

## **ESTRUCTURA DEPRESIVA DE LA PERSONALIDAD versus DEPRESIÓN**

Por Dr. Roger Ferrer Gelabert

Consideraciones en la adolescencia.

### 1. INTRODUCCIÓN

Ser depresivo (depressive) o estar deprimido (depressed)?.

Dos adjetivos que califican respectivamente una característica intrínseca del ser o bien un rasgo temporal del estar.

Cuestiones semánticas aparte, la psiquiatría de los últimos años, con su necesario afán nosotáxico, ha enfatizado el "estar deprimido" por su mayor afinidad con el concepto de un estado psicopatológico más fácilmente objetivable y asociado al concepto clásico de enfermedad.

De ahí que los DSM e ICD hayan contemplado en su Eje I (Síndromes clínicos) descripciones precisas, objetivables, casi conductuales de los llamados trastornos afectivos, mientras que no es hasta la aparición del DSM-IV en el año 95 que surge como nuevo y todavía sujeto a investigación el concepto tipo "Eje II" de Trastorno depresivo de la personalidad, creándose el conflicto del diagnóstico diferencial entre Trastorno depresivo mayor, Distimia y Trastorno depresivo de la personalidad.

A partir de ahí surgen cantidad de interrogantes:

*Ser depresivo* es un rasgo de la personalidad?, equivalente a ser pesimista?.

Es un rasgo de la personalidad o del carácter? Innato o adquirido?.

Es un "trastorno" de la personalidad o simplemente una variación de la misma?

Es beneficioso o perjudicial ser depresivo? en el segundo caso, debe procurar remediarse? Y cómo?

*Estar deprimido* es un estado de ánimo, definido, temporal, circunscrito y posiblemente relacionado con eventos vitales?

El estar deprimido es un estado extraño al ser habitual de la personalidad, o bien existe algún continuum, alguna relación entre ambos?

Los pesimistas, los depresivos... se deprimen?

Al contrario, los deprimidos son, eran o serán depresivos?

Ser depresivo es biológico, endógeno y estar deprimido es vivencial, exógeno? O al revés?

## 2. LA PERSONALIDAD Y SUS TRASTORNOS

La segunda edición del *Lexicon of psychiatric and mental health terms* de la World Health Organization<sup>1</sup> define la **personalidad** como “**las pautas de pensamiento, sentimiento y conducta profundamente arraigadas que caracterizan el estilo de vida y el modo de adaptación únicos de una persona y que son consecuencia de factores constitucionales, del desarrollo y de la experiencia social**”.

**El rasgo de personalidad** se define como “una porción determinada y constante de la personalidad que se infiere de la totalidad de la conducta de un individuo, pero nunca se observa directamente”. Un rasgo es un atributo estable, y suele compararse y contrastarse con estado, que es una característica de un organismo o una persona transitoria o limitada en el tiempo.

Los hallazgos biológicos definen rasgos o dimensiones de la personalidad frente a la clasificación categorial tipológica. La impulsividad, el mantenimiento del tono anímico, el miedo y sus derivaciones, la percepción e interpretación autorreferencial del entorno y la actitud exploratoria pudieran estar enraizadas en sistemas biológicos funcionales.

Esta perspectiva puede permitir el acercamiento a los trastornos de la personalidad con una actitud más fisiopatológica encaminada a la reparación de las posibles alteraciones en dichos sistemas que subyacen a las anomalías de la personalidad. Desde el punto de vista biologicista, las clasificaciones actuales de los trastornos de la personalidad son escasamente validables al no poder encontrar, y ni siquiera proponer, un sustrato biológico identificable para cada una de las categorías. Más aún, los datos indican que probablemente no exista un fenómeno patológico (psico y biológico) único para cada una de dichas categorías<sup>2</sup>.

Por otra parte, son numerosos los estudios existentes sobre criterios tipológicos de la personalidad y sus trastornos, basados mayoritariamente en clasificaciones categoriales de modelos conductuales; véase en la Tabla siguiente el modelo propugnado por Th. Millon y Cols.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> De Girolamo, G., Reich, J.H. Trastornos de personalidad. Ed. Meditor, 1996.

