

# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



---

FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO



## “DETECCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN EN PERSONAS QUE ASISTEN A UN CENTRO DE SALUD”

T E S I S

Que para obtener el título de:  
Maestro en Psicología General Experimental

Presenta:

ALFONSO XICOTENCATL BARRAGÁN MIRANDA

DIRECTORA DE LA TESIS: MTRA. NAZIRA CALLEJA  
MIEMBRO DEL COMITÉ: MTRO. FERNANDO VÁZQUEZ PINEDA  
MIEMBRO DEL COMITÉ: DR. SAMUEL JURADO CARDENAS  
SUPLENTE: DRA. SOFIA RIVERA ARAGON  
SUPLENTE: MTRO. JORGE R. PEREZ ESPINOSA

MÉXICO, D.F.

2006



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## AGREDECIMIENTOS

Se que existen muchísimas personas a las cuales les debo estar agradecido por la culminación de este proyecto, también se que no existiría espacio posible o frases adecuadas para equiparar sus esfuerzos para con este y todos los muchos otros proyectos en los que me han apoyado, haciendo que todos los pasos se vuelvan uno, siendo ese uno mi proyecto, mi vida y todo mi ser, por todo esto les estaré siempre agradecido. A mis padres, a mis maestras y maestros, a mis amigas y amigos, a mis pacientes y claro a mis amores y paciones que afortunadamente han sido un sin numero, un gran ejercito de apoyo, de alegría y tristeza, de desvelos, con glorias y derrotas pero siempre fiel a nuestra causa, siempre fiel a mi vida a mi existir. Todos y cada uno siempre me han llevado con su ayuda a encontrar nuevos mundos y retos por conquistar. Como ya lo mencione hay muchas personas que han caminado a mi lado, sin embargo intentare hacer memoria para mencionar algunos de los que hoy mi mente no seria nada sin su orientación.

En primer lugar están mis padres, mi madre con su forma extraña de ser siempre en su mundo pero dispuesta a ayudar en cualquier momento en el que se le requería, ella con tantas batallas por pelear, siempre tuvo espacio para pelear por los demás “GRACIAS MAMÁ”. Mi padre siempre fue el mejor, y se que suena a frase de tarjeta de felicitación, pero en este caso es real, mi padre siempre fue mas que alguien que me dio la vida, siempre ha tenido una enseñanza nata para todo, de el he aprendido tanto, desde bolear zapatos hasta resolver el mayor y mas complejo problema, me enseñó que la vida esta llena de sorpresas, que siempre que uno se esfuerce existirá solución, que no existe problema por grande que parezca que con la herramienta adecuada no se pueda resolver, como en su taller dice cada cosa tiene su lugar y hay un lugar para cada cosa, me enseñó que si eres el primero en llegar y el ultimo en salir, no te perderás nada y si el día es bueno y el viento sopla a favor podrás llegar fácil y si no hay viento tendrás mas tiempo para remar, pero siempre que te esfuerces llegaras. Sin ti papá no existiría yo, no solo mi ser, sino mi verdadero yo que tanto te he costado formar y del cual yo estoy tan feliz de ser “MIL GRACIAS PAPÁ”.

Mis mas sincera gratitud para con el Mtro. Fernando Vázquez por dar principio a que este proyecto se iniciase haciendo que sus conocimientos fueran los pilares de este.

En especial gracias a la Maestra Nazira Calleja la cual me demostró el ser una maestra en toda su plenitud, aportando de su tiempo y conocimientos desinteresados, me dio de su apoyo incondicional en los momentos de duda y siempre me animo a continuar, si duda nunca hubiera terminado la tesis sin su ayuda “GRACIAS”.

Gracias también al Dr. Jorge De la peña M. quien me invito a formar parte de su proyecto que después e convirtió en el mió, gracias Doctor siempre lo considerare un buen amigo, un excelente maestro y en especial alguien a quien siempre respetare.

Gracias a mis maestras y maestros de la maestría, a los doctores de la residencia, los cuales siempre fueron justos y con un aprecio que siempre sentí para con mi persona, el cual recordare y tendré siempre en mi memoria.

Gracias a Mis amigos, a Nelly Ávila “tu ayuda en la carrera nunca la olvidare”, Marco Antonio Morgan “éramos un gran equipo, fue excelente trabajar contigo en tantos proyectos que siempre nos metíamos”, Verónica Ávila “Amiga incondicional”, Edgardo B., Ramón J., Beto R. “Chafas para el Domino, pero excelentes amigos”.

A mi terapeuta la Dra. Griselda Sánchez mi mundo cambio para bien gracias a usted, por fin encontré la paz, si algún día voy al infierno se que cuento con usted para volver.

Por ultimo Gracias Griss, Nada de esto seria posible sin ti, se que el tiempo ha sido difícil, pero tu me motivaste para entrar a este proyecto, por ti soy psicólogo, por ti aun

vivo. En los días difíciles el recordar los momentos juntos me ayuda a continuar. Ahora y por siempre mi camino esta lejos de ti, pero siempre te recordare, siempre serás mi conciencia, mi entender y mi esperanza, siempre serás Griss... a ti mas que a nadie  
“GRACIAS TOTALES”.

# ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	3
<b>I. MARCO TEÓRICO</b>	<b>4</b>
LA DEPRESIÓN	4
Definición	4
Clasificación	5
<b>Epidemiología</b>	<b>5</b>
<b>Comorbilidad psiquiátrica y médica</b>	<b>7</b>
Sintomatología	8
<b>Etiología</b>	<b>8</b>
Consecuencias	10
Manejo profesional de la depresión	11
Objetivos del tratamiento	11
Tratamiento farmacológico	11
Tratamiento psicológico	14
<b>El enfoque psicodinámico</b>	<b>14</b>
<b>Método psico lógico persuasivo (PLP)</b>	<b>16</b>
Terapia racional emotiva (TRE)	16
<b>Terapia cognitivo conductual</b>	<b>17</b>
Información sobre depresión a nivel general	18
EL SERVICIO DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD	19
Funcionamiento del Centro de Salud	19
El Servicio de Psicología de la Salud En el Centro de Salud	19
Estructura de la residencia	20
<b>II. INVESTIGACIÓN</b>	<b>21</b>
ESTUDIO 1. DETECCIÓN DE PACIENTES CON DEPRESIÓN	22
Objetivo	22
Método	22
Muestra	22
Tabla 1	23
Tabla 2	23
Variable	23
Tipo de investigación	25
Ambiente de investigación	25
Instrumentos	25
Procedimiento	26

Fase I. Curso de orientación	26
Fase II. Remisión de pacientes	27
Fase III. Diagnóstico a pacientes remitidos	27
<i>Resultados</i>	28
Tabla 3	28
Tabla 4	29
Discusión	30
<b>ESTUDIO 2. EFECTOS DE UN CURSO PSICOEDUCATIVO DE DEPRESIÓN SOBRE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y LOS CONOCIMIENTOS DEL PADECIMIENTO</b>	
	32
Objetivo	32
Preguntas de investigación	32
Hipótesis	32
<i>Método</i>	33
Sujetos	33
Variables	33
Diseño de investigación	34
Tabla 5	35
Instrumentos	35
Procedimiento	36
Resultados	37
Tabla 6	38
Tabla 7	39
Tabla 8	39
Tabla 9	40
Tabla 10	40
Tabla 11	41
Discusión	42
<b>ESTUDIO 3. EFECTOS DE UN TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO EN PACIENTES DEPRESIVOS</b>	
43	
Objetivo	43
Pregunta de investigación	43
Hipótesis	43
<i>Método</i>	44
Sujetos	44
Variables	44
Diseño de investigación	45
Instrumentos	45
Procedimiento	45
Resultados	47
Tabla 12	47
Tabla 13	48
Tabla 14	48
Discusión	49
<b>DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES</b>	50
<b>REFERENCIAS</b>	53

APÉNDICES	58
1. Entrevista clínica	58
2. Pautas de diagnóstico del CIE 10	61
3. Escala Zung	64
4. Curso psicoeducativo de depresión	65
5. Cuestionario de conocimientos sobre depresión	107
6. Cuestionario de satisfacción del curso	108

## INTRODUCCIÓN

En la sociedad actual, los habitantes de las grandes urbes se ven enfrentados a situaciones sumamente complejas que les orillan a padecer un sinnúmero de enfermedades que, en muchos casos, se convierten en padecimientos de difícil control, ya sea por los altos costos del tratamiento o por la escasez de lugares a los que puedan acudir.

Uno de los más comunes es la depresión, pues aunque se ha desarrollado la teoría para su manejo, en la práctica hay muchos factores que impiden su aplicación: escasez de psicoterapeutas, altos costos en los tratamientos o falta de diagnóstico oportuno, e incluso carencia de conocimientos o de interés por parte del médico de primer nivel.

Siendo de suma importancia en nuestros días entender la conexión entre las enfermedades médicas y las psicológicas, como la depresión, el presente trabajo se enfoca en este padecimiento. Se hace énfasis en la determinación de su manejo óptimo, ya que la depresión es una enfermedad progresiva y mortal, que se va agravando con tratamientos inadecuados. En este estudio se pretende detectar en centros de salud de primer nivel a los pacientes que cursan por cuadros depresivos, ofrecerles orientación para mejorar su adherencia terapéutica y proporcionarles tratamiento psicológico para eliminar su sintomatología.

La presente es una investigación documental y de campo que muestra en primera instancia cómo es el desarrollo de la depresión y aborda el punto de vista psicológico, el punto de vista médico y la conjunción de los dos.

Asimismo, se desarrolla un curso, dentro del marco cognitivo conductual, con el propósito de que constituya una herramienta de capacitación para el personal psicológico y médico, a fin de que se efectúe un manejo apropiado de la depresión en el primer nivel de atención, y con esto se evite el agravamiento de la enfermedad y la necesidad de recurrir a otros niveles de atención, en los que el tratamiento es más costoso.

## **RESUMEN**

En la sociedad actual, los habitantes de las grandes urbes se ven enfrentados a situaciones sumamente complejas que les orillan a padecer un sinnúmero de enfermedades que, en muchos casos, se convierten en padecimientos de difícil control, ya sea por los altos costos del tratamiento o por la escasez de lugares a los que puedan acudir.

Uno de los más comunes es la depresión, pues aunque se ha desarrollado la teoría para su manejo, en la práctica hay muchos factores que impiden su aplicación: escasez de psicoterapeutas, altos costos en los tratamientos o falta de diagnóstico oportuno, la falta de detección e incluso carencia de conocimientos o de interés por parte del médico de primer nivel.

Cabe mencionar que es de suma importancia en nuestros días entender la conexión entre las enfermedades médicas y las psicológicas, como la depresión, el presente trabajo se enfoca en este padecimiento. Se hace énfasis en la determinación de su manejo óptimo, ya que la depresión es una enfermedad progresiva y mortal, que se va agravando con tratamientos inadecuados. En este estudio se pretende detectar en centros de salud de primer nivel a los pacientes que cursan por cuadros depresivos así como ofrecerles a los pacientes que cursan por cuadros depresivos orientación para mejorar su adherencia terapéutica y por último el darles tratamiento adecuado en centros de salud de primer nivel.

La presente es una investigación epidemiológica que muestra la necesidad de detección de pacientes que presentan sintomatología relacionada con un cuadro depresivo, mismos que acuden a un centro de primer nivel de atención (centro de salud "Dr. Galo Soberón y Parra", Centro que su objetivo específico no es la atención de problemas de salud mental, sino atención a problemas de salud física) por presentar malestares físicos que en los casos del estudio su causa real era la depresión.

Se ha detectado en la práctica clínica la falta de adherencia terapéutica, por parte de los pacientes que han sido diagnosticados con trastornos depresivos, orillando a un mal manejo de este padecimiento y en muchos casos agravando los síntomas por la falta de tratamiento adecuado.

Asimismo, se desarrolla un curso, dentro del marco cognitivo conductual, con el propósito de que constituya una herramienta de capacitación para el personal psicológico y médico, a fin de que se efectúe un manejo apropiado de la depresión en el primer nivel de atención, y con esto se evite el agravamiento de la enfermedad y la necesidad de recurrir a otros niveles de atención, en los que el tratamiento es más costoso. Probablemente una de las causas de la falta de adherencia terapéutica sea la carencia de conocimientos adecuados acerca del padecimiento por parte de los pacientes, por lo que el presente estudio pretende determinar si la impartición de un curso psicoeducativo de depresión, tendrá un efecto positivo sobre la adherencia.

# I. MARCO TEÓRICO

## LA DEPRESIÓN

### **Definición**

Nicolini (2004) refiere que la depresión es una patología que altera el ánimo o el humor de manera predominante. Esta definición se sustenta en la planteada en el *Manual Taxonómico de la Enfermedad Mental* de la Asociación Psiquiátrica Americana en su cuarta edición (DSM-IV), y en la establecida en la taxonomía empleada por la Organización Mundial de la Salud (OMS-ICD-10).

Salín (2003) define la depresión como una enfermedad de duración mayor, así como una mayor frecuencia entre la oscilación del estado de ánimo del individuo. Señala ciertos grados de tristeza o pérdida de interés en algunas actividades recreativas, problemas de insomnio y disminución del apetito, pueden considerarse dentro de los límites de la normalidad siempre y cuando duren una o dos semanas; sin embargo, si éstos persisten por más tiempo o las manifestaciones clínicas se acentúan, dando lugar a ideas de muerte, habrá que sospechar de una depresión mayor.

La depresión difiere de la tristeza. De la Garza (2005) señala que la tristeza es un sentimiento normal que se vive por alguna pérdida afectiva, es cual es transitorio y proporcional al evento sufrido. Cuando esta tristeza persiste o aparece de una manera espontánea, sin razón aparente, causando un obstáculo en la forma de vivir, se puede afirmar que se trata de una depresión.

Apiquían (2004) indica que la depresión es una palabra que se usa para describir las fluctuaciones del ánimo. Pero el término es utilizado indiscriminadamente y de forma errónea, ya que en muchos casos se le considera como un estado normal en relación con enfermedades médicas, asociado a la condición física del paciente.

La depresión es considerada por algunos como una enfermedad producida por los tiempos modernos, pero los anales médicos muestran que siempre ha existido, simplemente ha sido diagnosticada con otros nombres y conceptos.

En este padecimiento psiquiátrico influyen en forma significativa el ambiente social, cultural y familiar del individuo, tanto en su etiología como en su evolución (Arnaldos Payá, 2000). Al respecto, Ruiz (1999) afirma que, si se espera realizar un diagnóstico correcto en la psiquiatría clínica contemporánea, es imprescindible entender y prestar atención al grupo cultural y étnico al que pertenece el paciente.

## **Clasificación**

La Organización Mundial de la Salud, en el apartado para las enfermedades mentales del *Manual de diagnóstico*, en la versión del CIE-10 (1992), señala los siguientes trastornos depresivos:

- F31.3 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo leve o moderado
- F 32.0 Episodio depresivo leve
- F32.1 Episodio depresivo moderado
- F 32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos
- F 32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos
- F 32.8 Otros episodios depresivos
- F 32.9 Episodio depresivo sin especificación
- F 33.0 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve
- F33.1 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado
- F33.2 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos
- F 33.3 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos
- F 33.4 Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión
- F 33.8 Otros trastornos depresivos recurrentes
- F 33.9 Trastornos depresivos recurrentes sin especificación"
- F41.2 Trastorno mixto ansioso - depresivo"
- F92.0 Trastorno disocial depresivo

Algunos de los trastornos citados se tratarán adecuadamente con psicoterapia (terapia psicológica), otros con fármacos y la mayoría de ellos requerirá la combinación de ambas.

## *Epidemiología*

Nicolini (2004) afirma que la depresión tiene una alta prevalencia en la población general y que se tiene conocimiento de múltiples reportes en los que se ha determinado su presencia. No obstante, es hasta la década de los ochenta cuando, gracias a la utilización de instrumentos validados para establecer el diagnóstico, así como el uso de manuales de criterios de diagnóstico, que ha sido posible contar con datos sólidos en relación con este padecimiento.

Tsuang, Faraone (1990) apuntan que la prevalencia estimada mundialmente para el trastorno depresivo unipolar es aproximadamente de 5% de la población general.

Dentro de los cuadros depresivos se han detectado subtipos específicos importantes, como el de las personas que presentan depresión con síntomas psicóticos, que se presenta en 14% de los sujetos deprimidos (Nicolini, 2004). Asimismo, la depresión afecta más a las mujeres que a los varones (2.5 veces más frecuente). Las tasas de depresión han ido en aumento a partir de los años cuarenta, y también ocurren a una edad de inicio más temprana.

De acuerdo con Salín (2003), la incidencia de depresión mayor en Estados Unidos es de 5 a 6% (12 millones de individuos), y en los países nórdicos la cifra es mucho más alta (30%). El autor destaca que la depresión tiene el mismo impacto social que las enfermedades de las arterias coronarias, y es más debilitante que la diabetes o la artritis. En cuanto a mortalidad, el 15% de los deprimidos se suicida. Un episodio depresivo no tratado dura de 6 a 24 meses, y entre los pacientes deprimidos, de 5 a 10 % pueden cursar con depresión mayor por más de dos años.

Aragónés Díaz (2004) afirma que sólo 1.5% de todas las personas que sufren depresión acude a un médico y únicamente 0.2% al psiquiatra, puesto que no consideran su padecimiento como una enfermedad. En estudios epidemiológicos más frecuentes (con la utilización de manuales como el DSM y el CIE), se menciona que entre 3 y 4% de la población general ha sufrido en algún momento de su vida uno o más episodios de depresión mayor, con una prevalencia de 18 a 23% para las mujeres y de 8 a 11% para los hombres.

En relación con la incidencia por grupo de edad, se considera que las mujeres de 18 a 40 años, y los hombres de 23 a 45 años presentan depresión con mayor frecuencia (Aragónés Díaz, 2004). La incidencia vuelve a ser alta después de los 55 años, llegando a constituir hasta 50% de la población de este grupo de edad, en las mujeres, en razón de la menopausia y, en general, debido a la presencia de enfermedades físicas como déficit renal, demencia senil, enfermedades degenerativas (las más comunes en la tercera edad) y lesiones con mal pronóstico o con cura lenta, entre otras.

En Edmonton, Canadá, se evaluó, mediante una entrevista estructurada con fines de diagnóstico, a una muestra de 3,258 adultos. Se encontró que 33.8% tenía desórdenes mentales; el más común fue el abuso y la dependencia del alcohol, seguido de las fobias y de episodios depresivos. Las mujeres presentaron más episodios depresivos, agarofobia y fobia simple, y los hombres mayor uso de drogas y conducta antisocial. La menor prevalencia en alteraciones ocurrió en las personas casadas y en quienes tenía más de 65 años (Blan, Orn y Newman, 1998).

Kane y Shells (1990) reportan que en diversos estudios epidemiológicos se ha encontrado que la mayor prevalencia de la depresión se sitúa antes de los 65 años.

En un estudio realizado en los Ángeles, California, se midió la prevalencia de depresión en 703 sujetos adultos hispanos mayores de 60 años. El

instrumento utilizado fue la escala Comprehensive Assessment and Referral Evaluation (CARE), que tomó como base el Manual de Clasificación Diagnóstica (DSM III). Los resultados mostraron que 26% de los sujetos presentaba depresión, y que este desorden afectivo correlacionaba con variables socioeconómicas y familiares y con el nivel de salud física de los sujetos (Kemp, Staples y Lopez-Aqueres, 1987).

Hyer y Blazer (1982) señalan que la tasa de prevalencia de la depresión o sintomatología depresiva entre ancianos institucionalizados es significativamente mayor respecto de los que viven en su propio domicilio. Se ha estimado que 80% de los ancianos institucionalizados manifiestan síntomas depresivos.

En un estudio reciente realizado en México, en la zona centro del estado de Guerrero, con personal docente de nivel preescolar, Wences Román (2005) encontró que la prevalencia de sintomatología depresiva fue de 27%, es decir, tres de cada diez educadoras presentaron depresión, siendo mayor en este grupo que en el resto de la población.

Santillana Hernández y Alvarado Moctezuma (1999) evaluaron el porcentaje de adultos mayores con síntomas de depresión en una Unidad de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social. Participaron 329 pacientes elegidos en forma aleatoria y sin patología auditiva, verbal o secuelas neurológicas. El 42% de las mujeres presentaron síntomas de depresión leve y 15% depresión moderada o severa; mientras que en los hombres, los síntomas de depresión leve estuvieron presentes en 30% y los de depresión moderada en 7%.

### ***Comorbilidad psiquiátrica y médica***

Comorbilidad es el hecho de que un padecimiento se superponga a otro previamente diagnosticado. De la Garza (2005) afirma que en pacientes de consulta ambulatoria es frecuente la presencia de ansiedad además de la depresión, hasta en un 70% de los casos. Dos terceras partes de los pacientes que presentan trastorno obsesivo compulsivo pueden presentar también depresión. Existe una prevaencia de síntomas depresivos entre 15 y 67 % de los alcohólicos y entre 33 a 53 % en los cocainómanos.

Rivero (1999) señala que de 50% y a 80% de los suicidas son depresivos.

Barragán Torres (2005), en un estudio de intervención cognitivo-conductual para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas, concluyó que, cuando los pacientes suspenden su consumo, experimentan un síndrome de abstinencia, que puede incluir, entre otros síntomas, depresión severa con ideas o intentos suicidas. Los depresivos tricíclicos y los antidepresivos serotoninérgicos específicos se utilizan como parte del tratamiento posterior a la abstinencia.

Asimismo, Pulvirenti (1996) afirma que el síndrome de abstinencia se manifiesta con depresión, intento de suicidio, incapacidad de experimentar placer, sueño y compulsión apremiante por obtener droga.

Galán (2004) señala que la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, las enfermedades nefróticas, una gran variedad de cánceres, y muchas otros padecimientos ocasionan depresión, ansiedad y estrés en quienes las padecen.

