión infantil y de que saben cómo tratarla.
6. Aleccione a los padres acerca de la depresión, de su "endogeneidad" y de la imposibilidad de animar al depresivo con buenas palabras o de incitarle a que se divierta o a que trabaje. Insista

6. Bibliografía
Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (1995). Manual de Psicopatología, Volumen II. España: Editorial Isabel Capella.
Sarason, I. y Sarason, B. (1996). Psicología Anormal. México: Editorial Prentice may.
Carlson, N. (1996). Fundamentos de Psicología Fisiológica. México: Editorial Prentice may.
www.alcmeon.com.ar/1/3/a03_03.htm
www.aacao.org/publications/apntsfam/suicide.htm
www.rcn.com/icps/medico/medico96/january/surpl/munoz.htm
dalia/web_saludalia/urgencias/doc/documentos/doc/suicidio/htm

Datos del autor
Nombre y el email del autor: Marcia Jiménez, marcita86@hotmail.com
Edad: 20 años
Estudios realizados: Bachillerato en Administración de Negocios con énfasis en Recursos Humanos. Primer cuatrimestre de Bachillerato en Psicología.
Resumen
Definición, efectos conductuales y tratamientos de la depresión y el suicidio.