<sup>2</sup> Carrasco, J.L., Díaz, M. Psicobiología de los trastornos de personalidad. Revista Electrónica de Psiquiatría. Vol. I, Nº 3. Septiembre 1997. ISSN 1137-3148.

<sup>3</sup> Millon, Th., Everly, G.S. La personalidad y sus trastornos. Ed. Martínez Roca, 1985.

Tabla. Listado multidimensional de criterios para trastorno de la personalidad.

<b>Trastornos</b>	<b>Conducta aparente</b>	<b>Comportamiento.</b>	<b>Estilo cognitivo</b>	<b>Expresión afectiva</b>	<b>Percepción de sí</b>
<b>Antisocial</b>	Osado a temerario	Antagónico a beligerante	Individualista a fanático	Hostil a malévolo	Competitivo a dominador
<b>Narcisista</b>	Arrogante a pomposo	Explotador a desvergonzado	Expansivo a indisciplinado	Indiferente a exuberante	Admirable a extraordinario
<b>Histriónico</b>	Afectado a teatral	Coqueto a seductor	Vacilante a disperso	Inconstante a impetuoso	Sociable a hedonista
<b>Dependiente</b>	Incompetente a impotente	Sumiso a dependiente	Ingenuo a incauto	Pacífico a tímido	Inepto a inadecuado
<b>Pasivo-agresivo</b>	Terco a opositorista	Ambivalente a no cooperador	Inconsistente a desorientador	Irritable a agitado	Descontento a maltratado
<b>Compulsivo</b>	Disciplinado a perfeccionista	Respetuoso a congradador	Reprimido a bloqueado	Solemne a serio	Escrupuloso a íntegro
<b>Evitación</b>	Cauteloso a alerta	Aversivo a aislado	Distraído a perplejo	Angustiado a hiperexcitado	Ajeno a rechazado
<b>Esquizoide</b>	Apático a inerte	Reservado a ausente	Empobrecido a árido	Aplanado a frío	Complaciente a falta de vitalidad
<b>Esquizotípico</b>	Excéntrico y aberrante a extravagante	Aislado y reservado a inaccesible	Rumiador y autista a desconcertado	Aprehensivo a trastornado y frenético	Desamparado a extraño y vacío
<b>Límite</b>	Espontáneo a precipitado y caótico	Opositorista a paradójico y voluble	Inconstante a caprichoso y desorganizado	Temperamental a lábil y voluble	Perturbado a confuso y conflictivo
<b>Paranoide</b>	Prudente y defensivo a vigilante	Pendenciero y provocativo a amargado	Incrédulo a suspicaz y conspirador	Hosco a irascible y pendenciero	Formidable a inviolable y amargado

Hay dos tipos básicos de **trastorno de la personalidad**: los de inicio temprano (de larga duración) y los de inicio en la edad adulta (cambio permanente de la personalidad que se define como “un trastorno de la personalidad y de la conducta del adulto que se ha desarrollado a raíz de una situación conflictiva, o después de una grave enfermedad psiquiátrica, en un individuo sin trastorno previo de la personalidad. Hay un cambio definido y perdurable en el modelo según el cual el individuo percibe, se relaciona con, o piensa sobre, el ambiente y su yo. El cambio de personalidad va asociado con una conducta inflexible y mal adaptada que no estaba presente antes de la experiencia patogénica y que no es una manifestación de otro trastorno mental o un síntoma residual de algún trastorno mental previo”).

**Los trastornos de la personalidad** “comprenden modelos de conducta profundamente arraigados y perdurables que se manifiestan como respuestas inflexibles a un amplio espectro de situaciones personales y sociales. Representan desviaciones extremas o significativas de la forma mediante la cual el individuo medio de una cultura dada percibe, piensa, siente y, en particular, se relaciona con los demás. Estas pautas de conducta tienden a ser estables y a abarcar múltiples dominios de conducta y funcionamiento psicológico. Suelen estar asociadas, pero no siempre, con varios grados de sufrimiento subjetivo y de problemas relacionados con el funcionamiento y el rendimiento sociales”.