Zarategui (1999) refiere que la depresión se encuentra frecuentemente asociada a padecimientos del corazón, dando una prevalencia de depresión en pacientes que presentan insuficiencia coronaria del doble al triple de la población general.

### ***Sintomatología***

Contrariamente a lo que muchos suponen acerca de las características de las personas depresivas (no tener ilusiones, haber perdido el placer y el interés por la vida), existen casos de depresión donde el síntoma presente es la hiperactividad.

Detrás de la necesidad de estar en todos lados a la vez y de buscar diversidad de tareas para realizar, se esconde una depresión disimulada: la persona no es feliz, está triste, se siente sola, tiene ideas suicidas.

Según Roffé (1998), la hiperactividad como síntoma de depresión se observa mucho en los niños, porque a veces no saben expresar con palabras lo que sienten y lo demuestran con actos. El problema no radica en permanecer tristes durante un día, sino que si los síntomas persisten durante más de dos o tres semanas hay que tomar medidas de diagnóstico y tratamiento.

### *Etiología*

La depresión es una enfermedad multifactorial; depende tanto de la personalidad del individuo, como de su entorno social, alimentación, predisposición hereditaria, fantasías de su futuro, forma de enfrentar los problemas, tolerancia a la frustración y forma en la que aprendió los mecanismos de reacción.

Castilla (1986) refiere que existen cinco grandes factores etiológicos de la depresión:

1. Constitución
2. Factores genéticos (en trastornos como la psicosis maníaco depresiva)
3. Causas exógenas psíquicas (en la teoría psicoanalítica; se basa en la relación con la pérdida del objeto)

4. Causas exógenas psicológicas (factores psicológicos arraigados en la primera infancia)
5. Causas endógenas físicas (que son comprobables en estudios orgánicos).

Salín (2003), en su *Manual de prescripción de antidepresivos*, refiere que algunos factores de riesgo para la depresión mayor son:

1. Sexo femenino. La depresión mayor es más frecuente en mujeres que en varones en una proporción 2 a 1.
2. La edad de inicio más frecuente está entre los 20 a 40 años.
3. Los antecedentes familiares de depresión mayor en familiares de primer grado son de 1.5 a 3 veces mayor que en la población general.
4. Es más frecuente en personas divorciadas y separadas.
5. Es posible que exista una asociación con sucesos negativos a lo largo de la vida.
6. Es posible que haya una relación con el fallecimiento de un progenitor en la infancia.
7. El riesgo de recurrencia es de 50% para un episodio aislado, de 70% después de dos episodios, y de 90% después de tres episodios.
8. La mujer en situación de posparto tiene probabilidades de presentar un cuadro depresivo hasta seis meses después del parto.

Existen formas subclínicas o subumbrales que habitualmente se instalan después de un cuadro de depresión mayor. El paciente no se recupera al 100% y queda con, por lo menos, dos síntomas, uno de los cuales puede ser la anhedonia (carencia de placer) o la irritabilidad. No debe confundirse esto con la distimia, que también es una alteración del estado de ánimo crónica, en donde hay más síntomas depresivos, pero menos intensos.

El problema se manifiesta de distintas maneras y los síntomas que presenta no siempre se dan en todos los pacientes de igual forma.

Un factor que ha cambiado con el tiempo es la frecuencia de depresión por grupos de edad, ya que al cambiar la esperanza de vida de los seres humanos, también cambia la prevalencia de los padecimientos. Se considera que hay más de 200 millones de individuos de más de 60 años en el mundo y la depresión es cada vez más común en este grupo de personas.

### **Consecuencias**

La depresión es una enfermedad de graves consecuencias, ya que una de las pautas para su diagnóstico son las ideas de muerte. En todos los casos, los sujetos que cursan por un cuadro depresivo tendrán consecuencias, pero éstas dependerán de la magnitud de la depresión, y pueden ser desde económicas (por ausencia laboral y los altos costos de los tratamientos), hasta

la pérdida de la vida por suicidio. Salín (2003) refiere que 15% de los deprimidos se suicida si no reciben tratamiento oportuno, cifra que es ya había sido mencionada por Rivero (1999).

Cuando la depresión se presenta en combinación con otras enfermedades, ocurren importantes efectos adversos. Apiquián (2004) señala los siguientes casos:

- En las enfermedades neurológicas, los pacientes deprimidos muestran un mayor deterioro cognitivo, que aquellos sin depresión y su riesgo de muerte es 3.4 veces mayor.
- En personas que padecen enfermedad cardiovascular, la presencia de depresión ha mostrado un efecto desfavorable. Los deprimidos tienen mayores índices de mortalidad después de un infarto de miocardio. Además, al parecer la depresión es un factor de riesgo para un primer infarto de miocardio.
- En cuanto al cáncer y la depresión, las consecuencias se centran en tener pocas habilidades de enfrentamiento al cáncer, presentar aislamiento social, incrementar el uso del alcohol, llegando hasta el abuso de éste u otras sustancias psicotrópicas.
- La presencia de depresión en individuos con VIH tendrá un fuerte impacto en la progresión de este padecimiento y, por ende, los índices de mortalidad serán mayores en la combinación de estas enfermedades.

En México, la prevalencia de los síntomas físicos dolorosos asociados con el trastorno depresivo mayor es de 74% en pacientes atendidos por médicos psiquiatras. Esta cifra es congruente con la reportada en la literatura internacional para aquellas personas observadas por médicos no psiquiatras. Esta cifra debe alertar sobre la importancia de reconocer los síntomas y alcance de la enfermedad (Secín, 2004).

Linn, Linn y Jensen (1984) encontraron una reducción estadísticamente significativa en el conteo de linfocitos en hombres que presentaban una depresión profunda por haber sufrido la pérdida de sus respectivas compañeras.

En 1993, Caraveo, Medina Mora, Villatoro y Rascón estudiaron la depresión como factor de riesgo en población infantil menor de 12 años. La muestra estuvo compuesta por 2025 personas adultas entre 18 y 65 años incluidas en la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM); el 61.3% informó sobre algún niño de 12 o menos años de edad. La presencia de uno o más síntomas constituía un umbral sugestivo de algún tipo de malestar, y dos o más eran indicativos de un probable caso. En los adultos se estudió la presencia de sintomatología depresiva de acuerdo con el CES-D, y la presencia de sintomatología de desesperanza e ideación suicida. La presencia de sintomatología depresiva y desesperanza en el adulto mostró Odds Ratio significativos con rangos de 1.8 a 4.8, en orden creciente, indicando que entre más severo es el trastorno, mayor la repercusión en la conducta de los niños. Se encontró una estimación de la prevalencia de

trastornos psiquiátricos de 15.6% en niños de 3 a 12 años de edad. En conclusión, los hallazgos mostraron que existe relación entre la sintomatología depresiva en la población adulta de los hogares y los síntomas psiquiátricos en los niños. Los resultados sugieren una especificidad de la asociación, por lo que las medidas para detectar y tratar estas condiciones son importantes en el terreno de la prevención y de la investigación clínico-epidemiológica.

### ***Manejo profesional de la depresión***

Dado que la depresión es una enfermedad progresiva y mortal, su manejo reviste una gran importancia, ya que si se trata correctamente en sus inicios, podrá ser tratada con mayor facilidad y su pronóstico será favorable; de lo contrario, su sintomatología se agravará, pasando de depresión leve a moderada, y de ésta a depresión mayor, dejando al paciente en una situación incapacitante, con ideas recurrentes de muerte, y con sintomatología tanto fisiológica como psicológica, que requerirá de hospitalización y tratamientos agresivos (incluyendo electrochoques) para el control del padecimiento.

#### *Objetivos del tratamiento*

El tratamiento de la depresión debe tener tres objetivos básicos (De la Garza, 2005):

1. Aliviar los síntomas depresivos.
2. Lograr que el paciente regrese a su funcionalidad total, tanto en el plano familiar y social como en el ocupacional.
3. Reducir al máximo las posibilidades de una recaída.

#### *Tratamiento farmacológico*

Casi todos los antidepresivos que se utilizaron en los decenios de 1950 a 1970 surgieron fortuitamente, es decir, se les sintetizó o se les estudió en un padecimiento que no era la depresión, pero se observó que modificaban el estado de ánimo de los pacientes estudiados y, por tanto, se prosiguieron estudios de estas sustancias en deprimidos (Salín, 2003). Por ejemplo, la imipramina se sintetizó como antipsicótico, pero como al poco tiempo se encontró que el principal cambio en los esquizofrénicos era en el estado de ánimo, se utilizó en los deprimidos. Lo mismo ocurrió con la iproniazida, la cual se empleó en pacientes tuberculosos, en quienes se observó, asimismo, mejoría en el estado de ánimo. Las clasificaciones originales de los antidepresivos se orientaron a los aspectos más representativos de estas moléculas. Por un lado estaba su estructura, y entonces eran tricíclicos,

bicíclicos, tetracíclicos o, en un sentido más amplio, heterocíclicos. Por otro lado, se destacaban algunos aspectos farmacodinámicos, y entonces se decía que eran inhibidores de las monoaminooxidas (IMAO) o biobloqueadores de recaptación de los diferentes sistemas de neurotransmisores.

Para la mayoría de los antidepresivos se conocen los mecanismos de acción que producen una mejoría en la depresión, los cuales causan un aumento en los niveles de noradrenalina, serotonina, o ambas y, en algunos casos, también de la dopamina.

El hecho de que el efecto antidepresivo no se observe sino hasta después de dos o tres semanas, puede estar indicando la existencia de otros mecanismos de acción más eficaces, que no son ciertamente los que utilizan los medicamentos de que se dispone (APM, 1996).

Nuevas pruebas, afirma Salín (2003), apoyan la tesis de que, aun cuando hay un desfase temporal entre el incremento en la disponibilidad del neurotransmisor en la hendidura sináptica y la respuesta clínica, la modificación química de la sinapsis neuronal es el sustrato vital para lograr el efecto antidepresivo. En los pacientes que reciben farmacoterapia antidepresiva con buena respuesta, si se les induce una depresión de la síntesis de la serotonina, de la noradrenalina e inclusive de la dopamina, se ha observado una recaída en su sintomatología depresiva, aun cuando se les mantenga con farmacoterapia. Sin embargo, las mismas estrategias de depleción de los sistemas de neurotransmisión mencionados no aumentan los síntomas de los pacientes deprimidos que no han recibido tratamiento. Se llega, entonces, a dos conclusiones: en primer lugar, las monoaminas son importantes para entender el mecanismo antidepresivo de los fármacos utilizados, pero no es el mecanismo básico participante en la fisiopatología de la depresión; en segundo lugar, los hallazgos sugieren que el papel de las monoaminas en la regulación del estado de ánimo no es lineal, y que existen otros factores que están en una relación más causal, regulando su producción. Por otra parte, un aumento rápido no tiene un efecto antidepresivo rápido, como puede manifestarse con la administración de anfetaminas o metilfenidato.

Aún no existe un antidepresivo ideal, es decir, una sustancia con rápida acción que produzca el efecto antidepresivo antes de una semana; que tenga un bajo perfil de efectos secundarios; que posea una baja interacción farmacocinética; que tenga pocos o ningún metabolito activo o, en caso de que lo tengan, que sea menos potente que el producto original; que tenga una vida media intermedia (entre 24 y 30 horas); que la dosis terapéutica sea cercana a la dosis inicial; que tenga una potencialidad letal muy baja, y que sea de bajo costo.

Los nuevos medicamentos que han surgido en el último decenio para tratar las alteraciones efectivas, y más concretamente la llamada depresión mayor, se han sintetizado sobre diseño. Las ventajas de las nuevas moléculas radican en la selectividad de su acción y en la disminución de efectos

secundarios. Sin embargo, su eficacia sigue siendo equivalente a la de imipramina (Salín, 2003).

Dada la heterogenicidad (la forma de actuar) de la bioquímica de la depresión, la comorbilidad y aspectos metabólicos personales, cada antidepresivo pudiera tener un efecto muy personalizado en cada paciente, por lo cual el clínico tendrá que elegir el fármaco ideal para cada enfermo, partiendo de conocimientos originados en las neurociencias, farmacología y clínica psiquiátrica, su experiencia, así como la respuesta previa del paciente y de sus familiares de primer grado a los diferentes antidepresivos.

Debido a que la mayoría de los antidepresivos parece tener una eficacia aceptable, se impone en la selección de este tipo de sustancias considerar los efectos secundarios, la tolerabilidad de los mismos y el que haya un beneficio alterno, de tal manera que los efectos secundarios sirvan para corregir otros aspectos del problema actual o de alteraciones no psiquiátricas. Casi todos los efectos secundarios de los antidepresivos actuales tienen que ver con las interacciones de algunos receptores y aumento de los niveles de los mismos neurotransmisores que se piensa ejercen el efecto antidepresivo: serotonina, noradrenalina y dopamina (Salín, 2003).

Algunos efectos secundarios de los antidepresivos aún no son bien entendidos y quizá se deban a una combinación o interacción con diferentes sistemas de neurotransmisión. Entre éstos se incluyen: aumento de peso, sudación excesiva, bloqueos del lenguaje, disfunción sexual, insomnio y crisis convulsivas (Salín, 2003).

Existen grandes variaciones en los estilos con los que los médicos prescriben medicamentos antidepresivos en los distintos países y entre diversos grupos étnicos (Ruiz, 1999).

Arnaldos Payá (2000) alerta respecto del uso indiscriminado del Prozac, la llamada "píldora de la felicidad". Señala que algunos laboratorios promocionan ampliamente sus fármacos para "curar" la timidez o aumentar o disminuir la agresividad.

### ***Tratamiento psicológico***

Es pertinente hacer uso de medicamentos para el mejor control de la depresión, excepto en niveles no profundos en los que el cuerpo humano es capaz (si no padece un daño o carencia fisiológica o química) de regularse fisiológicamente con el apoyo de la psicoterapia.

Un paciente depresivo necesita "principalmente ayuda de especialistas a través de la psicoterapia. No siempre se aconseja utilizar psicofármacos, los

cuales se emplean sólo en casos de depresiones agudas que pueden derivar en suicidios", afirma Roffé (1998, p. 38 ).

Existen varios tipos de terapéuticas y psicoterapias para el manejo de la depresión. Su efectividad tiene relación con su temporalidad o, en otras palabras, existen psicoterapias que conducen a la disminución y anulación de la depresión en menos tiempo. En toda psicoterapia se debe determinar el objetivo y la temporalidad. El psicoanálisis parecerá en un principio más tardado, pero su propósito no es sólo el abatimiento de la depresión, sino que tiene objetivos más profundos y complejos. Terapias de corte conductista, que tienen objetivos específicos y de poca elaboración, requerirán un menor número de sesiones.

Una técnica basada en dos enfoques teóricos: el psicodinámico y la teoría cognitivo conductual, conduce al cumplimiento del objetivo planteado en un corto tiempo, pero con una gran permanencia, pues evita recaídas profundas y que en momentos de duelo extremo, esté sea de breve duración.

A continuación se describen los aspectos relevantes de cada uno de tales enfoques.

### *Enfoque psicodinámico*

A principios de el siglo XX (1915,1917), Sigmund Freud (1943) afirmó que la mente se divide en: consciente, preconsciente (comúnmente llamado subconsciente) e inconsciente.

En el consciente se encuentra todo lo que pensamos en este momento, pero sólo en este momento; es la parte que mantiene comunicada a nuestra mente con el mundo exterior. Conforme van pasando las cosas, los recuerdos se acomodan en las otras dos partes de nuestra mente, dependiendo la importancia y magnitud de éstas (Sánchez, 1994).

En el preconsciente o subconsciente se encuentra nuestra memoria accesible; recuerdos que, sin un proceso complejo, podemos recuperar de inmediato, como lo que hicimos ayer, si ya comimos o no, nuestra dirección, teléfono, nombre, etc.

En el inconsciente está todo lo oculto por los mecanismos de defensa, lo que ya no recordamos, pero que pasó; lo que nos podría causar un problemas recordar, que desestructurarían nuestra personalidad.

Existen tres estructuras de la personalidad que nos mantienen y dictan nuestra forma de ser y de reaccionar: el *ello* (id), el *yo* (ego) y el *súper yo* (súper ego). Cada una tiene funciones específicas. Su relación con la mente ocurre solo, en el funcionamiento de la personalidad, con o sin memoria.

El *ello* es la estructura donde se encuentran las pulsiones o deseos (no sólo sexuales), que motivan a la vida. Existe el deseo de triunfo, el deseo de alimentación, el deseo de compañía, etc., y en el surgimiento de estos deseos radica gran parte de las frustraciones, debido a su no obtención. Tales frustraciones pueden conducir a la persona a una depresión, si es no se analiza y elabora.

El *yo* es la parte de la mente donde se encuentre la propia persona, donde dice cómo es, es reflexiva y más que la suma de las descripciones de los que la rodean. Constituye la esencia misma de la personalidad. Es también la reguladora de los deseos (el *ello*) y las normas (el *súper yo*) y la que tiene la última palabra entre estas dos estructuras.

El *súper yo* es el sistema moral, las represiones, el dictador de todas las normas de conducta, el código moral y ético. Toda la constitución de la persona se encuentran en este sistema, que está en constante lucha con el *ello*. Es también el gran culpable de todas las frustraciones, ya que no permite hacer todo lo que la persona desea, con lo cual sacrifica algunas de las cosas que desea.

Tener un *súper yo* débil hará que el sujeto rompa las reglas, malas o buenas, y un *súper yo* punitivo o castigador, lo orillará, entre otras cosas, a reprimirse constantemente y a tener todo obsesivamente pulcro, limpio y en su lugar.

El *yo ideal* es una de las instancias más importantes en el manejo de la depresión, ya que por su desarrollo y elaboración, es el encargado de suprimir el placer, principal síntoma de la depresión. Es la capacidad que tiene el *yo* de proyectarse a futuro, así como reconocer el pasado, forjando un ideal de lo que le gustaría o debería ser.

Por ejemplo, alguien que ve publicidad basada en que se debe ser delgado, tener un buen auto y gran solvencia económica, proyectará a su *yo* creando un *yo ideal* en el que se encuentre en el futuro siendo delgado, con un buen auto y con gran solvencia económica. Desafortunadamente, en la mayoría de los casos no se alcanza el *yo ideal*. Se crea en la mente una instancia que sólo se tranquilizará, cuando se encuentre en el lugar que previamente se le ha asignado. La persona empieza entonces a dejar de disfrutar; si le gustaba leer, ahora ya no lo disfrutará, si le gustaba salir de vacaciones, ahora ya no lo disfrutará, pues al no haber cumplido la meta del *yo ideal* no merece disfrutar. El *yo ideal* se encargará de eliminar toda capacidad de goce.

Una de las técnicas terapéuticas útiles en estos casos es la llamada estimulación regresiva, con reacomodo del presente (De la Peña, 1999), donde se pretende, por medio de rituales, pedirse perdón y dialogar con el pasado para lograr conformidad con el presente. Es imprescindible para un óptimo abatimiento de la depresión.

### *Método psico lógico persuasivo (PLP)*

Aguilar y Aguilar (1998) parten de considerar a la depresión como un estado de ánimo bajo, en el cual la persona se encuentra mal permanentemente. Tomando como base esta definición simple, se le explica al paciente por qué se encuentra así, utilizando como punto de referencia la triada cognitiva de Beck (1978) y la indefensión aprendida de Seligman (1990), entre otras explicaciones. En esta primera fase el paciente comienza a distinguir entre pensamientos positivos y negativos, y toma conciencia de que sus pensamientos negativos son generadores, en parte, de su estado de malestar.

A continuación se realiza una reestructuración cognitiva; el terapeuta le indicando cómo pensar adecuadamente, de la misma manera que en la Reestructuración Racional Emotiva de Goldfried (1996). Se instruye al paciente para que aprenda a detectar los pensamientos negativos en el momento en que aparezcan y los controle siempre, de modo que sea capaz de estar bien en todo momento.

La característica principal de este método es la sistematicidad del tratamiento, con lo que se obtienen mayores resultados en menos tiempo.

### *Terapia racional emotiva (TRE)*

En los años sesenta, Ellis (1998) desarrolló la Terapia Racional Emotiva. Se basa en el supuesto de que existen pautas erróneas de pensamiento que suelen darse en personas con dificultades psicológicas. Entre ellas se encuentran: la necesidad de ser amado por todos, la creencia de que es más fácil evitar las dificultades que enfrentarse a ellas, la consideración de que uno tiene que ser eficaz en todas las materias y en todas las ocasiones, o que la felicidad es algo externo y azaroso. Estos pensamientos, según Ellis (1998), son catastróficos, negativistas y proféticos y, por tanto, deben modificarse. El terapeuta ha de convencer al paciente, a través de la persuasión verbal, de lo irracional de esas creencias, y desafiarlo para que deje de utilizarlas.

### *Terapia cognitivo conductual*

La terapia cognitivo conductual es una terapéutica de gran utilidad para el control de la depresión. Su principio básico es que la persona tenga el conocimiento de la razón de sus conductas (Levendusky, 1997).

Los seres humanos son seres sociales, muchas de cuyas reacciones están en función de la sociedad a la que pertenecen. Tienen pensamientos automáticos, determinados socialmente, de los que no es fácil percatarse, pero que influyen grandemente en su conducta, como “si eres mujer, eres menos”, “si siempre me han dicho que soy un inútil, me sentiré siempre así”.

Uno de los objetivos de esta terapéutica es focalizar tales pensamiento, detectarlos y transformarlos en pensamientos realistas y funcionales.

Diversos autores (Rico, 1998), consideran que la terapia cognitivo-conductual constituye el mejor manejo para la depresión, ya sea sola o combinada con fármacos. Este enfoque terapéutico pretende cambiar estructuras cognitivas erróneas que han provocado diversas manifestaciones negativas en un sujeto, como la frustración, la disolución de metas y la punitividad que, en muchos casos, conducen a la depresión. Se determinan tareas a cumplir por el paciente, así como reflexiones de sus actitudes ante situaciones que al parecer podrían considerarse como cotidianas, pero en conjunto son molestas para él.

El empleo de la terapia cognitiva tiene como objetivos:

1. Identificar pensamientos automáticos negativos y suposiciones ocultas que disparan y perpetúan emociones de disgustos.
2. Identificar distorsiones o equivocaciones cognitivas.
3. Realizar pensamientos propios más realistas que reduzcan emociones dolorosas.
4. Reemplazar suposiciones ocultas perjudiciales por un sistema de creencias más racional.
5. Desarrollar mejores habilidades sociales.

Dentro de esta terapéutica será de gran ayuda para el paciente tomar en cuenta las distorsiones cognitivas más frecuentes que los seres humanos cometen y evitar caer en ellas. Éstas son (Levendusky, 1997):

1. *Enfoque en lo negativo*: Sólo se da cuenta de las cosas negativas, sin siquiera mirar las positivas.
2. *Pensamiento del todo o nada*: Todo es malo o bueno, yin o yan.
3. *Leer la mente*: Sin que los demás digan nada, ya sabe que están pensando de él, pero cree que sólo son cosas negativas.
4. *Adivinar el futuro*: Sabe lo que va a pasar en las circunstancias del día, y sólo predice cosas malas o negativas.
5. *Pensamiento catastrófico*: Tiene la creencia de estar vinculado con las catástrofes que suceden a su alrededor, solo por el hecho de enterarse de éstas; cualquier noticia está sujeta a una catástrofe posterior.
6. *Personalización*: Lo malo que le pasa a los demás le sucede también a él, o le pasará en un futuro.
7. *Hacer reglas*: Construye reglas para todo, y en muchas ocasiones son inalcanzables, lo cual lo frustra y deprime más.
8. *Razonamiento emocional*: Todas sus emociones tienen que ser analizadas o revisadas minuciosamente; gasta más tiempo en saber por qué lo aprecian u odian que en intentar disfrutar o cambiar estos conceptos.

El paciente aprende que el hombre no se trastorna por las cosas en sí, sino como las contempla.

### ***Información sobre depresión a nivel general***

La información seria y documentada disponible relativa a la depresión es mínima. Existen algunas campañas publicitarias de laboratorios médicos que proporcionan información a los médicos familiares mediante folletos, trípticos y conferencias, para que a su vez la hagan llegar a los pacientes, pero comúnmente es insuficiente.

La información dirigida al público en general que se maneja en los medios de comunicación suele ser errónea o incompleta, lo que obstaculiza el correcto entendimiento de este padecimiento.

## EL SERVICIO DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD

### *Funcionamiento del Centro de Salud*

El Centro de Salud “Dr. Galo Soberón y Parra” es un centro de primer nivel de atención, ya que cualquier paciente puede acudir por primera vez o en primera instancia para el tratamiento de su enfermedad. Si bien su trabajo es independiente de los demás centros de salud y es posible que cuente con servicios específicos (como el de Psicología), deberá reportar todas sus actividades a la Dirección General de Salud, de la Secretaría de Salud.

En este centro de salud se cuenta con diversos servicios, los cuales son:

- Medicina general
- Enfermería
- Trabajo social
- Área dental
- Nutriología
- Departamento de estadística
- Consultorio de psicología de la salud
- Dirección

El director del centro es la autoridad máxima. En orden jerárquico descendente se encuentra el subdirector, el epidemiólogo y el encargado del departamento de estadística. El resto del personal tiene la misma jerarquía. Los psicólogos no pertenecen a la planta de trabajadores del centro.

### *El Servicio de Psicología de la Salud en el Centro de Salud*

Los pacientes acuden al área de psicología referidos por algún miembro del centro de salud (médico, enfermera, dentista o trabajador social), o bien pueden solicitar la atención de forma directa. En este caso, se les refiere para que se les haga un chequeo médico general y la apertura de su expediente. El tratamiento en terapia individual o grupal tiene un costo mínimo para el paciente.

Los casos deben ser supervisados por un trabajador externo, el cual pertenece al centro comunitario de salud mental. Una vez a la se presentan las consultas y se obtiene la pertinentes para el mejor manejo en la terapéutica de los pacientes.

El servicio de psicología surgió en el centro de salud como un programa paralelo de la residencia de la maestría en Psicología de la Salud de la Facultad de Psicología de la UNAM. Se estableció un convenio con los directivos del centro para crear el servicio de psicología, atendido por psicólogos de la salud, dirigido al público en general. La residencia tiene una

duración mínima de un año. El servicio se rige por las normas de servicio del centro de salud. Los residentes deben presentar informes semanales y semestrales al Centro Comunitario de Salud Mental "Cuauhtémoc", así como un informe estadístico mensual al propio centro de salud.

### *Estructura de la residencia*

A diferencia de las residencias médicas, las residencias psicológicas no tienen una dependencia directa del centro donde laboraban, sino del *Cecosame*, instancia perteneciente a la Secretaría de Salud. El primer mando básico se localiza la dirección general del *Cecosame* "Cuauhtémoc". En orden descendente se encuentra la dirección de enseñanza, responsable de supervisar las residencias. El director visita los centros de salud y hospitales, para hacer supervisiones rutinarias y solucionar problemas entre los cuerpos multidisciplinarios.

## **II. INVESTIGACIÓN**

La presente investigación consta de tres estudios relativos a la depresión. El primero es conducido con el propósito de determinar la presencia, en un centro de salud de primer nivel, de casos de depresión no detectados. Posteriormente, en el estudio 2, se evalúa el efecto de un curso psicoeducativo impartido a pacientes con depresión sobre su adherencia al tratamiento sugerido por el especialista y sobre sus conocimientos respecto del padecimiento. Finalmente, se determina si el tratamiento psicoterapéutico de la depresión afecta significativamente los síntomas de los pacientes a quienes se les aplica (estudio 3).

## **ESTUDIO 1 DETECCIÓN DE PACIENTES CON DEPRESIÓN**

Los trastornos depresivos afectan en la actualidad a todo tipo de población, sin distinguir edad, nacionalidad, sexo. Sin embargo, hay evidencias de investigación que muestran que los pacientes con trastornos depresivos son diagnosticados tardíamente y reciben tratamientos insuficientes. Robert (1997) refiere numerosos estudios en los que el tratamiento adecuado para la depresión sólo fue aplicado en una de cada diez personas que la presentaban.

El presente estudio pretende establecer si ocurre la ausencia de diagnóstico correcto y oportuno entre los pacientes que asisten al primer nivel de atención (centro de salud) por otros padecimientos.

### ***Objetivo***

Determinar si entre los pacientes que asisten a centros de salud (1er. nivel) por malestares diversos, existen pacientes que pudieran ser diagnosticados como deprimidos.

## **MÉTODO**

### ***Muestra***

El estudio se realizó con 83 pacientes del Centro de Salud Galo Soberón y Parra de la Secretaría de Salud, ubicado en la ciudad de México, el cual es un centro de atención de primer nivel al que acuden los pacientes de la zona norte. Los pacientes fueron remitidos al área de Psicología de la Salud por el personal de medicina general, al que se le impartió previamente un curso de introducción al diagnóstico de la depresión y el manejo psicológico de este padecimiento.

La mayoría de los pacientes fueron mujeres, de 31 a 50 años y de clase socioeconómica B- y C. Su distribución por sexo y edad se muestra en las tablas 1 y 2.

Tabla 1.  
Distribución de la muestra por sexo

Sexo	Número de casos	%
Hombres	20	24.3
Mujeres	63	75.6
Total	83	100

Tabla 2. Distribución por edad

Edad en años	Número de casos	%
4 a 10	5	6.0
11 a 20	8	9.6
21 a 30	15	18.0
31 a 40	18	21.6
41 a 50	20	24.0
50 a 60	13	15.6
60 a 70	4	4.8
Total	83	100.0

## Variable

### Trastornos depresivos

Definición conceptual: El paciente con trastornos depresivos es aquel que al acudir a consulta presenta varios (más de 7) de los siguientes síntomas:

- Tristeza o aflicción
- Trabajo para concentrarse
- Sentirse peor por las mañanas
- Sentirse menos útil a su familia
- Tener menor rendimiento en sus actividades
- Sentirse pesimistas
- Sentir palpitaciones, presión en el pecho o falta de aire al respirar.
- Pensamientos obsesivos o repetitivos
- Sentimientos de nerviosismo (ansiedad)
- Sentir que los demás lo encuentran más irritable
- Sentir miedos; en muchos casos, desconocer a qué se le teme.
- Decremento o incremento en su interés sexual
- Sentimientos de inseguridad
- Dormir mal
- Dolores de cabeza
- Ideas de muerte
- Deseos o crisis de llanto
- Falta de energía

- Disminución o aumento de apetito
- Sentimientos de apatía
- Sentimientos de angustia

De la combinación con otros padecimientos, así como del grado en el que se presentan en los síntomas, dependerá la categoría diagnóstica que le corresponda (OMS, 1996).

Los trastornos en relación con depresión catalogados en el CIE 10, son los siguientes:

- F31.3 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo leve o moderado
- F 32.0 Episodio depresivo leve
- F32.1 Episodio depresivo moderado
- F 32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos
- F 32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos
- F 32.8 Otros episodios depresivos
- F 32.9 Episodio depresivo sin especificación
- F 33.0 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve
- F33.1 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado
- F33.2 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos
- F 33.3 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos
- F 33.4 Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión
- F 33.8 Otros trastornos depresivos recurrentes
- F 33.9 Trastornos depresivos recurrentes sin especificación
- F41.2 Trastorno mixto ansioso - depresivo
- F92.0 Trastorno disocial depresivo

Definición operacional: Se considerará que un paciente cursa un cuadro con trastornos depresivos si en la entrevista clínica refiere síntomas depresivos, si en la técnica de palomeo del CIE obtiene más de 7 aciertos y si alcanza un puntaje igual o mayor a 40 en la escala Zung.

## ***Tipo de investigación***

**Epidemiológica.**

## ***Ambiente de investigación***

El estudio se realizó en un consultorio perteneciente al área de psicología de la salud del Centro de Salud Galo Soberón y Parra de la Secretaría de Salud, con las siguientes características:

Un espacio de 3 x 4 metros

Un escritorio

6 sillas

Equipo básico de oficina (lápiz, hojas, plumas, entre otros).

## ***Instrumentos***

### ***1. Entrevista clínica***

La entrevista clínica es un cuestionario de aplicación directa que consta de 18 apartados, y un total de 66 reactivos (véase apéndice 1). Requiere de 45 a 60 minutos para su aplicación, la cual es efectuada por el entrevistador de forma individual.

### ***2. Pautas de diagnóstico de CIE 10***

Las pautas de diagnóstico son las referidas en el Manual de Diagnóstico realizado por la Organización Mundial de la Salud, en su versión 10 (véase apéndice 2).

Tiempo de administración: De 45 a 60 min.

Normalidad: Se palomea los síntomas respondidos por el paciente.

Aplicación: De forma directa por el entrevistador.

### ***3. Escala Zung***

La Escala Zung es proporcionada por los laboratorios Lili (Prozac 20) a los médicos generales para diagnosticar la depresión. Consta de 20 reactivos con cuatro opciones de respuesta (1 = Nada o pocas veces; 2 = Algunas veces; 3 = Muchas veces, y 4 = La mayoría de las veces o siempre). El puntaje va de 1 a 4, en orden progresivo o aumento del síntoma, considerando 1 para lo menor y 4 para lo mayor (véase apéndice 3).

Tiempo de administración: De 10 a 15 min.

Normalidad: La calificación se obtiene en escala bruta, la cual por medio de una tabla se traduce a índice SDS, el cual tiene los siguientes valores:

Debajo de 50: Rango normal, sin patología  
De 50-59: Presencia de depresión mínima o ligera  
De 60-69: Depresión moderada o marcada  
70 o más: Depresión severa o extrema

Aplicación: De forma directa por el entrevistador.

Confiabilidad: Se han obtenido puntajes  $\alpha$  de Cronbach para la escala entre 0.79 y 0.92 en población abierta en México (Vázquez y Jiménez, 2000).

Validez: Los índices de correlación con otras escalas (Escala de Depresión de Hamilton, Inventario de Depresión de Beck) y con el juicio clínico global oscilan entre 0.50 y 0.80. Informa sobre la presencia y severidad de la sintomatología depresiva, y es sensible a los cambios en el estado clínico. La puntuación total no correlaciona significativamente con edad, sexo, estado civil, nivel educacional, económico ni inteligencia (Vázquez y Jiménez, 2000).

Esta escala muestra índices aceptables de sensibilidad (85%) y especificidad (75%) cuando se aplica para detección de casos en población clínica o en población general, y ha sido ampliamente utilizada con esta finalidad (Conde y Esteban, 1975).

## ***Procedimiento***

### Fase I. Curso de orientación

Se dio un curso de orientación de dos horas al personal de medicina general que labora en el centro de salud. En él se les comunicaron los objetivos del Servicio de Psicología de la Salud, la forma en que trabaja, así como los procedimientos de remisión de pacientes, y en qué casos ésta es adecuada.

También se solicitó y obtuvo el apoyo de los laboratorios médicos para la realización de cursos extra muros de depresión que reforzaran los conocimientos de los médicos y les permitieran manejar diferencialmente este padecimiento.

## Fase II. Remisión de pacientes

Los médicos generales remitieron al Servicio de Psicología de la Salud de la clínica a los pacientes que, de acuerdo con su experiencia clínica y conocimientos teóricos, podrían estar cursando por un cuadro con síntomas relativos a la depresión.

## Fase III. Diagnóstico a pacientes remitidos

En el Servicio de Psicología de la Salud se efectuó el diagnóstico de todos los pacientes remitidos por medicina general, en un periodo de tres sesiones, con una duración aproximada de 45 minutos por sesión.

1ª sesión. Entrevista clínica. Se aplicó al paciente, en forma oral, el formato de entrevista clínica, dando un lapso no mayor a un minuto para cada respuesta después de concluida la pregunta.

2ª sesión. Técnica de palomeo CIE 10. Se aplicó al paciente la técnica de palomeo del CIE 10, siguiendo las pautas para el diagnóstico, apoyándose en los datos de la entrevista clínica.

3ª sesión. Aplicación de la Escala Zung, a la cual contestó el paciente verbalmente.

En los casos de difícil diagnóstico, se realizó un análisis adicional, en el que el investigador solicitó apoyo a los especialistas del Centro Comunitario de Salud Mental.

Después de las sesiones y del análisis de los expertos, se conformó el diagnóstico. Los pacientes que no presentaban un diagnóstico relativo a la investigación fueron remitidos al Cecosame "Cuauhtémoc".

## RESULTADOS

Fueron remitidos al área de Psicología de la Salud un total de 83 pacientes durante un periodo de nueve meses; 30 de ellos (36.14%) presentaron un cuadro asociado a trastornos depresivos, de acuerdo con la técnica de palomeo CIE 10. Los padecimientos más frecuentes fueron el trastorno mixto ansioso-depresivo y los episodios depresivos leve y moderado (véase tabla 3).

Tabla 3.

Diagnóstico de los pacientes obtenido con el CIE 10

<i>Clave</i>	<i>Categoría o nombre de trastorno</i>	<i>Núm. de casos</i>	<i>%</i>
F 41.2	Trastorno mixto ansioso-depresivo	12	40.0
F 32.0	Episodio depresivo leve	5	16.6
F 32.1	Episodio depresivo moderado	5	16.6
F 33.1	Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado.	3	10.0
F 33.2	Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos.	2	6.6
F 31.3	Trastorno bipolar, episodio actual depresivo leve o moderado	2	6.6
F 92.0	Trastorno disocial depresivo	1	3.3
Total		30	100

Los rasgos característicos más frecuentes obtenidos durante la exploración clínica y aplicación de escala Zung fueron la tristeza o aflicción, trabajo para concentrarse, sentimientos de inseguridad, falta de energía, y deseos o crisis de llanto. Puede observarse en la tabla 4 que los síntomas depresivos estuvieron presentes en la mayoría de los sujetos.

Tabla 4.  
Síntomas presentes en los sujetos deprimidos  
de acuerdo con la Escala Zung

<i>Rasgo característico</i>	<i>Número de pacientes que refirieron sentirlo</i>	<i>%</i>
	30	100.0
Tristeza o aflicción		
Trabajo para concentrarse	29	96.6
Sentirse peor por las mañanas	19	63.3
Sentirse menos útil a su familia	18	60.0
Tener menor rendimiento en sus actividades	25	83.3
Sentirse pesimistas	22	73.3
Sentir palpitaciones, presión en el pecho o falta de aire al respirar.	21	70.0
Pensamientos obsesivos o repetitivos	24	80.0
Sentimientos de nerviosismo (ansiedad)	25	83.3
Sentir que los demás lo encuentran más irritable	23	76.6
Sentir miedos; en muchos casos, desconocer a qué se le teme.	25	83.3
Decremento o incremento en su interés sexual	22	73.3
Sentimientos de inseguridad	26	86.6
Dormir mal	25	83.3
Dolores de cabeza	24	80.0
Ideas de muerte	20	66.6
Deseos o crisis de llanto	26	86.6
Falta de energía	26	86.6
Disminución o aumento de apetito	24	80.0
Sentimientos de apatía	20	66.6
Sentimientos de angustia	20	66.6

De los 30 pacientes deprimidos, 76.5% fueron mujeres, la mayoría de ellas entre los 41 y los 50 años de edad.

## DISCUSIÓN

Si bien en algunas fuentes (Martín del Campo, 2005) se menciona que entre el 5 y el 20 % de la población mexicana se ve afectada por la depresión en algún momento de su vida, los resultados obtenidos en el presente estudio mostraron que tres de cada 10 pacientes remitidos al servicio de psicología de un centro de salud cursan por un cuadro depresivo. De no existir tal servicio, los casos de depresión podrían pasar desapercibidos y devenir en un trastorno mayor, con implicaciones de diversa índole para los pacientes, sus familiares y el sistema de salud, en general.

En un estudio de trastornos emocionales en población urbana, realizado en México a nivel nacional en población mayor de 18 años, se encontró que el 34% de la población presentó uno o más síntomas de depresión durante el mes anterior (Caraveo J, Medina Mora ME, Villatoro J y Rascón ML. 1993). Los datos obtenidos mostraron también que 13% de los sujetos entrevistados presentó sintomatología depresiva severa con importantes variaciones de acuerdo con el género: las mujeres mostraron más síntomas depresivos (17%) que los hombres (8.5%). En lo que se refiere a la ideación suicida, entre el 10% y el 14% de la población total lo presentaron; no obstante, solamente 1.9% reportó haber estado a punto de quitarse la vida y 1.6% sí lo intentó. El suicidio ocurrió más entre los jóvenes, en tanto que la depresión entre la población de más edad. Respecto del tipo de ayuda, se encontró que los familiares y amigos constituyen el primer recurso al que acude la población cuando padece problemas emocionales; la automedicación fue el segundo recurso, que resultó significativamente mayor entre los deprimidos. Entre las razones más importantes por las cuales no se solicita ningún tipo de ayuda cuando se tienen problemas emocionales, se encuentran los prejuicios y el desconocimiento del tratamiento especializado en salud mental.

Si la depresión se maneja correctamente en sus inicios, será tratada con mayor facilidad y su pronóstico será favorable, pero si no se recibe tratamiento, el padecimiento se agravará, dejando al paciente en una situación incapacitante, con ideas recurrentes de muerte y con sintomatología fisiológica y psicológica, que requerirá de hospitalización y de tratamientos extremos para el control del padecimiento, desde una píldora a costos que el paciente en muchos casos no puede pagar, hasta sesiones de electrochoques en etapas avanzadas de la depresión. Por tanto, es de suma importancia el diagnóstico oportuno y el manejo óptimo de este padecimiento.

En el presente estudio, la mayor parte de los pacientes deprimidos detectados fueron mujeres, lo cual puede interpretarse no tanto en términos de que la depresión en los hombres ocurre en mucha menor proporción que en las mujeres, sino que en éstas la asistencia a consulta es socialmente más aceptada. Aunque la literatura refiere que la depresión afecta más a las mujeres que a los varones (2.5 veces más frecuente, cifra que, de acuerdo con Nicolini (2004) ha sido consistentemente encontrada en diferentes culturas y estudios metodológicos variados), esta hipótesis podría dar origen a un estudio posterior para determinar la verdadera proporción de la depresión por sexo en la población mexicana.

Con la aplicación de la escala Zung y del palomeo CIE 10, así como con la información derivada de los diagnósticos clínicos, se puede concluir que los síntomas de mayor presencia en los sujetos que presentan un trastorno mixto ansioso-depresivo y en los que cursan por un episodio depresivo leve y/o moderado son: sentirse triste o afligido, costarles trabajo concentrarse, mostrar sentimientos de inseguridad, presentar falta de energía, y tener deseos o crisis de llanto.

La conciencia de la enfermedad es casi nula en pacientes deprimidos, y atribuyen sus síntomas a otras enfermedades: al estrés, a falta de motivación, a problemas en su vida, etc. La mayoría de estos pacientes llegan a consulta psicológica o psiquiátrica remitidos por el médico general, quien se da cuenta de que existe un padecimiento depresivo, pero que en muchos casos no le es posible determinar, ya sea por carecer de conocimientos específicos o por falta del tiempo necesario para realizar la exploración pertinente, que pudiera efectuarse con instrumentos de fácil uso como la Escala Hamilton o la Zung, entre otras. Por tanto, el facultativo opta, en el mejor de los casos, por referir al paciente al área de psicología (cuando la clínica cuenta con este servicio) o, en su defecto, recomienda al paciente un tratamiento de vitaminas, en especial del complejo "B".

Así, el paciente continúa con dudas sobre su depresión, si es que se le informa que la padece, o sigue suponiendo que su sintomatología se debe a otra causa. En consecuencia, es posible que recurra a charlatanes (brujos, yerberos, chamanes, etc.) para la solución de sus dolencias, lo cual en muchos casos acrecienta el problema.