En general, casi todas las definiciones de trastorno de personalidad incluyen tres conceptos fundamentales:

1. Comienzo en la infancia o la adolescencia.
2. Persistencia de larga duración en el tiempo; sin embargo, no es sólo la persistencia en el tiempo, sino también la omnipresencia de la pauta de conducta anómala a lo largo de un amplio abanico de situaciones sociales y personales, lo que constituye la característica más relevante.
3. Asociación con un grado sustancial de sufrimiento personal o de problemas con relación al rendimiento social o laboral, o ambos.

### 3. LA PERSONALIDAD DEPRESIVA

Los diversos puntos de vista sobre la personalidad normal han ido desplazándose desde la filosofía, la moral y la psicología hacia el interés actual por los trastornos de la personalidad, de lleno ya en la psicopatología.

Hipócrates (s. IV aC) definió el temperamento melancólico, y siglos más tarde, Esquirol (1847) describe el carácter escrupuloso y angustioso. El concepto de "temperamento" de Kraepelin (1921) como predisposición a ciertas enfermedades, fue asimilado rápidamente por muchos psiquiatras europeos, especialmente Kretschmer (1936) que emplea el término de ciclotimia.

Schneider (1958) introduce el “temperamento depresivo” y recientemente H.S. Akiskal publica numerosos trabajos sobre la personalidad depresiva y nuevos modelos de clasificación de los trastornos afectivos<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> Rosan, T.A. Diagnóstico y clasificación de los trastornos afectivos según H.S. Akiskal. Una aproximación al pensamiento del autor. Revista Electrónica ALCMEON Nº 19. Nº 4-1996.

Finalmente, el **DSM-IV** (1994)<sup>5</sup> introduce el término “**Trastorno depresivo de la personalidad**” en el apéndice de Criterios de Investigación de los Trastornos de Personalidad, describiéndolo de la siguiente manera:

### Características diagnósticas

La característica esencial de este trastorno es un patrón permanente de comportamientos e ideaciones cognoscitivas depresivas que se inicia al principio de la edad adulta y se refleja en una gran variedad de contextos.

Esté patrón no aparece exclusivamente durante un episodio depresivo mayor y no se explica mejor por la presencia de un trastorno distímico.

Entre los comportamientos y funciones cognoscitivas de tinte depresivo se incluyen sentimientos permanentes de abatimiento, tristeza, desánimo, desilusión e infelicidad. Estos individuos se caracterizan por mostrarse especialmente serios, incapaces de divertirse o relajarse y sin sentido del humor. Algunos dicen que no merecen ser felices o divertirse. Es frecuente que tiendan a cavilar y preocuparse, inmersos permanentemente en su infelicidad y en sus pensamientos negativos. Estos individuos auguran el futuro tan negativamente como ven el propio presente; dudan de que las cosas puedan mejorar algún día, anticipan lo peor y, aunque presumen de realistas, los demás los describen como netamente pesimistas. Demuestran dureza al juzgarse a sí mismos y tienden a sentirse excesivamente culpables por sus defectos y sus fracasos. Su autoestima es baja y se traduce especialmente en sentimientos de impotencia. Los individuos con ese trastorno tiende a juzgar a los demás tan duramente como hacen con ellos mismos, destacando sus defectos muy por encima de sus virtudes, y pueden mostrarse negativos, contrarios, críticos y dados a la censura.

### Síntomas y trastornos asociados

Estos individuos pueden mostrarse tranquilos, introvertidos, pasivos, no asertivos y propensos a dejarse llevar por los demás antes de asumir el liderazgo. Varones y mujeres resultan igualmente propensos a padecer este trastorno, y su presencia podría predisponer a la aparición de un trastorno distímico y también de un trastorno depresivo mayor. Estos trastornos pueden presentarse a través de un espectro que empezaría con el trastorno depresivo de la personalidad e iría seguido del trastorno depresivo en el futuro. Pruebas preliminares sugieren que el trastorno depresivo de la personalidad puede ser más prevalente en familiares de individuos con trastorno depresivo mayor, y al contrario, el trastorno depresivo mayor puede incidir más frecuentemente en familiares de individuos que padecen un trastorno depresivo de la personalidad y no un trastorno depresivo mayor.