Los síntomas que generan malestar en los pacientes que participaron en el estudio hacen que su productividad se vea afectada, lo cual representa para el país grandes pérdidas por la baja productividad. Si a esto se agrega que los demás síntomas tenderán a aumentar conforme progrese la enfermedad, resulta evidente la necesidad de que la depresión de los pacientes que acuden por otro padecimiento médico a los centros de salud sea detectada y tratada oportunamente.

## ESTUDIO 2

### EFFECTOS DE UN CURSO PSICOEDUCATIVO DE DEPRESIÓN SOBRE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y LOS CONOCIMIENTOS DEL PADECIMIENTO

Se ha detectado en la práctica clínica la falta de adherencia terapéutica, por parte de los pacientes que han sido diagnosticados con trastornos depresivos, orillando a un mal manejo de este padecimiento y en muchos casos agravando los síntomas por la falta de tratamiento adecuado.

Probablemente una de las causas de la falta de adherencia terapéutica sea la carencia de conocimientos adecuados acerca del padecimiento por parte de los pacientes, por lo que el presente estudio pretende determinar si la impartición de un curso psicoeducativo de depresión, tendrá un efecto positivo sobre la adherencia.

#### ***Objetivo***

Establecer si existe una mayor adherencia terapéutica en pacientes que han participado en un curso psicoeducativo de depresión.

#### ***Preguntas de investigación***

1. ¿Los pacientes depresivos canalizados al servicio de psicología poseen un mayor conocimiento sobre la depresión como enfermedad mental después de asistir a un curso psicoeducativo?
2. ¿Existe mayor adherencia terapéutica en pacientes canalizados al servicio de psicología que asistan al curso psicoeducativo para el manejo de la depresión, en comparación con pacientes que no asisten al curso dentro del mismo centro de servicio?

#### ***Hipótesis***

1. El conocimiento que los pacientes tienen en relación con la depresión como enfermedad mental es mayor cuando concluyen un curso psicoeducativo para el manejo de la depresión que cuando lo inician.
2. Los pacientes que asisten al curso psicoeducativo para el manejo de la depresión difieren significativamente en cuanto a su adherencia terapéutica de aquellos que no asisten a él.

## **MÉTODO**

### **Sujetos**

Participaron en el presente estudio 30 pacientes que fueron diagnosticados con trastornos depresivos por el área de psicología del Centro de Salud "Dr. Galo Soberón y Parra" de la ciudad de México (véase Estudio 1). Se formaron dos grupos de 15 pacientes cada uno: el grupo control y el grupo experimental. El grupo control lo conformaron 4 hombres y 11 mujeres, y el experimental, 3 hombres y 12 mujeres; ambos grupos tenían una edad promedio de 30 años, en un rango que oscilaba entre 11 y 57 años, y con un nivel socio económico B- y C.

### **Variables**

#### **Variable independiente**

##### *Curso psicoeducativo de depresión*

Curso de exposición oral, que constó de seis temas, los cuales tuvieron una duración aproximada de una hora cada uno.

Los temas fueron:

- 1) Psicoterapias referentes al control de la depresión.
- 2) ¿Que es la depresión?
- 3) Factores que intervienen en la depresión (alimentación, ejercicio, etc).
- 4) Mecanismos de reacción y su función (ej.: Para qué sirve la ira)
- 5) Percepción de la depresión y las distorsiones cognitivas más frecuentes
- 6) El mundo y lo que nos rodean no cambiarán; el cambio está en cómo percibirlo y en la búsqueda de nuevos valores.

Cada dos sesiones se presentó un padecimiento resuelto con el objetivo de tener un elemento de comparación y que los pacientes visualizaran a una persona que se ha sentido como ellos y ha encontrado una solución.

El curso fue formado bajo el fundamento teórico de la terapia cognitivo conductual que expone el doctor Levendusky (1994), específicamente en cuanto a la indicación de ofrecer bibliografía al paciente y/o una lectura sobre el tema a tratar en la siguiente sesión. Esta metodología permite que cuando el paciente finalice el curso cuente con las lecturas completas y pueda continuar su tratamiento con una bibliografía de apoyo.

El curso completo se presenta en el apéndice 4.

## **Variables dependientes**

### *Conocimientos sobre depresión como enfermedad mental*

Información que posee el sujeto respecto de la depresión como enfermedad mental, en los siguientes aspectos:

1. Qué es la depresión
2. Psicoterapias referentes al control de la depresión
3. Factores que intervienen en la depresión (alimentación, ejercicio, etc.)
4. Percepción de la depresión y las distorsiones cognitivas más frecuentes.

### *Adherencia terapéutica*

Cumplimiento por parte del paciente del tratamiento prescrito por el personal de salud. Registro de alta del tratamiento.

## **Diseño de investigación**

Se utilizó un diseño experimental de dos grupos, con pretest y postest.

La asignación de los sujetos a los grupos control y experimental se hizo de forma aleatoria simple. Los 30 sujetos habían sido diagnosticados con trastorno depresivo.

**Tabla 5.**

**Diseño de investigación**

<i>Grupo</i>	<i>Pretest</i>	<i>Tratamiento</i>	<i>Postest</i>
Grupo experimental	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Cuestionario de conocimientos sobre la depresión como enfermedad mental</li></ul>	Curso psicoeducativo de depresión	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Cuestionario de conocimientos sobre la depresión como enfermedad mental</li><li>▪ Cuestionario de evaluación del curso</li><li>▪ Registro de alta del tratamiento</li></ul>
Grupo control	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Cuestionario de conocimientos sobre la depresión como enfermedad mental</li></ul>		<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Cuestionario de conocimientos sobre la depresión como enfermedad mental</li><li>▪ Registro de alta del tratamiento</li></ul>

***Instrumentos***

***1. Cuestionario de conocimientos sobre depresión***

Propósito: Determinar el nivel de conocimientos del paciente en relación con la depresión.

Reactivos: El cuestionario consta de 14 reactivos con opciones de respuesta cierto / falso, y 1 reactivo con respuesta: Cierto, falso o depende de su estado.

Calificación: Se asigna un punto por cada reactivo contestado correctamente. La calificación máxima es 15; a mayor calificación, mayor conocimiento sobre depresión.

Tiempo de administración: de 10 a 20 min.

Aplicación: Oral.

(Véase apéndice 5).

***2. Registro de conclusión de tratamiento***

Se determinó si el paciente concluyó o no el tratamiento prescrito por el personal de salud acudiendo directamente del expediente clínico, en el apartado específico para reporte de alta.

***3. Cuestionario de evaluación del curso***

Propósito: Examinar el nivel de satisfacción del paciente en relación con el curso.

Reactivos: Consta en total de 8 reactivos: 5, con cinco opciones de respuesta evaluativa tipo Likert; 1 con respuesta afirmativa o negativa; 1 con 3 opciones: nunca, algunas veces, siempre, y 1 reactivo con una respuesta abierta.

Calificación: Los reactivos fueron calificados en una escala de 1 a 5, correspondiendo 1 a una evaluación negativa y 5 a una positiva. Se obtuvo el promedio de los 7 reactivos; a mayor calificación, evaluación más positiva del curso. Se efectuó un análisis de contenido de la pregunta abierta (8) con el propósito de determinar la posible difusión del curso en el futuro, por parte de los pacientes.

Tiempo de administración: de 10 a 20 min.

Aplicación: Oral.  
(Véase apéndice 6).

### **Procedimiento**

Fueron entrevistados los pacientes referidos por el servicio médico del Centro de Salud “Dr. Galo Soberón y Parra” al área de psicología y, mediante los estudios correspondientes (véase Estudio 1). Se determinó que 30 pacientes presentaban un trastorno depresivo; todos fueron seleccionados para participar en este estudio.

Los sujetos se asignaron al azar a dos diferentes grupos: el control y el experimental, y quedaron constituidos con el mismo número de integrantes (15 casos).

Se procedió a aplicar a cada grupo los instrumentos indicados. Posteriormente, se impartió el “*Curso psicoeducativo de depresión*” al grupo experimental, durante 10 sesiones, con una duración de 45 minutos por sesión.

Al concluir el curso, se aplicó nuevamente el *Cuestionario de conocimientos sobre depresión como enfermedad mental* a ambos grupos, y se obtuvo el registro de alta de tratamiento para cada sujeto. Al grupo experimental se le aplicó además el *Cuestionario de evaluación del curso*.

## RESULTADOS

Dentro de esta tabla encontramos que los reactivos contestados correctamente por el mayor número de personas fueron: el número 6 “La psicoterapia no sirve para el manejo de la depresión” (Respuesta No en un 100%); Lo cual hace pensar que las personas si tienen confianza en que la psicoterapia puede servirles con su problemática (razón indispensable y lógica, ya que sin esto no asistirían al servicio de primera); Así mismo el reactivo 8 “Las personas que presentan un cuadro de trastornos depresivos están así porque quieren, ya que si le echan ganas pueden salir por sí solas en un” (Respuesta No en un 100 %); Lo cual nos indica que los deprimidos en este estudio están concientes de que no es cuestión de ganas sino de un padecimiento.

Por otro lado el reactivo con mayor índice de error al contestarlo fue el reactivo 5 “Los trastornos depresivos tienen que ser tratados con medicamentos” (Respuesta No en un 13.3 %), Haciéndonos pensar que los pacientes en su gran mayoría desconocen si deben o no ser tratados con medicamentos, así como también esperan encontrar tratamientos alternativos a la alopátia.

Los resultados relativos a los conocimientos de los sujetos respecto de la depresión como enfermedad mental, antes del tratamiento, se muestran en la tabla 6. Dos de los 15 reactivos fueron contestados correctamente por todos los sujetos: el 6 (“La psicoterapia no sirve para el manejo de la depresión”) y el 8 (“Las personas que presentan un cuadro de trastornos depresivos están así porque quieren, ya que si le echan ganas pueden salir por sí solas”). El reactivo 5 (“Los trastornos depresivos tienen que ser tratados con medicamentos”) fue contestado correctamente por un bajo porcentaje de sujetos (13.3 %).

La calificación media del grupo fue 9.3, en un rango de 0 a 15, con una desviación estándar de 1.76.

Tabla 6.

Porcentaje de sujetos (30 casos) que respondieron correctamente los reactivos del cuestionario de conocimientos antes del tratamiento.

<i>Reactivo</i>	<i>Respuesta correcta</i>	<i>% de sujetos</i>
1. La depresión es una enfermedad del estado de ánimo	Sí	60.0
2. La depresión no puede ser curada	No	40.0
3. La depresión es una enfermedad que tiene varios síntomas diferentes y afecta de forma diferente a cada persona	Sí	86.7
4. La depresión es también llamada trastornos depresivos	Sí	26.7
5. Los trastornos depresivos tienen que ser tratados con medicamentos	No	13.3
6. La psicoterapia no sirve para el manejo de la depresión	No	100.0
7. Existen actividades que mejoran o eliminan los trastornos depresivos (irse de vacaciones, tomar vitamina b, hacerse una limpieza o ir con un chamán, entre otros).	No	33.3
8. Las personas que presentan un cuadro de trastornos depresivos están así porque quieren, ya que si le echan ganas pueden salir por sí solas	No	100.0
9. La combinación de tratamiento psicológico y fármacos es recomendada para pacientes con depresiones que van de moderada a grave	Sí	70.0
10. La depresión es un castigo por actuar mal en la vida	No	40.0
11. La depresión le da a gente floja	No	96.7
12. Un síntoma de la depresión es el llanto fácil	Sí	73.3
13. Un síntoma de la depresión es el sentir mucha energía	No	73.3
14. Un síntoma de la depresión es tener ideas de muerte	Sí	43.3
15. Un síntoma de la depresión es el sentirse alegre	No	73.3

Una de las hipótesis planteadas establecía que los conocimientos que los pacientes tienen en relación con la depresión como enfermedad mental es mayor cuando concluyen el curso psicoeducativo para el manejo de la depresión que cuando lo iniciaron. Para probarla se efectuó inicialmente el análisis de las diferencias entre el grupo experimental y el grupo control, en cuanto a conocimientos sobre depresión; no se encontraron diferencias entre ellos (véase tabla 7).

Tabla 7.  
Comparación de los grupos experimental y control  
en conocimientos antes del curso

<i>Grupo experimental (15 casos)</i>	<i>Grupo control (15 casos)</i>	<i>Prueba estadística</i>	<i>Nivel de significancia</i>
Media = 9.2 Rango medio = 15.27	Media = 9.4 Rango medio = 15.73	U de Mann- Whitney = 109.00	.882

*Se efectuó el análisis de las diferencias entre el grupo experimental y el grupo control después del curso. En ese momento, sólo 8 pacientes del grupo control y 14 del experimental continuaban asistiendo al Centro de Salud. Ya que la adherencia terapéutica fue mucho mayor en el grupo experimental, como se muestra en la tabla 10. Así mismo los resultados indicaron que el grupo experimental obtuvo una media de conocimientos mayor que la de el grupo control, y la diferencia resultó altamente significativa (véase tabla 8), teniendo un rango medio de 14.93 para el grupo experimental (14 casos) y 5.50 para el grupo control (8 casos); Esto nos sugiere que el curso al cual nos referimos es un medio efectivo para asimilar conocimientos relativos a la depresión.*

Tabla 8.

*Comparación de los grupos experimental y control  
en conocimientos después del curso.*

<i>Grupo experimental (14 casos)</i>	<i>Grupo control (8 casos)</i>	<i>Prueba estadística</i>	<i>Nivel de significancia</i>
Media = 14.9 Rango medio = 14.93	Media = 11.6 Rango medio = 5.50	U de Mann- Whitney = 8.00	0.00

*Además, se efectuó el análisis de las diferencias en el grupo experimental antes y después del curso con los 14 sujetos que lo concluyeron. Como se observa en la tabla 9, los puntajes de conocimiento obtenidos después del curso fue significativamente mayor que alcanzada antes.*

Tabla 9.

Comparación de conocimientos antes y después del curso en el grupo experimental

<i>Grupo experimental Pre</i>	<i>Grupo experimental Post</i>	<i>Rangos medios</i>	<i>Prueba estadística</i>	<i>Nivel de significancia</i>
Media = 8.9	Media = 14.9	Negativos = 0.00 Positivos = 7.50	T de Wilcoxon = -3.31	.001

La segunda hipótesis planteada en este estudio afirma que existen diferencias significativa en cuanto a la adherencia terapéutica de los pacientes cuando asisten al curso psicoeducativo para el manejo de la depresión, en comparación con los que no asisten. Esta hipótesis se sometió a contratación empírica y se obtuvieron los resultados mostrados en la tabla 10.

Tabla 10.  
Altas de tratamiento de los grupos experimental y control

<i>Grupo</i>		<i>Registro de alta de tratamiento</i>		<i>Total</i>
		<i>Sí</i>	<i>No</i>	
Experimental	Frecuencia	14	1	15
	% dentro del grupo	93.3%	6.7%	100.0%
	% dentro de registro de alta	63.6%	12.5%	50.0%
Control	Frecuencia	8	7	15
	% dentro del grupo	53.3%	46.7%	100.0%
	% dentro de registro de alta	36.4%	87.5%	50.0%
Total	Frecuencia	22	8	30
	% dentro del grupo	73.3%	26.7%	100.0%
	% dentro de registro de alta	100.0%	100.0%	100.0%

Las diferencias entre el grupo control y el experimental fueron significativas ( $\chi^2 = 6.136$ ,  $p = .010$ ), por lo que se confirma la hipótesis planteada: quienes asisten a un curso psicoeducativo en el que adquieren los

conocimientos que los capacitan para manejar en forma adecuada la depresión tendrán mayor adherencia terapéutica (continuarán su tratamiento hasta concluirlo), en comparación con que quienes no asisten.

Con el propósito de evaluar la satisfacción de los pacientes a quienes se les impartió el curso, se aplicó, al final del mismo, un cuestionario. Los resultados obtenidos se presentan en la tabla 11 El porcentaje promedio de satisfacción fue cercano al 100%, lo cual implica que fue considerado útil, apropiado y claro, de tal manera que cubrió ampliamente sus expectativas.

Tabla 11.  
Satisfacción de los usuarios respecto del curso

<i>Pregunta</i>	<i>Porcentaje de satisfacción</i>
Las expectativas con relación al curso se cubrieron	94.28
La información que se proporcionó en el curso fue novedosa	98.57
La información recibida en el curso, para mi tratamiento de la depresión, fue útil	100.00
El material revisado durante el curso fue apropiado	98.57
Las sesiones se iniciaban puntualmente	100.00
La exposición temática del curso fue muy clara	94.28
Siempre se dio tiempo para responder a las dudas planteadas por los participantes	100.00
Promedio total	97.95

## DISCUSIÓN

Los hallazgos de este estudio muestran que la adherencia terapéutica está basada en los conocimientos que poseen los pacientes respecto de la depresión, por lo que se concluye que es fundamental la impartición de cursos psicoeducativos para su adecuado control. Si bien es importante el tratamiento, éste no será efectivo sin una adecuada adherencia terapéutica, y casi la mitad de los pacientes lo abandonarán, impidiendo el manejo adecuado de su padecimiento. Frank, Kupfer, y Siegel (1995) han encontrado que el abandono del tratamiento es inferior al 10% si se logra establecer una alianza de colaboración entre el especialista tratante y el paciente, ya que éste llega con muchas expectativas y temores que son, en gran medida, los causantes de la deserción.

Es imperativo efectuar investigaciones similares en población que asiste a otros niveles de atención y en otras regiones del país, a fin de ampliar la cobertura de la investigación y determinar la incidencia, y por tanto la población que más requiere tratamiento contra la depresión; también se pretenderá conocer los tratamientos utilizados y su efectividad.

## **ESTUDIO 3**

### **EFFECTOS DE UN TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO EN PACIENTES DEPRESIVOS**

La psicoterapia es un proceso de aprendizaje y re aprendizaje sobre aspectos intelectuales, sexuales, físicos y emocionales. Mediante el análisis, la reflexión y los rituales o tareas se pretende una recuperación del significado y el goce de vivir. A través de lo cotidiano, de lo rutinario, la persona lo va perdiendo, no aprecia lo que tiene y le parece que su situación será para siempre. Le da miedo cambiar y se aferra a situaciones pasadas o a "máscaras" que en algún momento le funcionaron pero que ahora resultan acartonadas. Todo ello le produce un profundo sufrimiento. La psicoterapia es un método de tratamiento de los trastornos mentales cuya piedra angular es el desarrollo de experiencia en la aparición y significado de los síntomas y/o de aquellos pautas características que causan al paciente limitaciones, sufrimiento o dolor.

#### ***Objetivo***

Determinar si los síntomas depresivos disminuyen en pacientes a los que se les aplica tratamiento psicoterapéutico.

#### ***Pregunta de investigación***

¿Los pacientes depresivos canalizados al servicio de psicología muestran una reducción de síntomas después de ser tratados con psicoterapia?

#### ***Hipótesis***

Existe una disminución significativa de los síntomas depresivos de los pacientes después de ser tratados con psicoterapia.

## **MÉTODO**

### **Sujetos**

Participaron en este estudio 22 pacientes que fueron diagnosticados con trastornos depresivos por el área de psicología del Centro de Salud "Dr. Galo Soberón y Parra" de la ciudad de México (véase Estudio 1). Cinco de ellos fueron hombres y 11 mujeres, con una edad promedio de 30 años, y un rango de edad que osciló entre los 11 y los 57 años. Su nivel socioeconómico correspondía a B- y C.

### **Variables**

Variable independiente

*Tratamiento psicoterapéutico de depresión*

La psicoterapia utilizada tiene un enfoque cognitivo conductual, con apoyo del concepto que sobre la estructura de la mente humana establece la corriente psicoanalítica. Constó de 12 sesiones terapéuticas, las cuales tuvieron una duración de 45 minutos cada una, con una frecuencia de una por semana. Durante las sesiones se expresaron y trataron las emociones del paciente y, en las ocasiones que así lo ameritaba, se le proporcionaba información específica acerca de su padecimiento (depresión).

Variable dependiente

*Síntomas depresivos*

Definición conceptual: La depresión es una enfermedad con síntomas emocionales, como ansiedad, y síntomas vegetativos, como trastornos del sueño. Frecuentemente se manifiesta con numerosos síntomas físicos inexplicables. A menudo no se presta especial atención a estos síntomas y ni siquiera se los incluye como componentes de los criterios diagnósticos formales DSM-IV para trastorno depresivo mayor. De hecho, 8 de los 9 criterios diagnósticos formales de episodio depresivo mayor incluyen diversos síntomas emocionales y vegetativos con sólo un criterio para el síntoma físico de fatiga o energía, y ninguna mención a síntomas físicos dolorosos.

Definición operacional: Puntaje obtenido por el sujeto en la Escala Zung para medir depresión. Los síntomas depresivos evaluados fueron: tristeza o aflicción, trabajo para concentrarse, sentirse peor por las mañanas, sentirse menos útil a su familia, tener menor rendimiento en sus actividades, sentirse pesimistas, sentir palpitaciones, presión en el pecho o falta de aire al respirar, pensamientos obsesivos o repetitivos, sentimientos de nerviosismo (ansiedad),

sentir que los demás lo encuentran más irritable, sentir miedos, en muchos casos desconocer el a qué se le teme, decremento o incremento en su interés sexual, sentimientos de inseguridad, dormir mal, dolores de cabeza, ideas de muerte, deseos o crisis de llanto, falta de energía, disminución o aumento de apetito, sentimientos de apatía, sentimientos de angustia.

### ***Diseño de investigación***

Se utilizó un diseño pre experimental de un grupo, con pretest y postest.

Ocurrió mortalidad experimental, ya que de los 30 sujetos que iniciaron el tratamiento, lo concluyeron 22.