### Diagnóstico diferencial

---

<sup>5</sup> DSM-IV. Criterios diagnósticos. Ed Masson. 1995.

En el DSM-IV los individuos que cumplen estos criterios de investigación reciben el diagnóstico de trastorno de la personalidad no especificado.

Existe controversia acerca de la utilidad de diferenciar el trastorno depresivo de la personalidad y el trastorno distímico. Como hecho distintivo, cabe decir que los criterios de investigación para el trastorno depresivo de la personalidad hacen más hincapié en los rasgos cognoscitivos, interpersonales e intrapsíquicos de la personalidad. El diagnóstico de este trastorno no debe considerarse si los síntomas se explican mejor por la presencia de un trastorno distímico o si sólo aparecen coincidiendo con episodios depresivos mayores. El trastorno depresivo de la personalidad se diferencia de los rasgos depresivos normales (por ejemplo, infelicidad, pesimismo, autocrítica e inclinación a sentirse culpable) en el hecho de que el cuadro sintomático es de carácter permanente y provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social o laboral. La relación entre este trastorno y otros que se describen en este apéndice (por ejemplo, trastorno depresivo menor, trastorno depresivo breve recidivante y trastorno mixto ansioso-depresivo), así como con otros trastornos de la personalidad, todavía no está clara, pero es probable que puedan solaparse entre ellos.

#### **En resumen:**

A. Patrón permanente de comportamientos y funciones cognoscitivos depresivos que se inicia al principio de la edad adulta y se refleja en una amplia variedad de contextos y que se caracteriza por cinco o más de los siguientes síntomas:

1. el estado de ánimo habitual está presidido por sentimientos de abatimiento, tristeza, desánimo, desilusión e infelicidad
2. la concepción que el sujeto tiene de sí mismo se centra principalmente en sentimientos de impotencia, inutilidad y baja autoestima
3. se critica, se acusa o se autodescalifica
4. cavila y tiende a preocuparse por todo
5. critica, juzga y lleva la contraria a los demás
6. se muestra pesimista
7. tiende a sentirse culpable o arrepentido

B. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de episodios depresivos mayores y no se explican mejor por la presencia de un trastorno distímico.

**En conclusión**, las hipótesis constitucionalistas hacen aparecer las personalidades premórbidas. Bajo esta construcción late una vieja aspiración clínica; de comprobarse que determinadas patologías se corresponden con determinados tipos de personalidad, una vez identificadas éstas podría predecirse el riesgo, la vulnerabilidad e incluso cierta determinación al padecimiento de aquéllas.

Actualmente la mayor parte de las investigaciones se centran en la aplicación de escalas y cuestionarios especialmente diseñados o no para la evaluación de la

personalidad depresiva y otros instrumentos bastante mejor conocidos en el ámbito de la psicología.

La dificultad que se plantea es que se insiste en valorar el carácter "pre" más que el "post", cuando en realidad, las investigaciones se realizan en sujetos cuya sintomatología depresiva estaba en activo o ya había remitido. Y no se observa que los resultados obtenidos puedan ser "rasgos de personalidad resultado" más que unos "rasgos de personalidad causa". Tampoco se han tenido suficientemente en cuenta otros factores que podrían estar suscitando y/o modificando dichos rasgos de personalidad, por ejemplo diferencias individuales en función del sexo, duración de factores ambientales o presencia de acontecimientos vitales, cuya relevancia respecto de la enfermedad depresiva está fuera de toda duda<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> Albiach, A. Personalidad depresiva. Cap. 20 en Trastornos afectivos. Vallejo, J., Gastó, G. Ed. Salvat, 1990.

#### 4. RELACIONES ENTRE PERSONALIDAD DEPRESIVA, DEPRESIÓN Y DISTIMIA

Tanto los estudios clínicos como los psicométricos sugieren la existencia de **relaciones entre las personalidades depresivas y otros trastornos afectivos**; los primeros apoyándose en probables relaciones objetales patológicas de la primera infancia (Bowlby, 1961)<sup>7</sup>, o bien en alteraciones de estilos cognitivos relacionados con la evaluación negativa de sí mismo, del entorno y del futuro (Beck, 1983)<sup>8</sup>; los segundos, mediante la aplicación de escalas, concluyen la probable relación entre personalidades depresivas con otras patologías como las neurosis, la obsesividad, la introversión y la dependencia.

En otro sentido, también se demuestran **cambios de la personalidad como consecuencia del padecimiento de trastornos depresivos**, como si de una secuela de la enfermedad se tratara. Cassano<sup>9</sup> habla de “defecto depresivo”, que sobreviene como resultado del mal ajuste interpersonal durante las fases aguda y residual, y de una reacción psicológica que provoca desmoralización, fracaso, inseguridad, dependencia, pesimismo, etc.<sup>10</sup>

Lo que sí parece ser más cierto es que **existe un continuo entre la personalidad y la enfermedad depresiva**, expresión de aspectos genéticos, constitucionales, biológicos y ambientales.

Unos autores, como **Hirschfeld** abogan por considerar que no existen estudios concluyentes que demuestren que la depresión mayor, la distimia y la depresión breve recurrente sean trastornos distintos **sino más bien manifestaciones distintas de un trastorno afectivo común**; sin embargo, considera al trastorno depresivo de la personalidad como una entidad diferenciada, más orientada a un determinado estilo cognitivo, a diferencia de los trastornos afectivos más orientados a un estilo afectivo alterado. Con ello, coloca al trastorno depresivo de personalidad en el cajón de lo “temperamental” (genético-constitucional-aprendido), y a los trastornos afectivos en grupo en el cajón de lo “biológico” (trastornos del humor).

Para ponerlo en claro: el depresivo **cre**e que “el mundo es un asco”, mientras que el deprimido **siente** que “el mundo es un asco”.

Más allá va **Akiskal**, que supone que **los diversos subtipos clínicos de depresión**

---

<sup>7</sup> Bowlby, J. Childhood mourning and its implications for child psychiatry. Am.J.Psych, 1118, 481-498, 1961.

<sup>8</sup> Beck, A. Cognitive Therapy of depression: New perspectives. En Clayton, P (dir): Depression. Raven, New York, 1983.

<sup>9</sup> Cassano, G.; Maggini, C.; Akiskal, H.: Short term, subchronic and chronic sequelae of affective disorders. Psych.Clin.North Am., 6, 1, 55-67, 1983.

<sup>10</sup> Shea, M.T.; Leon, A.; Mueller, T.I.; Solomon, D.A.; Warshaw, M.G.; Keller, M.: ¿El padecimiento de depresión mayor motiva posteriores cambios en la personalidad?. Am.Journal Psych. 1996; 153 (11): 1404-1410.

(ansiosa, con pánico, distimia, atípica, pseudounipolar, bipolar II, hostil y psicótica) **surgen de estratos temperamentales diferentes** y, lo que es más importante, responden de manera distinta a distintos fármacos.<sup>11</sup> De este modo, conociendo el tipo de temperamento del paciente se podría predecir la respuesta terapéutica de los antidepressivos, aumentando con ello su eficacia.

En otro orden, Akiskal revisa a fondo el concepto de distimia. considerado habitualmente como trastorno subafectivo, depresión “menor”, depresión “neurótica”, depresión “reactiva”, etc. , hasta el punto de que no queda muy claro si la distimia constituye un trastorno del estado de ánimo o bien un trastorno de la personalidad (neurótico).

Considerando el carácter “crónico” de la distimia, bien pudiera tratarse de una alteración “predepresiva” –ligada a un estilo de personalidad- de las depresiones mayores, y que con frecuencia precede a éstas.