<i>Pre evaluación de depresión</i>	<i>Tratamiento psicoterapéutico</i>	<i>Post evaluación de depresión</i>
30 sujetos	⇒	22 sujetos

### ***Instrumentos***

Escala Zung. Esta escala fue descrita en el Estudio 1.

### ***Procedimiento***

Los pacientes referidos por el servicio médico del Centro de Salud “Dr. Galo Soberón y Parra” al área de psicología, fueron entrevistados con el propósito de seleccionar a aquellos que eran candidatos para participar en el estudio por presentar sintomatología depresiva (véase Estudio 1).

Fueron detectados 30 pacientes a quienes se les aplicó la escala Zung en la primera sesión. Se efectuó el tratamiento psicoterapéutico con dos enfoques; Utilizando tanto el psicodinámico “para momentos en los cuales el paciente refería sus sentires que lo orillaban a sentirse deprimido y se le interpretaba el porque podían ser el sentir de estos”, Como el enfoque cognitivo conductual “en los momentos donde el paciente quería determinar los malos hábitos que lo orillaban a tener conductas que favorecían el deprimirse”. Esto fue durante 12 sesiones aproximadas no teniendo un tiempo específico para el uso de cada una de las orientaciones terapéuticas, en si dependiendo el uso de cada enfoque de las necesidades del paciente, las cuales fueron conducidas por un terapeuta de la salud. Las sesiones constaron de 45 minutos, durante las cuales se expresaron las emociones y las dudas relativas a su padecimiento, y se planteó una solución a su problemática.

A los 22 sujetos que concluyeron el tratamiento se les aplicó nuevamente la escala Zung.

## RESULTADOS

Los resultados relativos a los síntomas depresivos presentados por los sujetos se muestran en la tabla 12. Antes del tratamiento, el síntoma más frecuente fue “Me encuentro intranquilo y no puedo estar quieto” (Media = 3.1) y el síntoma menos referido fue “Siento que soy útil y necesario” (Media = 2.0). Después del tratamiento, los puntajes de todos los síntomas disminuyeron drásticamente. En el postest el síntoma con el puntaje más alto fue “Tengo problemas de sueño durante la noche” (Media = 2.2) y el síntoma menos frecuente fue “Mi corazón late más rápido de lo acostumbrado (Media = 1.0).

Tabla 12.

Puntajes obtenidos por los sujetos en la escala Zung antes y después del tratamiento

<i>Reactivo (síntoma)</i>	<i>Pretest Puntuación bruta (media en escala 1-4)</i>	<i>Postest Puntuación bruta (media en escala 1-4)</i>
Me siento abatido, desanimado y triste	64 (2.9)	26 (1.1)
Por la mañana es cuando mejor me siento	52 (2.3)	30 (1.3)
Tengo ataques de llanto o deseos de llorar	58 (2.6)	30 (1.3)
<b>Tengo problemas de sueño durante la noche</b>	<b>63 (2.8)</b>	<b>49 (2.2)</b>
Como igual que antes	60 (2.7)	37 (1.6)
Disfruto al mirar, conversar y estar con mujeres / hombres atractivos	62 (2.8)	32 (1.4)
Noto que estoy perdiendo peso	58 (2.6)	32 (1.4)
Tengo problemas de estreñimiento	64 (2.9)	31 (1.4)
Mi corazón late mas rápido de lo acostumbrado	46 (2.0)	24 (1.0)
Me canso sin motivo	63 (2.8)	43 (1.9)
Mi mente esta tan despejada como antes	57 (2.5)	38 (1.7)
Me resulta fácil hacer todo lo que solía hacer	57 (2.5)	35 (1.5)
<b>Me encuentro intranquilo y no puedo estar quieto</b>	<b>70 (3.1)</b>	<b>32 (1.4)</b>
Tengo esperanzas en el futuro	57 (2.5)	26 (1.1)
Soy mas irritable que de costumbre	60 (2.7)	42 (1.9)
Tomo las decisiones fácilmente	62 (2.8)	42 (1.9)
Siento que soy útil y necesario	44 (2.0)	25 (1.1)
Siento que mi vida esta llena	55 (2.5)	32 (1.4)
Siento que los demás estarían mejor sin mí, si estuviese muerto	46 (2.0)	34 (1.5)
Sigo disfrutando lo que hacia	59 (2.6)	48 (2.1)

La hipótesis planteada establecía que existiría diferencia significativa en los síntomas depresivos de los pacientes antes y después de ser tratados con psicoterapia. Como puede observarse en la tabla 13 , el diagnóstico promedio

obtenido por los sujetos antes del tratamiento fue de *Depresión moderada o marcada* (la puntuación media del grupo correspondió a 2.3, con una puntuación bruta promedio de 52.5 y un índice SDS de 66), mientras que después del tratamiento los 22 sujetos que lo concluyeron presentaron un diagnóstico de *Dentro de lo normal, sin patología* (la media global fue de 1.4, la puntuación bruta promedio se redujo a 31.2 y el índice SDS a 39).

Tabla 13.  
Puntuación media y diagnóstico  
obtenido por los sujetos en la escala Zung antes y después del tratamiento

	<i>Puntaje bruto</i>	<i>Índice SDS</i>	<i>Diagnóstico</i>
Pretest	52.5	66	Depresión moderada o Marcada
Postest	31.2	39	Dentro de lo normal, sin patología

*Se efectuó el análisis estadístico de las diferencias en los puntajes de los 22 sujetos antes y después del tratamiento. Como se observa en la tabla 14, la diferencia obtenida fue altamente significativa.*

Tabla 14.  
Comparación de los puntajes obtenidos por los sujetos  
antes y después del tratamiento

<i>Antes del tratamiento</i>	<i>Después del tratamiento</i>	<i>Prueba estadística</i>	<i>Nivel de significancia</i>
Media = 52.59	Media = 31.27	T de Wilcoxon = -4.113 Rangos negativos = 11.50 Rangos positivos = .00	.000

## **DISCUSIÓN**

Los datos obtenidos en el presente estudio confirman que el manejo psicoterapéutico es una eficaz alternativa para el tratamiento de la depresión en pacientes que asisten a un primer nivel de atención, ya que se observó que quienes participaron en el estudio presentaban inicialmente síntomas de depresión moderada o marcada, y su diagnóstico al final del tratamiento resultó sin patología.

También los hallazgos de esta investigación muestran que existen síntomas que se controlan sencillamente con la psicoterapia (por ejemplo, la conducta de llanto fácil deja de presentarse después de 3 o 4 sesiones); en cambio, otros son más resistentes al tratamiento (por ejemplo, tener problemas de sueño durante la noche), por lo que se requiere realizar más estudios en cuanto a su manejo.

## Discusión y CONCLUSIONES GENERALES

En el estudio 1 se encontró que de los 83 pacientes que asistieron al área de psicología de la salud del Centro de Salud "Dr. Galo Soberón y Parra" durante un periodo de nueve meses, 30 (36.14%) presentaron un cuadro asociado a trastornos depresivos, porcentaje significativo dentro de los que asisten a este servicio.

Los resultados de este estudio son similares a los reportados por Parmelee, Katz y Lawton (1989), quienes observaron que el 30.5% de los 708 adultos mayores estudiados manifestaban síntomas de depresión; la prevalencia de depresión mayor en esta muestra fue de 12.4%.

También concuerdan con los obtenidos por Alem, Jacobson, Araya y Kebede (1999), quienes evaluaron las actividades, costumbres y prácticas de una comunidad rural en Etiopía. La muestra estuvo constituida por 100 personas de 30 a 83 años de edad, que fueron evaluados con la versión americana del Key Informant Questionnaire. Encontraron que los desórdenes neuropsiquiátricos más comunes fueron: la epilepsia, la esquizofrenia, el retardo mental, la neurosis y la depresión severa. En cuanto a los tratamientos, la población prefiere métodos tradicionales (baños curativos, herbolaria) para las enfermedades mentales y medicina moderna (en centros de salud) para el tratamiento de enfermedades físicas.

Si bien no se conoce con certeza lo que ocurre en otros centros de salud en México, en virtud de que se carece de investigaciones sistemáticas como la presente, puede suponerse que las características poblacionales serán similares, y por tanto la prevalencia del padecimiento lo será también. Ello implicaría que en la ciudad de México es fundamental contar con psicólogos de la salud, capacitados para detectar, tratar o canalizar los trastornos depresivos. Contrariamente a esta expectativa, actualmente el centro de salud donde se realizó este estudio y otros más, ya no cuentan con área de psicología.

De acuerdo con los datos obtenidos, la adherencia terapéutica resultó altamente significativa en los pacientes que participaron en el curso psicoeducativo de depresión, en comparación con el grupo control. Se encontró que sólo 8 de los 15 pacientes del grupo control y 14 de los 15 del experimental continuaban asistiendo a tratamiento en el centro de salud. Si bien no hubo diferencias entre los dos grupos en mejora del padecimiento, el curso constituyó una herramienta sumamente útil para incrementar la adherencia terapéutica, ya que si ésta no se presenta, la sintomatología del paciente no disminuirá.

Tylee Gastpar, Lépine y Mendlewicz (1999) hacen hincapié en la necesidad de crear programas educativos dirigidos al personal de la salud para enfrentar tratamientos apropiados contra la depresión. Asimismo, Arnaldos Payá (2000) señala que es necesario establecer mecanismos fluidos de conexión en aspectos formativos, de colaboración práctica, seminarios y sesiones prácticas conjuntas, protocolos y, en definitiva, organizar un trabajo

práctico conjunto que redunde en beneficio de los trabajadores de ambos niveles de salud y en los propios pacientes.

Numerosos autores han señalado la importancia del manejo psicoterapéutico para el control de la depresión. Por ejemplo, Salín (2003), en su *Manual de Prescripción de Antidepresivos*, en el apartado "Tratamientos para la depresión mayor", refiere que "una serie de posibles manipulaciones terapéuticas se pueden ejercer en la depresión, algunas de éstas son: la psicoterapia..."(p. 65). Asimismo, dentro del capítulo para el tratamiento combinado en la atención del paciente con depresión resistente, concluye lo siguiente: "La psicoterapia cognitiva puede tener un efecto importante, sobre todo cuando los factores psicosociales entorpecen la buena respuesta" (p. 175).

Weissman (2000) señala que se han completado ensayos sobre psicoterapias de tiempo limitado, desarrolladas de manera específica para adolescentes deprimidos, y se ha demostrado su eficacia. Weintraub y Dubovosky (1998) mencionan que debe considerarse para el tratamiento de la depresión en adolescentes, además del uso de medicamentos bajo circunstancias específicas, un tratamiento total que incluya la participación del profesional de la salud mental, el trabajo con la familia y la psicoterapia individual.

Los hallazgos de Howland (1995) sobre depresión crónica y depresión resistente indican que es probable que éstas sean el resultado de la interacción de múltiples factores biológicos, psicológicos y sociales. Aunque tanto la farmacoterapia como la psicoterapia por sí solas pueden ayudar a estos pacientes, la presencia, gravedad e interacción de los factores biopsicosociales pueden explicar la escasa respuesta al tratamiento observada con frecuencia. Por ello, para responder en forma óptima, estos pacientes pueden requerir tratamiento combinado.

La Organización Mundial de la Salud, en su *Manual de pautas diagnósticas y de actuación en atención primaria*, en el apartado para el manejo de los trastornos mentales y del comportamiento CIE 10 (1996, p. 31), señala: "Pueden resultar beneficiosas, para tratamientos de casos agudos y para prevenir recaídas, las psicoterapias más intensivas (por ejemplo, terapia cognitiva)."

Una condición que facilitó el éxito del tratamiento fue que se efectuó en un ambiente controlado, es decir, en un consultorio de un centro de salud. También propició un mejor manejo el hecho de que los pacientes acudieran al tratamiento por voluntad propia.

Una limitante del estudio fue el factor económico, ya que algunos de los pacientes carecían de recursos para adquirir los medicamentos prescritos, lo que impidió administrar un tratamiento combinado, repercutiendo esto en su mejoría. Una propuesta para una investigación posterior es comparar a grupos de pacientes tratados con monoterapia (medicamento o psicoterapia) con aquellos intervenidos con terapia mixta, en el primer nivel de atención de

asistencia pública, en el que el alto costo de los medicamentos impide en muchos casos su adquisición y conlleva una frustración para el sujeto, lo cual agrava su padecimiento.

Es de suma importancia destacar el abordaje que actualmente se le está dando a este padecimiento. El enfoque no es la prevención, sino el tratamiento, y éste se administra en muchos casos sólo en hospitales. Es decir, los sujetos deprimidos carecen de un lugar para su atención cuando inician con su padecimiento o cuando éste es moderado. Para cuando acuden a las instancias de atención recomendadas (por ejemplo, centros comunitarios de salud mental), los pacientes son citados meses después de solicitar la atención, debido al exceso de carga laboral. De esta manera, la depresión se agrava, complicando no sólo su manejo psicoterapéutico, sino también el farmacológico.

El papel del psicólogo en la prevención y tratamiento temprano de la depresión es fundamental, ya que la psicoterapia puede ser suficiente, en muchos casos, para su manejo y control.

El alto costo de los medicamentos es un factor más en el abandono del tratamiento. Una alternativa de bajo costo podría ser la homeopatía, por lo cual sería recomendable iniciar una línea de investigación en este sentido, que permita a la amplia población mexicana que no cuenta con seguridad social, tener acceso a un tratamiento que ofrezca mejores resultados a corto plazo a fin de eliminar los síntomas de la depresión que resultan de difícil manejo psicoterapéutico.

Con el propósito de dar seguimiento a los pacientes que reciben tratamiento psicoterapéutico, se propone la realización de estudios longitudinales de largo plazo a fin de determinar los elementos que garanticen la no recaída de los pacientes.

## REFERENCIAS

- Aguilar, M. y Aguilar, J.M. (1998). *Estudio sobre depresión con la aplicación del método psicológico persuasivo o método P.L.P.* XX Congreso de la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL). II Conferencia Internacional del Hospital Psiquiátrico de la Habana, PsicoHabana 98, La Habana, Cuba.
- Alem, A, Jacobson, L. Araya, M. & Kebede, D. (1999). How are mental disorders seen and where is help sought. *Acta Psychiatrica Scandinavica, Supplementum*, 100, 397, 40-47.
- American Psychiatric Association, APA (1990). *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4ª ed.). Washington, D.C.: APA.
- Apiquián, R. (2004): *Depresión y enfermedad médica*. México: Laboratorios Pfizer.
- Aragónés Díaz, A.(2004). *Incidencia y epidemiología de la enfermedad depresiva*. México: Pfizer.
- Arnaldos Payá, M. *La asistencia en el marco de la salud mental actual*. I Congreso Virtual de Psiquiatría, 1 de febrero-15 de marzo de 2000. [http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa43/conferencias/43\\_ci\\_a.htm](http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa43/conferencias/43_ci_a.htm).
- Asociación Psiquiátrica Mexicana. (1996). *Taller de la depresión en la práctica médica*. México: APM.
- Barragán Torres, L. 2005. *Modelo de intervención cognitivo-conductual para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas*. Tesis de Doctorado en Psicología, Facultad de Psicología, UNAM.
- Beck, A.T. (1978). Beck Depresión Inventory. Manual. The Psychological Corporation. U.S.A.
- Blan, R., Orn, H. & Newman, S. (1998). *Mental illness* . *Acta Psychiatrica Scandinavica, Supplementum*, 338, 24-32.
- Caraveo, J., Medina Mora, M.E., Villatoro, J. y Rascón, M.L. (1993). La depresión en el adulto como factor de riesgo en la salud mental de los niños. En: *Anales*. Reseña de la VIII Reunión de Investigación, Instituto Mexicano de Psiquiatría, México.
- Castilla, J. (1986). *Depresión en la práctica médica*. México: Lilly.
- Conde, V. y Esteban, T. (1975). Fiabilidad de la S.D.S. (Self-Rating Depresión Scale) de Zung. *Psicología General Aplicada*, 30, 903-913.

- De la Garza, F. (2005). *Depresión, angustia y bipolaridad*. México: Trillas.
- De la Peña, J. (1999). *Plática con el profesor y coordinador de programa de residencia en Psicología de la Salud*. Centro Comunitario de Salud Mental, México, D.F.
- Ellis, Albert. (1998). *Una Terapia Breve mas Profunda y Duradera: Enfoque Teórico de la Terapia Racional Emotivo-Conductual*. Paidós ibérica. Barcelona.
- Frank, E, Kupfer, D.J. & Siegel, L.R. (1995). Alliance not compliance a philosophy of outpatient care. *Comp. Psychiatry*, 56. pag. 60-73
- Freud, S. (1943). *Obras completas*. Madrid: Edición Americalee.
- Galán Cuebas, S. (2004). *Modificación de la función inmune en una población senecta*. Tesis de Doctorado en Psicología. Facultad de Psicología. UNAM.
- Goldfried, Marvin. (1996). *De la Terapia cognitivo-conductual a la psicoterapia de integración*. Desclee de Broker. Bilbao.
- Howland, R. (1995). *Depresión crónica y depresión resistente*. Depresión y Ansiedad. México: Pfizer. 1, 10-19.
- Hyer, L. & Blazer, D.G. (1982). Depressive symptoms: Impact and problems in long term care facilities. *International Journal of Behavioral Geriatrics*, 1, 3, 33-34.
- Kane, S.M. & Shells, S. (1990). Recognizing depression elderly. *Journal of Gerontological Nursing*, 16,1, 21-25.
- Kemp, B., Staples, F. & López-Aqueres, W. (1987). Epidemiology of depression and dysphoria in an elderly Hispanie. *Journal of the American Geriatrics Society*, 35, 10, 920-926.
- Levendusky, P. (1997). Depresión. En: *Curso Avances en depresión*. México: Laboratorios Lilly.
- Linn, M.W., Linn, B.S. & Jensen J. (1984). Stressful events, dysphoric mood, and immune responsiveness. *Psychological Reports*, 54, 219-222.
- Martín del Campo, A. (2005). *Depresión: Un problema de salud*. Boletín de Divulgación de la Dirección de Investigación del Hospital General de México, 1, 6, 21-30
- Nicolini, H. (2004): *Diagnóstico y epidemiología de la depresión*. México: Laboratorios Pfizer.

- Organización Mundial de la Salud (1990). *Mental disorders: Glossary and guide to their classification in accordance with the tenth revision of the International Classification of Diseases*. Ginebra: OMS
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico: Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento de la CIE 10*. Madrid: OMS, Meditor.
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (1996). CIE 10 Trastornos mentales y del comportamiento: Pautas diagnósticas y de atención primaria. Madrid: OMS\_Meditor.
- Parmelee, P.A., Katz, I.R. y Lawton, M.P. (1989). Depression among institutionalized aged: Assessment and prevalence estimation. *Journal of Gerontology*, 44, 22-29.
- Pulvirenti, L. (1996). *Bases neurológicas de la adicción a la cocaína*. Investigación y Ciencia, 238, 48-55.
- Rico, H. (1998). Manejo de la depresión. En: *Curso Manejo de la depresión y la ansiedad*. México:
- Rivero, E. (1999). Suicidio: Prevención y abordaje. *Consenso Latinoamericano sobre Depresión, Trastorno de Pánico y Trastorno Obsesivo Compulsivo*. Washington D.C.: APAL.
- Robert, M.A. (1997). Consenso de la National Depressive and Manic-Depressive Association sobre el tratamiento insuficiente de la depresión. *The Journal of the American Medical Association, JAMA*, 277: 333-340.
- Roffé, A. (1998, Octubre) *Ponencia de la fundación Mendizábal, XX Congreso De La Asociación Psiquiátrica De América Latina (Apal) II Conferencia Internacional Del Hospital Psiquiátrico De La Habana, Psicohabana'98, La Habana "Cuba"*.
- Ruiz, P. (1999). *Elementos transculturales en la Psiquiatría clínica contemporánea*. Consenso Latinoamericano sobre Depresión, Trastorno de Pánico y Trastorno Obsesivo Compulsivo. Washington, D.C.: APAL.
- Salín, R.J. (2003). *Manual de prescripción de antidepresivos*. México. McGraw Hill.
- Sánchez, G. (1993). *Introducción a la psicoterapia*, Apuntes de la carrera de licenciatura, Universidad del Valle de México, Campus Tlalpan, D.F. México
- Santillana Hernández, S.P. y Alvarado Moctezuma, L.E. (1999). Depresión en población adulta mayor: Tamizaje en una unidad de primer nivel de atención. *Revista Médica del IMSS*, 37, 2, 111-115.

- Secín, R. (2004). *La depresión también duele y cuesta*. [www.ella.com.mx/depresion](http://www.ella.com.mx/depresion). Recuperado en febrero de 2006.
- Seligman, M. y cols. (1990) *Group Psychotherapy Interventions with Special Populations*. Simon D. Schuster Inc.
- Shakespeare, W. (1972) *Hamlet. Grandes de la literatura universal*. Barcelona: CREDSA.
- Tsuang, M.T. & Faraone, S.V. (1990). *The genetics of mood disorders*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Tylee, M., Gastpar, J.P., Lépine, J. & Mendlewicz, C. (1999) *Depress 2 (Depression Research in European Society 2): A patient survey of the symptoms, disability and current management of depression in the community*. *International Clinical Psychopharmacology*, 14, 3, 76-89.
- Vázquez, C., Jiménez, F. (2000). Depresión y manía. En: Bulbena, A., Berrios, G. y Fernández de Larrinoa, P. (Eds.) (2000). *Medición clínica en psiquiatría y psicología*. Barcelona: Masson.-
- Webb, R. (1997) *Cosas de la vida*. México: Océano.
- Weintraub, P. y Dubovosky, S. (1998). Tratamiento farmacológico de la depresión en adolescentes. *Páctica Pediátrica*, 7,1, 28.
- Weissmann, M. (2000). Maduración de adolescentes deprimidos. *The Journal of the American Medical Association, JAMA*, 8, 5, 171.
- Wences Román, L.A. (2005). *Prevalencia de sintomatología depresiva en personal docente del nivel preescolar de la región centro del estado de Guerrero*. Tesis de Maestría en Psicología Clínica. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Zarategui, R. (1999). Depresión como factor de riesgo cardiovascular. *Consenso latinoamericano sobre Depresión, Trastorno de Pánico y Trastorno Obsesivo Compulsivo*, Washington D.C.: APAL.

# APÉNDICE 1

## ENTREVISTA CLÍNICA

CENTRO DE SALUD  
PSICOLOGÍA

*DERECHO A INSTITUCIONES:*  
*PACIENTE REFERIDO POR:*

### **1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN**

- Nombre
- Sexo
- Edad (en niño es con meses)
- Estado civil
- Ocupación
- Escolaridad
- Religión
- Fecha y lugar de nacimiento
- Lugar de residencia
- Domicilio actual (calle, colonia, estado, teléfono)
- Domicilio actual de un familiar "en caso de emergencia" (calle, colonia, estado, teléfono)
- Tipo de interrogatorio que se utilizó

### **2. MOTIVO DE CONSULTA**

### **3. PADECIMIENTO ACTUAL (Semiología)**

El paciente refiere:

### **4. ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES**

- Abuelo paterno
- Abuela paterna
- Tíos paternos
- Abuelo materno
- Abuela materna
- Tíos maternos
- Padre
- Madre
- Hermanos
- Pareja
- Hijos

### **5. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS**

- ¿Como vive?
- Alimentación
- Hábitos y costumbres
- Adicciones

### **6. ANTECEDENTES PERSONALES PATÓLOGICOS (En niños desarrollo psicomotriz)**

- Embarazo
- Parto
- Niñez

- Adolescencia
- Adultez
- Senectud

## **7. VIDA SEXUAL**

## **8. RELACIÓN DE PAREJA**

## **9. ANTECEDENTES ESCOLARES**

## **10. ANTECEDENTES LABORALES**

## **11. INSPECCION GENERAL Y/O EXAMEN MENTAL**

Resumen

Ejemplo:

- Fascies
- Actitud (libremente o no escogida "¿a expensas de?"), en relación con el terapeuta
- Conformación
- Constitución (endomórfica +, mesomórfica y ectomórfica)
- Movimientos, marcha
- Cooperación para con
- Orientación
- Atención
- Concentración
- Comprensión
- Memoria
- Percepciones
- Juicio
- Pensamiento (autocrítico, heterocrítico)
- Conciencia de enfermedad.
- Inteligencia
- Afectividad
- Carácter
- Psicodinamia
- Signos vitales (pulso, temp, fc, fr, ta)

## **12. EXAMEN FÍSICO**

(realizado por el médico)

## **13. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA**

## **14. TRATAMIENTO INICIAL**

## **15. DIAGNÓSTICO**

## **16. TRATAMIENTO**

## **17. EVALUACIÓN**

## **18. DATOS RELEVANTES**

**APÉNDICE 2**  
**PAUTAS DE DIAGNÓSTICO DEL CIE 10**

**F31.3 “TRASTORNO BIPOLAR, EPISODIO ACTUAL DEPRESIVO LEVE O MODERADO”**

*PAUTAS PARA EL DIAGNÓSTICO*

Períodos de MANÍA con:

- Actividad y energía incrementada
- Verborrea
- Disminución de la necesidad de dormir
- Valoración excesiva de la imagen de sí mismo
- Exaltación del ánimo o irritabilidad
- Desinhibición
- Distraibilidad

Períodos DEPRESIVOS (ver también pautas de depresión F32) con:

- Estado de ánimo bajo o triste
- Pérdida de interés o capacidad de disfrutar

Frecuentemente se presentan síntomas asociados:

- Trastorno del sueño
- Culpabilidad o baja autoestima
- Astenia o falta de energía
- Falta de concentración
- Trastornos del apetito
- Ideas suicidas

Cualquiera de los dos tipos de episodios puede predominar.

Los episodios pueden ser frecuentes y estar separados por períodos de estado de ánimo normal.

En casos graves, los pacientes pueden presentar alucinaciones (oír voces, ver visiones) o ideas delirantes (creencias extrañas o ilógicas) durante un episodio maníaco o depresivo.

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

El consumo de alcohol o de drogas puede desencadenar una sintomatología similar. Si existe un consumo importante de drogas o de alcohol, véase los criterios para trastornos por consumo de alcohol “F10” y trastornos por consumo de drogas “F11”.

**F 32.0 “EPISODIO DEPRESIVO LEVE”**

## PAUTAS PARA EL DIAGNÓSTICO

Estado de ánimo bajo o tristeza leve  
Pérdida leve de interés o capacidad de disfrutar

Frecuentemente se presentan síntomas leves asociados a:

- Trastornos del sueño
- Culpabilidad o baja autoestima
- Astenia o pérdida de energía
- Falta de concentración
- Trastornos del apetito
- Pensamientos o actos suicidas
- Agitación o enlentecimiento de los movimientos o del habla
- Disminución de la libido

También están presentes síntomas de ansiedad o nerviosismo

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Si aparecen alucinaciones (oír voces, ver visiones) o ideas delirantes (referencias raras o inusuales), véase también los criterios diagnósticos relativos a Psicosis aguda "F23#".

Si el paciente tiene antecedentes de episodio maniaco (excitación, euforia, verborrea), véase también criterios diagnósticos para trastorno bipolar "F31".

Si existe un consumo importante de alcohol, ver ficha criterios diagnósticos para trastornos por consumo de alcohol y drogas "F10" y "F11".

Algunas medicaciones pueden producir síntomas de depresión.

### **F32.1 "EPISODIO DEPRESIVO MODERADO"**

## PAUTAS PARA EL DIAGNÓSTICO

Estado de ánimo bajo o tristeza moderada  
Pérdida moderada de interés o capacidad de disfrutar

Frecuentemente se presentan síntomas moderados asociados a:

- Trastornos del sueño
- Culpabilidad o baja autoestima
- Astenia o pérdida de energía
- Falta de concentración
- Trastornos del apetito
- Pensamientos o actos suicidas
- Agitación o enlentecimiento de los movimientos o del habla
- Disminución de la libido

También están presentes síntomas de ansiedad o nerviosismo.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Si aparecen alucinaciones (oír voces, ver visiones) o ideas delirantes (referencias raras o inusuales), véase también los criterios diagnósticos relativos a Psicosis aguda "F23#"

Si el paciente tiene antecedentes de episodio maniaco (excitación, euforia, verborrea), véase también criterios diagnósticos para trastorno bipolar "F31".

Si existe un consumo importante de alcohol, ver ficha criterios diagnósticos para Trastornos por consumo de alcohol y drogas "F10\*" y "F11\*"

Algunas medicaciones pueden producir síntomas de depresión.

## **F 32.2 "EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN SÍNTOMAS PSICÓTICOS"**

### **PAUTAS PARA EL DIAGNÓSTICO**

Estado de ánimo bajo o tristeza grave o aguda.

Pérdida grave de interés o capacidad de disfrutar

Frecuentemente se presentan síntomas graves asociados a:

- ❑ Trastornos del sueño
- ❑ Culpabilidad o baja autoestima
- ❑ Astenia o pérdida de energía
- ❑ Falta de concentración
- ❑ Trastornos del apetito
- ❑ Pensamientos o actos suicidas
- ❑ Agitación o enlentecimiento de los movimientos o del habla
- ❑ Disminución de la libido

También están presentes síntomas de ansiedad o nerviosismo.

### **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

Si aparecen alucinaciones (oír voces, ver visiones) o ideas delirantes (referencias raras o inusuales), véase también los criterios diagnósticos relativos a psicosis aguda "F23#"

Si el paciente tiene antecedentes de episodio maniaco (excitación, euforia, verborrea), véase también criterios diagnósticos para trastorno bipolar "F31".

Si existe un consumo importante de alcohol, ver ficha criterios diagnósticos para trastornos por consumo de alcohol y drogas "F10\*" y "F11\*"

Algunas medicaciones pueden producir síntomas de depresión.

## **F 32.3 "EPISODIO DEPRESIVO GRAVE CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS"**

Las pautas son las mismas que las indicadas para el trastorno "F32.2", con la diferencia de que presentan síntomas psicóticos, como alucinaciones (oír voces, ver visiones) o ideas delirantes (referencias raras o inusuales).

### APÉNDICE 3 ESCALA ZUNG

Por favor, señale una respuesta a cada uno de los 20 elementos	Nada o pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	La mayoría de las veces o siempre
1.- Me siento abatido, desanimado y triste				
2.- Por la mañana es cuando mejor me siento				
3.- Tengo ataques de llanto o deseos de llorar				
4.- Tengo problemas de sueño durante la noche				
5.- Como igual que antes				
6.- Disfruto al mirar, conversar y estar con mujeres / hombres atractivos				
7.- Noto que estoy perdiendo peso				
8.- Tengo problemas de estreñimiento				
9.- Mi corazón late mas rápido de lo acostumbrado				
10.- Me canso sin motivo				
11.- Mi mente esta tan despejada como antes				
12.- Me resulta fácil hacer todo lo que solía hacer				
13.- Me encuentro intranquilo y no puedo estarme quieto				
14.- Tengo esperanzas en el futuro				
15.- Soy mas irritable que de costumbre				
16.- Tomo las decisiones fácilmente				
17.- Siento que soy útil y necesario				
18.- Siento que mi vida esta llena				
19.- Siento que los demás estarían mejor sin mí, si estuviese muerto				
20.- Sigo disfrutando lo que hacia				

**APÉNDICE 4**  
**CURSO PSICOEDUCATIVO DE DEPRESIÓN**  
Desglose por sesiones:

---

Numero de sesión	Contenido de la sesión
1	Aplicación de Escala Zung (pretest)
2	Tema: Psicoterapias referentes al control de la depresión.
3	Exposición del tema ¿que es la depresión?.
4	Tema: Factores que intervienen en la depresión: alimentación, ejercicio y estilo de vida sano.
5	Tema: Mecanismos de reacción y su función.
6	Tema: Percepción de la depresión y las distorsiones cognitivas mas frecuentes.
7	Tema: El mundo y los que nos rodean no cambiaran, el cambio esta en como percibirlo y en la búsqueda de nuevos valores.
8	Aplicación de escala Zung (postest).
9	Aplicación del cuestionario de satisfacción.
10	Retroalimentación.

---

# DEPRESIÓN

**Curso Psicoeducativo**

***Psic. Alfonso X. Barragán Miranda***

Tel: 55 61 06 05, 55 61 40 62  
e-mail: [alfonsobarragan@hotmail.com](mailto:alfonsobarragan@hotmail.com)



*Me calienta el mismo sol que a ti,  
nos enfría el mismo invierno,  
me alimento con las mismas cosas que tú te alimentas,  
y si me corto acaso no sangro*  
Barth, La granja de los animales

Ya ves, no somos tan diferentes,  
sólo que yo padezco una... **depresión**

---

# ÍNDICE

Prólogo	4
Introducción	6
<b>¿Padezco yo una depresión?</b>	8
<b>Tipos de depresión</b>	10
Diálogo del padecimiento (caso 1)	11
<b>¿Por qué surge la depresión?</b>	13
Los mecanismos de reacción	13
Práctica	14
<b>Psicoterapias para el control de la depresión</b>	16
Terapia psicodinámica	17
Diálogo del padecimiento (caso 2)	20
Terapia cognitivo conductual	22
Distorsiones cognitivas más frecuentes	23
<b>Otros factores que intervienen en la depresión</b>	
Alimentación	25
Ejercicio	25
Estilo de vida sano	26
<b>Mecanismos de defensa versus mecanismos de reacción</b>	27
<b>Cada cosa tiene su lugar</b>	30
Práctica	30
<b>Nuevas metas</b>	32
Práctica: auto análisis	32
<b>El mundo y los que nos rodean no cambiarán</b>	34
<b>Defensa personal mental</b>	36
Bibliografía	37

## PRÓLOGO

*Ya no tengo miedo de perderme,  
porque el viaje de regreso siempre revela algo nuevo,  
y eso es, a fin de cuentas, bueno para el artista.*

Billy Joel

**L**a depresión constituye uno de los padecimientos más comunes de nuestra sociedad; sin embargo, no se le ha otorgado la atención debida. En la actualidad, representa un problema para los sectores de salud mental en nuestro país y en muchos otros.

Tal vez usted, al igual que yo, se han preguntado: ¿Por qué, si es una enfermedad tan conocida, no ha sido adecuadamente tratada? Ante esta pregunta surgen un sin fin de preguntas más: ¿Es en realidad tan conocida o siempre se ha mantenido en las sombras? ¿Conviene que se elimine la depresión, en cuyo caso quienes la padecen tendrían la energía para buscar mejores puestos y salarios? ¿Por qué gastar tanto en medicamentos e invertir tiempo con esta enfermedad? Al combatirla, ¿aumentaría la productividad del individuo y mejoraría su desarrollo? Podríamos continuar planteado cuestionamientos semejantes. No obstante, lo que interesa aquí es buscar soluciones reales a problemas reales. Con este propósito he realizado diversas investigaciones y he dedicado varios años de trabajo al desarrollo de un sistema para combatir la depresión.

Inicialmente comentaré cómo surge este curso. Cuando era estudiante de la licenciatura en psicología, se vivían años caóticos, impregnados de depresión. Yo fui uno de los afortunados que no la padecí, pues todo para mí era bello: tenía a la novia perfecta, los padres perfectos,

una vida perfecta, tanto que en ocasiones parecía más una enfermedad psicótica que una vida real. Sin embargo, no dejaba de cuestionarme cómo podía haber personas que sufrían de depresión, porqué y cuánto podría durar. No faltaba el amigo o la amiga que me usara de “pañito de lágrimas” (lo cual siempre agradecí), y por más que yo les decía: “No te preocupes, esto pasará”, no pasaba; por el contrario, el problema se acrecentaba. Situaciones como ésta me motivaron a tratar de encontrar, comprender y erradicar la depresión por medio de un sistema científicamente fundamentado, pero muy práctico. Es un sistema que ha sido desarrollado meticulosamente a lo largo de los años. No se trata de soluciones temporales, como pastillas, o de remedios milagrosos, como té, limpias, brujería, etc., a las cuales probablemente usted haya recurrido y ante las que se habrá sentido frustrado, pues la depresión, una enfermedad progresiva y mortal, sigue ahí, “pegándole por todos lados”. Es muy posible que con el sistema que aquí se describe puedan usted recuperar su rostro alegre y sustituir ese semblante demacrado del cual, seguro, está ya cansado.

En uno de los “ires y venires” de esta búsqueda, me encontré con el ilustre doctor Jorge de la Peña, quien me invitó a participar en un proyecto denominado Psicología de la Salud, que me permitió integrarme al sistema de salud y explorar

los tratamientos de la depresión. Aprendí que comúnmente la depresión no es tratada en sus inicios (es decir, en su presentación primaria, cuando su tratamiento es sencillo y permite evitar las presentaciones profundas), sino que, por lo general, es manejada hasta que se encuentra en niveles críticos, con internamiento en instituciones psiquiátricas, lo cual tiene grandes consecuencias para el paciente, en términos económicos, de tiempo, de esfuerzo, de medicamentos, etcétera.

¿Por qué esperar a que se ahogue el niño para tapan el pozo? **La depresión no está siendo prevenida ni tratada ante sus primeros síntomas.** Sólo recientemente algunos psicólogos, encabezados por el doctor De la Peña, iniciamos la lucha contra este padecimiento en el campo de batalla: el primer nivel de atención, los centros de salud. El presente curso es el resultado de varios años de trabajo en el área de la prevención y el tratamiento de la depresión en sus etapas iniciales.

# INTRODUCCIÓN

*Dios dice: Ayúdate, que yo te ayudaré.*  
Refrán popular

¿Quién no ha padecido, en algún momento de su vida, una menor o mayor tristeza? La mayoría de nosotros hemos experimentado esa sensación de cansancio que no nos permite pensar; ese agotamiento que no cesa, ese deseo funesto que nos acerca a la muerte; ese aprisionamiento que nos impide respirar, aunado a la desesperanza. Al vernos al espejo, contemplamos sólo un rostro solitario, desganado, sin vida. Hemos llorado, ¡cómo hemos llorado! Este terrible sentimiento que no nos deja es uno de los más grandes males de nuestros tiempos, una de las enfermedades más repetitivas y comunes: la depresión. ¿Por qué surge la depresión? ¿A qué nos conduce? ¿Por qué unas personas se deprimen más que otras? ¿Existen diferentes tipos de depresión? Éstas son sólo algunas de las preguntas cuyas respuestas conoceremos en este curso. Pero nuestro principal objetivo es poner en práctica un método para combatir a este gran enemigo.

## ¿Qué es la depresión?

La depresión ha sido llamada “la enfermedad del siglo XX”, “la enfermedad enmascarada” y de muchas otras formas. Es, sin duda, una enfermedad progresiva y mortal. Progresiva, ya que si no es tratada adecuadamente y el individuo no cuenta con las habilidades necesarias, su padecimiento continuará avanzando hasta sus niveles más críticos y se detendrá sólo con la muerte. Es mortal

porque, si bien no nos mata por su simple existencia, si nos puede conducir a la muerte a través del suicidio.

Estamos deprimidos cuando tenemos una sensación de malestar emocional, cuando hemos perdido el interés en nosotros mismo y en las situaciones que antes nos eran placenteras. La depresión es una pérdida de la capacidad de goce, aunada a una tristeza, en muchos de los casos, insoportable. Conlleva una serie de padecimientos fisiológicos como ataques de llanto, de desesperación, de ansiedad, miedos extremos a algo que incluso desconocemos. Lo más característico de esta enfermedad es una expresión corporal y facial totalmente trastornada y abatida. Quien está deprimido no tiene la energía para salir adelante; no es que no quiera hacerlo, es que **no puede**.

Un depresivo diría, como Jaime Sabines, "Espero curarme de ti":

Espero curarme de ti en unos días.  
Debo dejar de fumarte, de beberte, de pensarte.

Es posible. Siguiendo las  
prescripciones de la moral en turno.  
Me receto tiempo, abstinencia,  
soledad.<sup>1</sup>

## ¿Existen diferentes tipos de depresión?

---

<sup>1</sup>Sabines, J. *Poesía amorosa*. Selección y prólogo de Mario Benedetti. México: Seix Barral, 1998.

Siendo la depresión una enfermedad tan característica, parecería sencilla su detección clínica. Sin embargo, aun cuando numerosas corrientes de estudio han pretendido catalogarla mediante pruebas de laboratorio, tests psicométricos, pruebas de reacción, etc., ha sido difícil clasificarla.

En la actualidad, cada vez más autores están de acuerdo en que la depresión es una enfermedad muy compleja, con rasgos aún no descubiertos.

Existe un gran número de trastornos depresivos que deben ser tratados con psicoterapia, otro grupo debe tratarse con medicamentos y otro más, que corresponde a la mayoría de los casos, con una combinación de psicoterapia y medicamentos.

Hasta hace poco tiempo se decía que las depresiones eran de dos tipos: endógenas (que provienen de nosotros mismos, de cambios en nuestra bioquímica) y exógenas (que provienen de nuestro entorno o exterior, de cambios en la percepción de nuestra vida). Ahora sabemos que no somos seres divididos y que todo lo externo provoca cambios químicos internos; el medio influye en el ser y, a su vez, cada ser afecta a su medio. Por lo tanto, la depresión es una enfermedad multifactorial. Ya Shakespeare lo intuía cuando, en voz de Hamlet, nos dice: "las penas vienen no como pequeños espías, sino como grandes ejércitos"<sup>2</sup>, algo muy característico de la depresión.

Pero entonces, ¿cómo puede clasificarse a la depresión si intervienen en ella tantos factores? Y, más importante aún, ¿es o no es depresión lo que padecemos?

---

<sup>2</sup>Shakespeare, W. *Hamlet*. Acto IV; escena 5; línea 78.

## **¿PADEZCO YO UNA DEPRESIÓN?**

*No hay nada noble en ser superior a otra persona.  
La verdadera nobleza radica en ser superior a tu antiguo yo.*  
Robin Sharma<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Sharma, R. *El monje que vendió su Ferrari*. México: Plaza y Janés: 1997.

**E**s fundamental determinar si padecemos o no una depresión, ya que sólo existen soluciones reales a problemas reales.

Si una persona ha sido diagnosticada como un paciente depresivo, este curso le será de gran ayuda; sin embargo, si siente alguno de los síntomas de la depresión pero aún no lo han diagnosticado, es de suma importancia que asista con un especialista, ya sea un psicólogo o un psiquiatra, para su diagnóstico correcto.

Los siguientes puntos les ayudarán a conocer más acerca de su padecimiento.

Entre los factores relevantes en el diagnóstico de la depresión se encuentran los siguientes (si usted padece más de siete de ellos es probable que tenga una depresión, la cual deberá ser diagnosticada adecuadamente por un especialista):

- ❑ Dolores de cabeza frecuentes.
- ❑ Dolores musculares relacionados con el estrés (sin una razón aparente para su surgimiento).
- ❑ Dolores de espalda.
- ❑ Falta de energía.
- ❑ Falta de aire (sentir que se ahoga)
- ❑ Acidez estomacal (el uso de algunos antiácidos provoca depresión)
- ❑ Sentimiento de ansiedad
- ❑ Miedos extremos (en la mayoría de los casos, se desconoce a qué se le tiene miedo)
- ❑ Sentimientos de minusvalía (“no sirvo para nada”)
- ❑ Pérdida de interés (lo que antes le interesaba, ahora ya no le interesa tanto, o nada).
- ❑ Falta o aumento de apetito (en ocasiones, la comida no tiene ningún sabor).
- ❑ Falta o aumento del interés sexual.