Pero el hecho de que la distimia responde bastante satisfactoriamente a ciertos fármacos (especialmente los IRSS) sabiendo que los trastornos de la personalidad resultan prácticamente intratables, además de que la distimia puede ser validada con parámetros exteriores de su curso clínico (como antecedentes familiares, evolución y marcadores biológicos) hace pensar que la distimia es tanto un trastorno subafectivo como una dimensión de la personalidad basada en el temperamento, casi como si la distimia fuera el puente de enlace entre el trastorno depresivo de la personalidad y los trastornos afectivos

## 5. RASGOS DEPRESIVOS DE TIPO EVOLUTIVO EN LA ADOLESCENCIA

Se hace evidente la necesidad de una rigurosa definición del marco referencial cuando se aborda el problema de la depresión en la adolescencia. En efecto, las evaluaciones epidemiológicas de adolescentes deprimidos varían desde el 39,8% si se incluye el conjunto de adolescentes con un síntoma depresivo y/o una semiología depresiva, hasta el 16,5% si se utilizan los criterios del DSM-III-R incluyendo las dos entidades de episodio depresivo mayor y distimia, y alcanzan el 9,7% si sólo se considera la entidad de episodio depresivo mayor.

La cuestión esencial reside en saber si el 23,3% de los casos que no entran en los criterios de episodio depresivo mayor y distimia según el DSM-III-R, deben ser excluidos o no del cuadro de las "depresiones" en la adolescencia.

La normal observación del estado anímico de los adolescentes puede dar la impresión de que los desórdenes depresivos son una epidemia desde la pubertad en adelante. El problema radica en diferenciar entre los jóvenes realmente depresivos y aquellos que en el contexto de su cambiante estado de ánimo presentan episodios pasajeros de abatimiento a modo de exagerada reacción ante frustraciones más o menos triviales.

---

<sup>11</sup> Akiskal,H: Hacia una clasificación innovadora de la depresión: temperamento y respuesta farmacológica. Psiquiatría interactiva, Vol. 1, N° 3, Septiembre 1996.

La adolescencia, como etapa de desarrollo de todo individuo, es descrita a menudo en términos que se aplicarían también a la descripción de una depresión o de una lucha contra la depresión. En el adolescente existe sin duda la tristeza, la agitación, la cólera, el sentimiento de inutilidad, el pesimismo, los sentimientos de culpabilidad o de humillación, de decepción, el aislamiento...

La presencia de estos aspectos en el curso de los procesos normales del desarrollo de la adolescencia hace pensar en que no hay adolescentes sin depresión.

Evidentemente, se observan en el proceso normal de evolución del adolescente la existencia de diversos procesos de carácter depresivo:

1. **Separación. Ruptura de lazos. Pérdida:** ocurren separaciones del medio familiar, tanto físicos como psíquicos, existen cambios y pérdidas de la propia imagen corporal, existen pérdidas y nuevas adquisiciones de procesos de identidad, hay pérdidas en la autoestima.

2. **Agresividad y sentimientos de culpa:** posiblemente la rabia producida por tales pérdidas se exprese como agresividad, dirigida bien hacia sí mismo (siendo entonces la causa de enfermedades de expresión somática) ó bien sobre lo externo (crisis de violencia).

3. **El afecto depresivo de base:** son frecuentes en el adolescente el aislamiento, el encerrarse, los accesos de pesimismo, el enlentecimiento asociado a actividades reducidas al mínimo, el aburrimiento, la morosidad, el tedio, la taciturnidad, etc. que vienen a constituir un tono afectivo marcadamente "depresivo". Pero es precisamente su carácter pasajero, cambiante y –sobre todo- influenciado por el medio externo, lo que le da identidad de proceso evolutivo (quizá de "defensa" contra la depresión?) más que de un proceso depresivo establecido propiamente dicho.