- ❑ Deseos o ideas de muerte (el síntoma más peligroso)
- ❑ Apatía (nada le importa).
- ❑ Problemas para conciliar el sueño o para dormir bien.
- ❑ Sentirse mejor en algún momento específico del día, ya sea por la mañana, la tarde o la noche.
- ❑ Dificultad para concentrarse.
- ❑ Dificultad para recordar las cosas o pérdida parcial de memoria.

Debido a la complejidad del problema, es común que se efectúen diagnósticos erróneos y, por supuesto, que ocurra un mal manejo de esta enfermedad. Es probable que a usted le hayan recomendado en alguna ocasión alguno de los siguientes tratamientos, con nulos resultados:

- *Tomar vitamina B.* Esta vitamina fortalece los nervios, pero los de conducción, no los usualmente llamados “nervios”, y que se refieren a la ansiedad.
- *Echarle ganas.* Nunca he encontrado donde venden las ganas para echarle a todo.
- *Descansar.* La persona deprimida no tiene otra opción, ya que carece de energía, pero realmente no desea descansar.
- *Tomar unas vacaciones.* La persona no tiene ánimo de salir.
- *Realizar rituales:* “limpias”, viajes astrales, magia blanca, etc. Ocasionalmente pueden ayudar, pero sólo por un breve tiempo, pues funcionan como placebo, y la persona se vuelve adicta a tales actividades.
- *Pensar positivamente.* En la mayoría de los casos resulta

imposible para el paciente, y no es que no lo desee.

- *Beber alcohol*, lo cual agrava la situación.

Cada persona podrá recomendar éstas y otras medidas similares que son sólo paliativos con efectos momentáneos. Pero el problema está ahí, y si no se atiende correctamente, regresará y cada vez con mayor fuerza. Es ahora cuando hay que enfrentarlo.

## TIPOS DE DEPRESIÓN

*Cada flecha que da en la Diana es el resultado de cien flechas erradas.*

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha catalogado los trastornos depresivos de la siguiente manera (CIE-10<sup>4</sup>):

- F31.3 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo leve o moderado
- F 32.0 Episodio depresivo leve
- F32.1. Episodio depresivo moderado
- F 32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos
- F 32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos
- F 32.8 Otros episodios depresivos
- F 32.9 Episodio depresivo sin especificación
- F 33.0 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve
- F33.1 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado
- F33.2 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos
- F 33.3 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos
- F 33.4 Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión
- F 33.8 Otros trastornos depresivos recurrentes
- F 33.9 Trastornos depresivos recurrentes sin especificación
- F41.2 Trastorno mixto ansioso-depresivo
- F92.0 Trastorno disocial depresivo

Algunos de estos tipos de depresión se tratarán óptimamente con psicoterapia, otros con fármacos y la gran mayoría con la combinación de ambos tratamientos.

Hemos podido determinar que los diagnósticos que se tratan favorablemente con el sistema que aquí proponemos son:

- F 32.0 Episodio depresivo leve
- F32.1 Episodio depresivo moderado
- F 33.0 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve
- F33.1 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado
- F41.2 Trastorno mixto ansioso-depresivo

Si bien es pertinente hacer uso de medicamentos para el mejor control de la depresión, también conviene procurar no recurrir a éstos en un inicio, ya que, en niveles no muy profundos de depresión, el cuerpo humano es capaz (si no padece un daño o carencia fisiológica o química) de regularse con el apoyo de la psicoterapia.

---

<sup>4</sup> OMS (Organización Mundial de la Salud). *Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento de la CIE 10. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor: 1992, pp 97-112.

OMS (Organización Mundial de la Salud). *Mental Disorders: Glossary and Guide to their Classification in Accordance with the Tenth Revision of the International Classification of Diseases*. OMS: Genove: 1990.

## Diálogo del padecimiento

(Caso 1)<sup>5</sup>

*He tenido sueños y he tenido pesadillas,  
pero superé mis pesadillas gracias a mis sueños.*

Robin Sharma

---

<sup>5</sup> El caso ha sido modificado parcialmente por razones de confidencialidad.

Una tarde asistió a mi consultorio una paciente que presentaba los clásicos síntomas de la depresión: refería sentirse deprimida, no estar a gusto con lo que le pasaba, no se llevaba bien con nadie a su alrededor, nada le interesaba, tenía frecuentes dolores de cabeza, no podía dormir bien, consideraba que su vida no tenía ningún valor y en varias ocasiones había tenido deseos de morir, no tanto de suicidarse, sino simplemente de desaparecer. Su apariencia era un tanto descuidada. Desde el principio entró en un estado de llanto que no podía controlar. En conclusión, padecía de un trastorno depresivo. Ella vivía con sus padres y hermanos. Refirió que su hermana era la favorita de su madre y que la relación con su padre era deficiente. Se había acostumbrado a estudiar y a ser una “buena niña”, pero nunca había podido tener amigos. Había pasado de una relación de noviazgo sin gran relevancia a otra. No era una chica guapa, pero siempre se había caracterizado por ser la mejor y tener excelentes calificaciones; sin embargo, se siente vacía. Había tenido empleos temporales, donde no se sentía realmente “enganchada” con el trabajo. Siempre había pensado que no requería ayuda, pero ya no podía más. Realmente le era difícil seguir viviendo así. Se encontraba desesperada, y no tenía a quien recurrir.

En la primera sesión acordamos los días de tratamiento; la paciente se ha presentado siempre puntual a sus citas, con un cuaderno para anotar “lo de la terapia”.

Al inicio resultó difícil trabajar con ella, ya que no permitía que se le interpretara, por lo cual decidí utilizar un nuevo tipo de terapéutica.

Comúnmente refería que toda la semana anterior se la había pasado llorando, y que se había sentido culpable

de todo. Sin embargo, se iba notando una mejoría en ella y una mayor adherencia a su tratamiento. Hablaba de sus novios y de sus sentimientos, de la represión ejercida por sus padres. Una de las fantasías que manejaba era que ella tenía que defender a su familia, pero no sabía de qué o de quién.

Refería que en su casa la situación era “castrante”, ya que tenía que hacer, en gran medida, las labores de los demás, lo cual provocaba situaciones familiares estresantes. Afirmaba que sus padres se la pasaban comparándola con sus hermanas, lo cual llevaba aún a más tensión. Se había encontrado realizando actividades que no le correspondían, como organizar a la familia, limitar a sus hermanas, etc. Se sentía muy confusa, ya que quería encontrar una mejor forma de vivir, pero sin dejar de ser quien era. No tenía ninguna meta y sentía un gran bloqueo e inconformidad con su madre.

Uno de los objetivos terapéuticos fue hacer surgir sus sentimientos, a fin de poner cada uno en su lugar y utilizarlos convenientemente.

Pretendimos ir día a día, así que la meta fuera ser feliz hoy, pero no por la búsqueda de la felicidad ciega, sino por encontrar las cosas que la hacían feliz cada día.

Éste es un caso clásico de depresión que, con el tratamiento adecuado, salió adelante. Actualmente, la paciente se encuentra muy bien, tiene buenas amistades y su rostro luce diferente. Los síntomas han desaparecido. Encontró la razón para utilizar cada mecanismo de reacción (los cuales revisaremos más adelante). Está siendo monitoreada cada seis meses y no ha tenido ninguna recaída.

## ¿POR QUÉ SURGE LA DEPRESIÓN?

Esta pregunta tiene un sinnúmero de respuestas. Son muchos los autores que a través del tiempo han pretendido responderla. En términos generales, las respuestas han sido unteóricas, es decir, desde una sola teoría o enfoque.

Un ejemplo de explicación teórica de las causas de la depresión nos la ofreció, en 1997, el entonces director de la APM. Él refería que la depresión era padecida por sujetos con personalidad dependiente e histriónica que tenían el afán de sacrificarse por los demás y ayudar a los otros, e intentaban restablecer la relación con el objeto perdido, sumando la rabia por la pérdida de éste. Además, había que tomar en cuenta el distanciamiento manifiesto entre la auto imagen y el ideal del yo, así como la tríada cognitiva negativa.

Por otro lado, la doctora Juana Castilla<sup>6</sup> afirma que existen cinco grandes factores etiológicos de la depresión:

1. Constitución.
2. Factores genéticos, en trastornos como la psicosis maníaco depresiva.
3. Causas exógenas psíquicas. En la teoría psicoanalítica, se basa en la relación con la pérdida del objeto.

4. Causas exógenas. Factores psicológicos arraigados en la primera infancia.
  5. Causas endógenas físicas, que son comprobables en estudios orgánicos.
- Podríamos citar numerosas teorías más que intentan explicar el origen de la depresión, cada una más complicada que la anterior. Lo que concluimos a partir de una revisión de las más importantes es que la depresión es, definitivamente, una enfermedad multifactorial, que depende tanto de la personalidad del individuo, como de su entorno social, su alimentación, sus predisposiciones hereditarias, sus fantasías de futuro, su forma de enfrentar los problemas, su tolerancia a la frustración y sus mecanismos de reacción.

### *Los mecanismos de reacción*

---

<sup>6</sup>Castilla, J. *Conceptos: Depresión en la práctica médica*. S.M.P.B, Núm. 1, 1968, México.

El enfoque de este curso es que la depresión radica, en gran medida, en los llamados “mecanismos de reacción”, es decir, en nuestros sentimientos y cómo los aprendemos.

Si bien las personas poseemos al nacer mecanismos psíquicos de defensa, los cuales desarrollamos posteriormente, también tenemos mecanismos de reacción, que son los sistemas que utilizamos para reaccionar ante los diversos estímulos. Un niño no nace con el amor como lo conocemos, sino que lo aprenderá de sus padres o seres cercanos. Es aquí donde radica en gran medida el problema, ya que con frecuencia este aprendizaje es ambiguo, por ejemplo, a un niño se le da una reprimenda y, al mismo tiempo, se le dice que se le quiere. En su psique quedará aprendido que la reprimenda es parte del amor, lo cual va siendo reforzado a través de los años. Ya en la

adultez, la persona siente anhelo por lo perdido, y al mismo tiempo odio por ello, sentimientos encontrados y difíciles de erradicar.

Pocos padres saben que no deben fomentar sentimientos encontrados o ambiguos y, desafortunadamente, esta práctica errónea es común en nuestra sociedad.

Por lo tanto, tendremos que reaprender la gran mayoría de nuestros sentimientos, y determinarlos desde su forma más pura. Esto es: imaginemos que hemos puesto, a lo largo de los años, nuestros sentimientos y situaciones de alto contenido emocional en una licuadora y la hemos prendido. Tenemos entonces un “revoltijo” de sentimientos ante situaciones complicadas, lo cual hace difícil determinar el mecanismo de reacción adecuado.

Deberemos hacer una separación de nuestros mecanismos de reacción para ubicarlos en su forma más pura y con esto lograr usarlos de manera más adecuada. Tendremos que jugar a los “palitos chinos”. Imaginemos que cada color de los palitos es un sentimiento, y que todos los colores se encuentran revueltos entre sí. Usaremos el palito negro (la razón) para separar los demás (mecanismos de reacción), lo cual es una tarea meticulosa y difícil. Afortunadamente, existe una técnica muy eficiente. Empecemos por revisar todos los mecanismos de reacción que conocemos. Algunos de ellos son:

- Miedo
- Ira
- Sufrimiento
- Tristeza
- Coraje

- Odio
- Alegría
- Amor
- Ansiedad
- Angustia
- Atracción

Ahora busquemos su utilidad. ¿Para qué sirven? Veamos algunos ejemplos:

**Ira.** La ira es un mecanismo que nos previene contra una persona. Nos dice que hay algo en ella que nos causará un daño. Por eso sentimos ira hacia alguien.

**Coraje.** El coraje sirve para que, en situaciones en las que nos falta energía, ésta se produzca. El coraje nos dice: “vamos, adelante; tienes la energía, utilízala”.

**Angustia.** Es un mecanismo de prevención, como la ira, pero en la angustia el evento aún no se ha presentado. Al igual que en el coraje, se requiere energía, sólo que ésta se encuentra en reserva por si se presenta el evento angustiante (que se haga realidad el temor o miedo de que ocurra algo). Es muy importante descargar la angustia con alguna actividad física.

### **Práctica**

Los mecanismos de reacción son muchos y cada uno tiene su objetivo y uso. Anote en una hoja sus propios mecanismos de reacción (sentires) y determine su función.

Esta actividad es de suma importancia para la técnica siguiente, y es indispensable para evitar caer en futuras depresiones.

La técnica es sencilla, pero requiere trabajo. Primero, determinemos los mecanismos de reacción que utilizamos en determinadas situaciones y que nos conducen a sentimientos depresivos;

posteriormente, dejemos que estos mecanismos de reacción fluyan libremente; no los reprimamos, ya que la represión de alguno de ellos sólo activará otro y, como este otro no es el que requeríamos, se hará una nueva mezcla de mecanismos (sentimientos).

Si siente amor, expréselo; si siente ira, exprésela. No hay nada de malo en expresar nuestro sentir. No existen sentimientos positivos o negativos; sólo son lo que son: sentimientos, ni malos ni buenos.

Así que si tiene miedo es por algo; acéptelo. Si tiene afecto por alguien es por algo, acéptelo. Nunca, nunca pretenda engañarse con sus mecanismos, ya que dejarán de servir para lo que son y empezarán a causar una depresión que estallará en algún momento.

Esta práctica es fundamental pues nos permitirá prever futuras depresiones, así como tratar las actuales.

## PSICOTERAPIAS PARA *EL CONTROL DE LA DEPRESIÓN*

Existen varios tipos de terapéuticas y psicoterapias para el manejo de la depresión. Su efectividad tiene relación con su temporalidad, es decir, algunas psicoterapias conducen en menos tiempo que otras a la disminución y anulación de la depresión. En toda psicoterapia se deben determinar sus objetivos y su temporalidad. El psicoanálisis, por ejemplo, será más prolongado porque su propósito no es sólo el abatimiento de la depresión, sino que tiene objetivos más profundos y complejos, lo cual tomará más tiempo. Terapias de corte conductista, que tienen objetivos específicos y de poca elaboración, requerirán menos sesiones.

El sistema que aquí proponemos está basado en importantes teorías, que nos conducirán a lograr nuestro objetivo en corto tiempo, pero con una gran durabilidad, ya que, además de combatir los síntomas de la depresión, buscamos que ésta no sea profunda y que en momentos extremos de duelo, no se prolongue excesivamente.

Nuestro sistema parte principalmente de dos teorías: el enfoque psicodinámico y la teoría cognitivo conductual. Hemos obtenido las contribuciones de cada una para enriquecer las nuestras.

A continuación destacamos los puntos más relevantes de cada una.

## TERAPIA PSICODINÁMICA

A principios del siglo XX, Sigmund Freud aportó a la psicología complejas teorías de la mente.

Para Freud, la mente se divide en tres grandes partes: el consciente, el preconscious (comúnmente llamado, subconsciente) y el inconsciente (el más “traidor” pero también “salvador” de nuestra personalidad).

**Consciente.** En el consciente se encuentra todo lo que estamos pensando en este momento, pero sólo en este momento. Es la parte que nos mantiene comunicados con el mundo exterior. Conforme van ocurriendo los acontecimientos, los recuerdos se acomodan en las otras dos partes de nuestra mente, dependiendo de la importancia y la magnitud de éstas.

**Preconscious.** En el preconscious o subconsciente se encuentra nuestra memoria accesible, recuerdos que a los que tenemos acceso sin un proceso complejo (podemos recordarlos de inmediato), como lo que hemos hecho ayer, si ya comimos o no, nuestra dirección, teléfono nombre, etc. No tenemos todos estos recuerdos en la conciencia porque son tantos que perderíamos la razón y la capacidad de usarlos.

**Inconsciente.** En el inconsciente se encuentra todo lo que mantenemos oculto mediante mecanismos de defensa (de los cuales trataremos más adelante). Ahí está todo lo que pasó, pero que ya no recordamos; todo lo que nos podría causar un problema si lo recordáramos, hechos que desestructurarían nuestra personalidad y que han sido guardadas en

esa inmensa bóveda. El inconsciente es como si un niño temeroso estuviera rodeado en la oscuridad por los más horribles monstruos que jamás hubieran existido. El doctor Roche, un reconocido psiquiatra y psicoterapeuta, comentaba las semejanzas entre el inconsciente y algunas figuras relativas al diablo: ambos son traicioneros y nos causan mucho daño, pero, a la vez, sólo un ángel caído podría salvarnos en situaciones extremas. Gracias al inconsciente, no necesitamos movernos para viajar; con sólo mirar hacia dentro tendríamos tanto por descubrir que nunca acabaríamos.

La siguiente figura representa el gran “iceberg de nuestra mente”, ya que sólo conocemos y vemos una muy pequeña parte de ella.

Nuestra personalidad consta de tres estructuras, las cuales mantienen y dictan nuestra forma de ser y de reaccionar. Estas estructuras son: ello (Id), yo (ego) y super yo (super ego). Cada una tiene funciones específicas y se relaciona con la mente en términos del funcionamiento de la personalidad, con o sin tomar en cuenta a la memoria.

**Ello.** Es la estructura en la que se encuentran nuestras pulsiones o deseos (no sólo se desea en el ámbito sexual, sino que siempre se tienen deseos), los cuales motivan la vida. Algunos ejemplos de ellos son el deseo de triunfo, de alimentación, de compañía, etc. En el surgimiento de estos deseos radican gran parte de nuestras frustraciones, las cuales se deben a la falta de culminación de nuestros deseos. Es posible que las frustraciones conduzcan a una depresión. Esto no significa que si no hay deseos no hay depresión, ya que en la depresión no se desea; significa, en cambio, que si no se focaliza, se elabora y se analiza el deseo, puede ocurrir la depresión. Así es que debemos balancear esta estructura para lograr una mejor salud mental.

**Yo.** El yo es la persona; es la parte de la mente en la que se encuentra, que dice cómo es. Es una estructura reflexiva que nos describe. Es más que la suma de las descripciones de los que nos rodean; es la esencia misma de nuestra personalidad. Además de ser reguladora de nuestros deseos (ello) y las normas (súper yo), es la balanza entre el *yin* y el *yan*, la que dice la última palabra entre el ello y el súper yo.

**Súper Yo.** Es el sistema moral, las represiones, el dictador de todas las normas de conducta, nuestro código moral y ético; toda nuestra consti-

tución se encuentran en este sistema. Es una estructura que está en constante lucha con el ello, y también es el responsable de todas nuestras frustraciones, ya que, por fortuna, no nos permite hacer lo que se nos “venga en gana”, y con ello sacrifica algunos de nuestros deseos. Tener un súper yo débil permitirá que el sujeto rompa las reglas, sean éstas buenas o malas; y si es muy punitivo o castigador, lo orillará a reprimirse constantemente y, entre otras cosas, a tener todo obsesivamente pulcro, limpio y en su lugar.

Para ilustrar cómo funciona la personalidad, imaginemos a una persona con un diablillo en un hombro y un angelito en el otro; el diablillo sería el ello, el angelito sería el súper yo y la persona el yo.

### ***El Yo ideal***

Ésta es una de las instancias más importantes en el manejo de la depresión, ya que, por su desarrollo y elaboración, es la encargada de suprimir el placer, principal síntoma de la depresión.

¿Qué es el yo ideal? El yo tiene la capacidad de proyectarse al futuro, así como la de reconocer el pasado, de tal manera que en cada momento de nuestras vidas el yo crea fantasías hacia el futuro, construyendo un ideal de cómo le gustaría o debería de ser en algunos días, meses o años.

Veamos un ejemplo. Un niño de seis años se encuentra un día siendo interrogado acerca de lo que será cuando sea grande, así es que crea en su mente, de acuerdo con su forma de pensamiento, lo que cree que será su futuro. Empieza a fantasear que será bombero, policía, millonario, etcétera, creando para él un

futuro ideal o un yo ideal, que está basado en su entorno. Por lo tanto, si ha sido bombardeado por la publicidad, deseará ser según el concepto publicitario que se ha formado. Cuando ve anuncios y programas acerca de que debe ser delgado, que tiene que poseer un buen auto y tener gran solvencia económica, creará un yo ideal en el que él se ve en el futuro siendo delgado, con un buen auto y con gran solvencia económica.

Desafortunadamente, en la gran mayoría de los casos no se alcanza el yo ideal y esto crea problemas. Si bien parecería que no nos afectaría (ya que sólo es una fantasía de niños), en realidad hemos creado en nuestra mente una instancia que sólo estará tranquila cuando se encuentre en el lugar que previamente le asignamos; así que, como no nos encontramos ahí, empieza a “cobrarnos intereses” por defraudarla. Por ejemplo, si a mí me gustaba leer, ahora ya no lo

gozaré, si me gustaba salir de vacaciones, ahora ya no será grato para mí, pues al no haber cumplido la meta del yo ideal, pensaré que no merezco disfrutar. Lo mismo sucederá con cada placer que tenga, pues el yo ideal se encargará de eliminar toda capacidad de goce hasta que se encuentre en el ideal.

Una de las formas terapéuticas que se utiliza para atender esta problemática es la llamada “estimulación regresiva”, con reacomodo del presente. Por medio de rituales (los seres humanos somos en extremo ritualistas), nos pedimos perdón y dialogamos con nuestro pasado para estar más conformes con el presente. Esta práctica (que podría parecer “chamánica” o mística), es sumamente útil e imprescindible para lograr un óptimo abatimiento de la depresión. Veamos un caso.

## Diálogo del padecimiento (Caso 2)<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> El caso ha sido modificado parcialmente por razones de confidencialidad.

Una tarde llegó a mi consultorio una paciente que presentaba todos los síntomas de depresión causada por una insatisfacción. En la entrevista, la paciente refirió que ya se sentía vieja, que parecía como si algo le faltara, que desde que cumplió 35 años no había identificado lo que la estaba molestando; se sentía perturbada. Exploramos su yo ideal, lo que nos llevó a saber que desde niña había querido intensamente hacer la carrera de veterinaria, y después formar un hogar modelo. Lamentablemente, se casó muy joven y sentía que la responsabilidad de sus dos hijos nunca le iba a permitir estudiar. Pensaba que una persona de su edad ya no podría terminar una carrera, lo cual la condujo, de forma inconsciente, al abatimiento del placer y, por lo tanto, a la depresión.