## 6. PECULIARIDADES DE LA DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA

La psicopatología de la depresión mayor –en sentido estricto- no difiere de la del adulto. Por tanto, para establecer el diagnóstico de **Trastorno Depresivo Mayor en el adolescente** (recordemos que presente en el 9,7% de la población) sirven perfectamente los **Criterios del DSM-IV:**

### F32.x (296.2x) Episodio depresivo mayor, episodio único

Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Nota: No incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). Nota: **En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.**

disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).

pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: **En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.**

insomnio o hipersomnia casi cada día.

agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).

fatiga o pérdida de energía casi cada día.

sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).

disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).

pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Pero no obstante, debemos tener presente **qué síntomas son los más frecuentes de este trastorno en la adolescencia**, por orden de prevalencia:

**Estado de ánimo triste (94%):** Que rara vez se reconoce abiertamente, pero viene expresado por la falta de interés, de entusiasmo o de placer: abandono de tareas escolares, de relación social, de actividades lúdicas.

**Conducta de retraimiento y aislamiento. Pérdida de interés (76,4%):** Probable

reflejo del ánimo alterado, el adolescente se encierra, se queda perplejo, no comunica, parece no interesarle nada, no puede divertirse. No obstante, puede romper su cerrazón con explosivas manifestaciones de impulsividad, de rabia y de hiperactividad desordenada.

**Ideas de indignidad y de culpabilidad (76,4%):** Referidas con frecuencia a la escolaridad o relaciones sociales.

**Dificultades para dormir (70,6%):** Dificultades para conciliar el sueño, despertares nocturnos, somnolencia matutina, “inversión” del ritmo sueño-vigilia.

**Crisis de llanto (58,8%):** Inmotivadas, desencadenadas por un estado de ánimo, por ideaciones o cuestiones fútiles.

**Dificultades escolares (58,8%):** Consecuencia del desinterés, la falta de ilusión, de concentración y atención, la pérdida de “competitividad”.

**Ideas de muerte (52,9%):** Desde pensamientos de inutilidad de la vida hasta francos deseos de muerte o suicidio.

**Tentativas de suicidio (47%).**

**Trastornos de conductas alimentarias (47%):** Abandono de hábitos alimentarios habituales, pérdida de apetito e interés por la comida, atracones bulímicos, vómitos provocados.

**Enlentecimiento psicomotor (41,2%):** Aunque su aparición es menos frecuente en el adolescente que en el adulto, su existencia es casi patognomónica de trastorno depresivo: gestualidad enlentecida, inexpresividad facial, menor fluidez y empobrecimiento ideativo-verbal, ensimismamiento, ideas fijas.

**Dificultades de atención (41,2%):** Calificadas a menudo de “pereza”, existen trastornos de la atención y de la concentración que, lógicamente, inciden en los rendimientos intelectual-cognitivos.

**Sensaciones de fatiga (35,3%):** Fatiga, cansancio, pérdida de energía, “estar tumbado todo el día sin hacer nada”.

**Agitación, irritabilidad, crisis de nerviosismo (29,4%):** Inquietud, malhumor, conflictividad, explosiones de cólera...expresión de la ansiedad y angustia generada por el propio trastorno depresivo.

**Ansiedad, angustia (23,5%).**

En el trastorno depresivo mayor el conjunto de estos síntomas es persistente y fijo; aquí no ocurren los cambios bruscos ni existe influenciabilidad externa: las manifestaciones depresivas recuperan rápidamente su protagonismo.

Otra peculiaridad del trastorno depresivo en la adolescencia consiste en los llamados “**equivalentes depresivos**”; muchos autores sostienen que precisamente son estos síntomas los característicos y diferenciales de las depresiones de esta etapa:

- Trastornos del comportamiento (desobediencia, inasistencia escolar, cólera, fugas), aburrimiento, nerviosismo, autodestrucción (tendencias masoquistas, predisposición a accidentes y conductas temerarias) (Toolan)

- Fatiga, aburrimiento, nerviosismo, hipocondría, concentración defectuosa, búsqueda de atención, paso al acto, toxicomanía, conducta sexual anárquica, formación de

identidad negativa. (Weiner)

- Trastornos de comportamiento, delincuencia, fobia escolar, tendencias neuróticas, quejas psicósomáticas. (Glaser)
- Anorexia nerviosa, obesidad, hipocondría, hiperactividad, paso al acto. (Malmquist)
- Agresividad, problemas escolares, inestabilidad, paso al acto. (Bakwin)

### **Diferencias con el adulto deprimido**

Obsérvese que los síntomas anteriormente citados son prácticamente inexistentes en el trastorno depresivo del adulto; en la adolescencia, la depresión adquiere una faceta de conductas “conflictivas” y hostiles, fácilmente confundibles con “crisis de identidad” o con “crisis generacionales”. Pero existe un denominador común: parece como si **el conjunto de tales conductas estuviera encaminado a resultar perjudicial e inconveniente para el propio adolescente.**

Además, el adolescente rara vez presenta una “máscara depresiva”, su cara no tiene aspecto depresivo; más bien aburrido, cuando no hostil.

El adolescente rara vez dice “estar triste” y mucho menos “deprimido”; en todo caso reconoce que “se agobia”, que está harto, que está distraído....

El adolescente tiende a rechazar la ayuda, en especial la del adulto y más en especial, la de los familiares.

La existencia de momentos o situaciones en que parece haber remitido todo fenómeno depresivo no debe inducir al error de creer que se trata de fenómenos conductuales reactivos; debe contemplarse la conducta en su conjunto y a lo largo del tiempo y, sobretodo, la “finalidad” de tales conductas.

## **7. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS DIVERSAS ALTERACIONES DEPRESIVAS EN LA ADOLESCENCIA**

### **Depresión de la edad evolutiva**

Existencia de “afecto depresivo de base” pero temporal, cambiante y determinado por situaciones externas.

### **Trastorno depresivo de la personalidad**

Ver Cap. 3: Criterios DSM-IV de Trastorno depresivo de la personalidad.

Peculiaridad “depresiva” de la personalidad, pero de tinte más cognitivo que afectivo, y

presente durante toda la vida; tendencia a la rigidez, al perfeccionismo, a la auto y heteroexigencia, al control y a la obsesividad. Adultomorfismo. Posibles patrones familiares peculiares.

### Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo

Criterios DSM-IV (F43.2) de Trastornos de adaptación, con Reacción depresiva breve (.20), prolongada (.21) o mixta (.22). Sintomatología de la serie depresiva, pero breve (reactiva) y relacionada con factores estresantes o desencadenantes externos.

### Distimia

Criterios DSM-IV (F34.1) (300.4):

Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, **durante al menos 2 años**. Nota: **En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año**.

Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:

- pérdida o aumento de apetito
- insomnio o hipersomnia
- falta de energía o fatiga
- baja autoestima
- dificultades para concentrarse o para tomar decisiones
- sentimientos de desesperanza

Durante el período de 2 años (**1 año en niños y adolescentes**) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.

No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración (**1 año para niños y adolescentes**); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.

Nota: Antes de la aparición del episodio distímico pudo haber un episodio depresivo mayor previo que ha remitido totalmente (ningún signo o síntoma significativos durante 2 meses). Además, tras los primeros 2 años (1 año en niños y adolescentes) de trastorno distímico, puede haber episodios de trastorno depresivo mayor superpuestos, en cuyo caso cabe realizar ambos diagnósticos si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco y

nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.

Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si: **Inicio temprano**: si el inicio es antes de los 21 años.

**Inicio tardío**: posterior a los 21 años.

Especificar (para los últimos 2 años del trastorno distímico): Con síntomas atípicos

### **En la adolescencia:**

Cronicidad (síntomas presentes al menos durante dos años). Tendencia cicloide, fluctuante. Mayor abundancia de actitudes reactivas. Menor retraimiento. Humor triste, que alterna con irritabilidad y ansiedad. Patrón estacional?. Posibles antecedentes familiares de distimia o trastorno depresivo.

### Trastorno depresivo mayor, episodio único

Criterios DSM-IV para Episodio depresivo (F32.x) (296.2x). (Ver Cap.6).

### Otros trastornos depresivos

F33.x Tr. Depresivo recurrente.

F31.x Tr. Bipolar.

F34.0 Ciclotimia.

F25.x Trastorno esquizoafectivo.

F38.x Otros trastornos del humor.

Con las características propias de cada trastorno.