Le pedí que sacara un álbum fotográfico de ella y que recordara cómo era en las diferentes edades. Después, le solicité que, ya ubicada en cada una de esas edades, se dijera a sí misma: “perdóname por todo el mal que te he hecho. Perdóname por no ser la veterinaria que siempre deseaste ser, pero las circunstancias por las cuales he pasado me impidieron ser lo que tú pretendías. Sé que tú no entiendes mucho acerca de cómo funciona la vida, así que ahora que las cosas no son como tú lo querías, te pido perdón. Te pido que busquemos un ideal más adecuado para la forma de vida actual. Tendré entonces que plantearme el objetivo de ser lo que ahora soy, haciendo con esto un yo ideal de acuerdo con lo que ahora soy”. Cuando la paciente concluyó esta actividad sintió un gran alivio.

En la depresión, nuestro mayor enemigo somos siempre nosotros mismos. Al respecto, acerquémonos a la enseñanza Zen que habla acerca del enemigo interno.

*Un día Tzu-Kwin Tze, un gran guerrero que había vencido ya a todos sus adversarios, se sintió solo, como si algo le faltara; había un gran hueco en su interior.*

*Por esos tiempos, un monje Zen transitaba por la zona, así que Tzu-Kwin Tze lo llamó y le preguntó: “¿Por qué me falta algo, si ya he vencido a todos mis enemigos?”. El monje Zen le contestó: “Estás tan lejos de vencer a tu más grande enemigo como al principio”. El gran guerrero preguntó: “Dime cuál es mi más grande enemigo y me prepararé para vencerlo.” En ese momento el monje Zen replicó: “Tu preparación inició el día en que naciste, y en cuanto al nombre, yo no te lo puedo decir. Ve al remanso del río. Si te acercas y pones atención a lo que te tiene que decir, sabrás de quien se trata.” Con gran rapidez, Tzu-kwin Tze se dirigió a tal remanso, y al acercarse no percibió nada, no escuchó nada; sólo había tranquilidad y silencio en el ambiente. Así que regresó con el monje Zen y volvió a formular la pregunta, pero éste le respondió lo mismo. Pensó que no había pasado el tiempo suficiente en el río, así que regresó a él, pero nuevamente no encontró nada. Lo hizo tantas veces que el asistir al remanso del río se volvió casi una rutina. Pasaron muchos años.*

*Un día, el gran guerrero se encontraba calmado y quieto, platicando con el remanso del río, y le decía: “En verdad sólo tú sabes quién es mi gran rival, pero siento que me hago viejo. Tal vez cuando conozca el secreto, ya seré muy viejo y no podré vencerlo”. Sintióse frustrado por no haber encontrado la respuesta, se sentó en posición de loto al lado del río. Fue así como logró apreciar un rayo de luz que venía del cielo e hizo reflejar su rostro en el agua. Entonces conoció la respuesta.*

## TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

Este tipo de terapéutica también es en extremo útil para el control de la depresión, ya que su principio básico es poseer el conocimiento de la razón de nuestras conductas.

Si bien los seres humanos somos individuos únicos, también somos seres sociales. Pertenecemos a una sociedad y en mucho aspectos reaccionamos conforme a ella. Es decir, tenemos pensamientos automáticos, que pueden agravar nuestra problemática. Ejemplos de tales pensamientos son: “soy mujer, por tanto, soy menos”, “si siempre me han dicho que soy un inútil, me sentiré siempre un inútil”. Los pensamientos automáticos nos molestan todo el día, y desgraciadamente en la mayoría de las ocasiones no nos percatamos de ellos.

Uno de los objetivos de la terapia cognitivo conductual es focalizar los pensamientos automáticos, detectarlos y transformarlos en pensamientos realistas o funcionales.

Numerosos autores afirman que el mejor manejo para la depresión es la utilización de la terapia cognitivo conductual, ya sea sola o combinada con fármacos (dependerá del caso). En la terapia cognitivo conductual se pretende cambiar estructuras cognitivas erróneas que han provocando diversas manifestaciones negativas en un sujeto, como la frustración, la disolución de metas, la punitividad de nuestro comportamiento, etcétera, las cuales, en muchos casos, conducirán a la depresión.

Dentro de esta terapéutica se determinan tareas que el paciente deberá cumplir, así como reflexiones de sus actitudes ante situaciones que al parecer

podrían considerarse como cotidianas, pero en conjunto son molestas para él, lo cual será de suma importancia para la adecuada utilización de este tipo de terapia.

El empleo de la terapia cognitiva tiene como objetivos:<sup>8</sup>

1. Identificar pensamientos automáticos negativos y suposiciones ocultas que disparan y perpetúan emociones de disgusto.
2. Identificar distorsiones o equivocaciones cognitivas.
3. Realizar y sustituir pensamientos propios más realistas que reduzcan emociones dolorosas.
4. Reemplazar suposiciones ocultas perjudiciales por un sistema de creencias más racional.
5. Desarrollar habilidades sociales.

Dentro de esta terapéutica es de gran ayuda para el paciente tomar en cuenta las ocho distorsiones cognitivas más frecuentes que todos los seres humanos cometemos. Es recomendable tener una copia en un lugar donde se pueda ver cotidianamente (el espejo del baño, la puerta del refrigerador, etc.) y, repasarlas cada vez para intentar no caer en ellas.

---

<sup>8</sup>Levendusky, Ph.. *La terapia cognitivo conductual en la depresión*. Conferencia en Laboratorios Lilly, México, 1997.

## DISTORSIONES COGNITIVAS

### ***1. Enfoque en lo negativo***

Sólo nos damos cuenta de las cosas negativas, sin siquiera mirar las positivas.

### ***2. Pensamiento de todo o nada***

Creemos que todo es sólo malo o sólo bueno, blanco o negro, yin o yan.

### ***3. Leer la mente***

Sin que los demás nos digan nada, creemos saber lo que están pensando de nosotros, y pensamos que son sólo cosas negativas.

### ***4. Adivinar el futuro***

Creemos saber lo que nos va a pasar en las circunstancias del día; obviamente sólo predecimos cosas malas o negativas.

### ***5. Pensamiento catastrófico***

Tenemos la creencia de estar vinculados con las catástrofes que suceden a nuestro alrededor sólo por el hecho de enterarnos de ellas. Pensamos que cualquier noticia está sujeta a una catástrofe posterior.

### ***6. Personalización***

Pienso que lo malo que les pasa a los demás me pasa a mí también, o me pasará en un futuro.

### ***7. Hacer reglas***

Hacemos demasiadas reglas, muchas de las cuales son inalcanzables, lo cual nos frustra y nos deprime aún más.

### ***8. Razonamiento emocional***

Analizamos o revisamos minuciosamente todas nuestras emociones. Gastamos más tiempo en saber por qué nos aprecian u odian que en intentar disfrutar o cambiar estos conceptos.

Una aseveración de la terapia cognitivo conductual es que: “El hombre no se trastorna por las cosas en sí, sino por la manera como las contempla.”<sup>9</sup>

En el siguiente pasaje del antiguo Japón se manifiesta el poder de la mente.

*Un día dos monjes de un convento Zen se encontraban estudiando, cuando su maestro los mandó por víveres. Se dispusieron a cumplir la orden y se dirigieron al pueblo más cercano. En el camino les cayó una fuerte lluvia, la cual tomaron y disfrutaron. Al llegar al pueblo se percataron de afuera de uno de los establecimientos se encontraba una hermosa geisha que quería cruzar al otro lado de la avenida. La calle estaba enlodada por la lluvia y ella no quería manchar su bello vestido nuevo. Así que, sin pensarlo mucho, uno de los monjes (Tzao) se dirigió a la geisha, la cargó fuertemente y la depositó del otro lado de la calle. El otro monje (Shimadzu) lo miró con asombro. Posteriormente continuaron con sus compras y se dispusieron a volver al monasterio. En el camino de regreso, Shimadzu se acercó a Tzao y le reclamó: "Tú bien sabes que no debemos tener contacto con mujeres; lo que has hecho no tiene razón de ser, has cargado a una mujer". Tzao replicó: "Yo sólo la transporte de un lado al otro; tú en cambio la sigues cargando en tu mente".*

---

<sup>9</sup>Levendusky, Ph.. *La terapia cognitivo conductual en la depresión*. Conferencia en Laboratorios Lilly, México, 1997.

## OTROS FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA DEPRESIÓN

Si bien la mente es un factor determinante en el surgimiento y mantenimiento de la depresión, no es el único. A continuación revisaremos algunas variables más que influyen importantemente en este padecimiento.

### *Alimentación*

La óptima alimentación es un elemento básico para reducir los trastornos depresivos. Nos hemos acostumbrado a tener una alimentación incorrecta, tanto en horario como en calidad.

Si la materia no se crea ni se destruye, sólo se transforma, y si no ingerimos alimentos que contengan los nutrientes cerebrales que necesitamos, ¿cómo pretenderemos contar con los neurotransmisores suficientes?

Imaginemos que, para ser feliz, una persona requiere abrir diez puertas en su cerebro. Todas están cerradas con llave y tiene los materiales suficientes para crear únicamente seis llaves; entonces, cuatro puertas quedarán sin abrir, provocando una felicidad mínima e insuficiente.

Ocurre que, por ejemplo, cuando pasamos grandes periodos de tiempo sin alimento, carecemos de la fuente de nutrientes. Si una persona padece depresión, es fundamental que no deje pasar más de cuatro horas entre un alimento y el siguiente. No se trata de darse un festín, sino de hacer comidas ligeras más frecuentemente.

Por ejemplo, si usted desayuna un plato de cereal a las 7:00 a.m., y sale hacia el trabajo planeando comer a las

2:00 p.m., esto será nocivo para su salud y agravará su enfermedad. Lo más conveniente es tomar un refrigerio de legumbres, frutas o verduras a las 11:00 a.m., con lo cual mejorará su metabolismo y llegará sin tanto apetito a la hora de la comida, la cual no deberá ser tan abundante. Este sistema evitará dar grandes choques a su metabolismo, el cual se mantendrá en funcionamiento constante, sin pasar del total reposo al trabajo intenso, lo cual lo va desgastando gradualmente.

Además del espaciamiento entre los alimentos, es muy importante su cantidad y calidad. Desafortunadamente, estamos acostumbrados a consumir una gran cantidad de grasas poliinsaturadas que son difíciles de metabolizar y hacen cadenas tan grandes que llegan a bloquear los receptores en la neurotransmisión, provocando una mala conducción. Pensemos nuevamente en el ejemplo de las puertas. Imaginemos que, independientemente de tener o no las llaves suficientes para abrirlas, las chapas se encuentran bloqueadas por grandes cadenas de grasa, lo cual nos impide insertar las llaves. Entonces, ¿cuántas puertas lograremos abrir? Por esto se recomienda que la dieta sea balanceada considerando los cuatro grupos de alimentos. Es muy conveniente acudir a un especialista en nutrición.

### *Ejercicio*

Al igual que tener una dieta balanceada, es imperativo realizar algún tipo de ejercicio. No se trata de ganar competencias, sino de realizar una

actividad que nos conduzca al cansancio físico. Antes de iniciarla, deberemos valorar diversas circunstancias, como si hemos realizado ese ejercicio con anterioridad, y si estamos o no asesorados en esta nueva labor.

En caso de que nunca hayamos realizado ejercicio, comenzaremos por efectuar caminatas, llegando hasta donde nos sintamos cansados, sin importar distancia ni tiempo, ni si hemos sudado o no, ya que la fatiga excesiva puede causar diversos malestares. Debemos diferenciar el cansancio de la fatiga, ya que de esto dependerá la adecuada realización de cualquier rutina de ejercicio. Para una ejecución óptima es necesario contar con la supervisión de un entrenador profesional. Recomendamos el ejercicio aeróbico, como el yoga, los *aerobics*, la caminata, etc., en lugar de otro tipo de más rendimiento. El funcionamiento neuronal y fisiológico involucrado en el ejercicio aeróbico nos lleva a un aumento de la temperatura corporal después de los primeros 15 minutos, lo que permite quemar las nocivas grasas, las cuales son acumuladas por nuestro cuerpo en tejido graso, como en los vasos sanguíneos, causando serias enfermedades a mediano y largo plazo. Por tanto, es fundamental, por un lado, cuidar nuestro consumo de grasas en los alimentos, y por otro, eliminarlas mediante el ejercicio.

El ejercicio no sólo trabaja en este nivel regulatorio de las grasas, sino también tiene una muy importante función neuronal, la cual está basada en la liberación de sustancias químicas, como las endorfinas, que nos ayudan a disminuir los dolores tan comunes en la depresión. De esta manera, mientras realizamos una rutina aeróbica, se liberan sustancias que nos permitirán hacer más soportable la depresión, ya que nuestro umbral del dolor será más alto, y los molestos dolores serán más llevaderos.

### ***Estilo de vida sano***

En la actualidad, existe una tendencia a llevar un ritmo de vida nada sano que resulta muy perjudicial para nuestro organismo.

Cuerpo y mente no son sistemas paralelos; por el contrario, se encuentran interrelacionados, constituyendo un mismo macro sistema. Realmente somos seres bio-psico-económico-sociales intensamente complejos, y no sólo la suma de todas nuestras partes, ya que la interacción entre ellas crea otros sistemas. Puesto que cada uno de nuestros elementos afecta a los demás, es muy recomendable llevar un estilo de vida sano.

Un estilo de vida sano comprende los siguientes factores:

- Mantener estabilidad en el peso corporal.
- Restringir la ingesta de sales.
- Consumir una dieta balanceada, con mayor consumo de fibras y menos grasas.
- No fumar.
- No beber alcohol ni consumir algún tipo de estimulante (café, píldoras para estar despierto ni drogas, legales o no).
- Realizar alguna rutina de ejercicio.
- Efectuar técnicas de reducción de estrés.

## MECANISMOS DE DEFENSA VERSUS MECANISMOS DE REACCIÓN

A principios del siglo pasado, Sigmund Freud identificó los mecanismos de defensa que todos poseemos. Algunos mecanismos de defensa son más primitivos y otros más evolucionados, pero en principio todos nacemos con algunos de ellos y posteriormente desarrollamos otros. Los mecanismos primarios son Eros (vida) y Tanatos (muerte), y ambos son indispensables, porque sin uno de ellos, la balanza se inclinaría hacia uno de los extremos, ocasionando la falta de funcionalidad del individuo. Para toda vida hay una muerte, y para toda muerte debió existir una vida; sólo lo vivo, muere, y sólo lo muerto, vivió.

En la depresión, estos mecanismos primarios se encuentran trastocados, ya que el mecanismo de Eros es abatido por el mecanismo de Tánatos, por lo que surgen las ideas suicidas, factor altamente peligroso en la depresión.

Utilizamos unos mecanismos más que otros, dependiendo de cuáles nos han funcionado en el pasado, lo cual no significa que no poseamos los demás, sino que nos hemos acostumbrado a usar sólo algunos de ellos.

Uno de los mecanismos que se pone regularmente en función es el de "defensa de la fantasía". La fantasía surge en la primera infancia, y es un mecanismo que en muchas ocasiones nos mantiene con vida. Un niño sin fantasías no sabrá cómo sobreponerse a su problemática, por lo que se desregularán sus mecanismos primarios Eros y Tánatos, conduciéndolo

a la muerte. El mal funcionamiento de este mecanismo es el que impide que el niño compense sus mundos interno y externo, orillándolo a la muerte.

Existe un gran número de mecanismos de defensa; algunos de ellos son:

- Desplazamiento
- Represión
- Sublimación
- Resistencia
- Racionalización
- Negación
- Proyección
- Identificación
- Anulación
- Regresión
- Fantasía

El propósito de los mecanismos de defensa no es defender nuestra parte biológica, sino nuestra estructura psicológica, la cual nos diferencia de los demás y nos hace individuos únicos. Se dice que los mecanismos de defensa están en función del yo, ya que su objetivo principal es preservar su integridad. Esto es muy funcional, pero en la depresión resulta un arma de dos filos, porque en su afán por preservar la integridad psíquica, hacen que el propio individuo sufra. Expliqué-moslo de otra manera. Partamos de que yo tengo un perfil psíquico, o sea, lo que yo creo que soy, mi yo. Un día, este perfil se ve amenazado por situaciones molestas que se encuentran en el mundo que me rodea, las cuales por sí solas no son peligrosas, pero en conjunto

ponen en riesgo la integridad o el balance de mi psique. Tales situaciones, como insatisfacciones conmigo mismo y con mi forma de actuar, disparan fantasías –“me gustaría ser como tal persona”, “debí haber hecho tal cosa”, “no debería haber hecho eso”–, que hacen que mi yo sufra. Es entonces cuando mi yo ideal empieza a manifestarse de una forma punitiva y los mecanismos de defensa entran a estabilizar al yo, no importándoles lo que pase o cuánto sufra. Recordemos que los mecanismos de defensa no nos protegen del sufrimiento, sino que su función es estabilizar al yo. Hacen que me conforme, en cierta medida, con mi entorno, pero siempre me queda una pequeña inconformidad, una sensación de disgusto. Empieza el conflicto cuando pensamos: “¿por qué acepté la situación como era y no como yo quería?” Por un lado, está garantizada la estabilidad de mi psique, pero por el otro lado, existe una gran insatisfacción, así que mi mente empieza a utilizar ciertos recursos para intentar estabilizarse y no sufrir.

Éste es el momento en que se activan los mecanismos de reacción, mecanismos independientes que no son innatos sino aprehendidos, y comúnmente, mal aprendidos o mal comprendidos. En tales circunstancias, los mecanismos de reacción empiezan a utilizarse en forma incorrecta, provocando una gran mezcla de sentimientos encontrados, y entonces al querer odiar, amamos, u odiamos con amor.

Imaginemos que estamos caminando por un corredor y nos persigue un monstruo. Nuestros mecanismos de defensa garantizan que podamos seguir adelante, que corramos, pero sufrimos porque el monstruo continúa detrás de nosotros. Empezamos a aventarle agresiones para defendernos, pero éstas no son propiamente agresiones, ya que nadie nos enseñó a usarlas correctamente,

así que mandamos un poco de odio, con un poco de amor, con un poco de ira, con un poco de deseo... Pero todo esto no nos sirve de nada, ya que sólo estamos logrando que ese monstruo, al cual llamaremos frustración, siga y siga creciendo, pues se alimenta de esa *mezcolanza* de sentimientos. Y un día, el monstruo nos alcanza; es el día en el que surge en nosotros la depresión. Es el día en que ya no podemos más, el día en que nos dejamos abatir por ese gran océano en el que nos hundimos cada segundo. Es el día D, es el día en el que, citando a Shakespeare, "los espías se convierten en ejércitos."

Pongamos un ejemplo que nos permita comprender mejor este tema, el cual es el pilar del sistema aquí propuesto.

Imaginemos que usted se encuentra bien en este momento, sin sentimientos de algún trastorno depresivo. Usted es una persona triunfadora, ha cumplido la mayoría de sus metas, siempre se ha encontrado rodeada de éxito. Desde pequeño(a) ha deseado tener un gran auto, una excelente familia y una magnífica casa. Cuando era niño(a) se levantaba cada día con la idea de que cuando fuera grande tendría esas cosas que tanto deseaba. Conforme va creciendo, se da cuenta de que algunas de sus metas son alcanzables y otras no. Se ha formado una vida ideal, la vida de una familia de un programa de televisión o de algún comentario que escuchó. Aunque ha tenido sacrificios, su ideal se encuentra cada día más cerca. Es una persona con criterio y entiende que en la vida existen grandes sacrificios, y los soporta sin dudar, todo por el bien de su familia, parte importante de su propia fantasía de una vida ideal. Una mañana se da cuenta de que en el calendario se acerca la fecha en la que usted será ya una persona grande, pero no le preocupa, pues se han

cumplido la gran mayoría de sus metas. Ese día, Cronos le juega una grave broma y le muestra lo frágil que puede ser. En un “tris” sus planes se ven truncados. Imagine una catástrofe, la que quiera, o piense en la que le ocurrió. Esa catástrofe rompe con todo su mundo, con todas sus expectativas de vida. Su ideal de vida (el yo ideal) se ve amenazado, así que se encapsula, llevándose todos los sentimientos consigo.

Ese ideal de vida es el yo ideal, la instancia de nuestra mente que cierra todos los apagadores o llaves del placer (de jugar, de comer, de correr, de amar). Es como un niño berrinchudo que nos dice: “¿Dónde está mi juguete? No me muevo hasta que no me des mi juguete. No te doy lo que quieres hasta que no me devuelvas mi juguete. No te doy placer hasta que no me regreses mi vida”. Así funciona el yo ideal. Al no recibir placer, el alimento de la mente (alma), ésta empieza a ser consumida, y así llegan a nosotros incontables ideas de muerte, algunas más peligrosas que otras, las cuales van desde dejar de comer hasta el suicidio, por lo cual nuestra vida se ve amenazada, la existencia de nuestro yo se ve amenazada, razón por la cual entran en función los mecanismos de defensa. Éstos funcionan a la perfección, pero sólo defienden al yo.

Regresando al ejemplo, esa trágica mañana se encuentra usted sufriendo terriblemente. Su mente actúa e intenta

reactivarlo haciendo entrar en acción a sus mecanismos de reacción. Imaginemos que son como las descargas de un desfibrilador en un ataque cardiaco (descargas mortales, pero que, en caso de paro cardiaco, salvan la vida). Ahora usted comienza a tener sentimientos, pero mal ubicados. Se siente molesto(a) con todo y con todos, pero como no lo puede aceptar, reprime sus sentimientos, de tal manera que empeora el asunto, ya que como la descarga inicial no funcionó, hay que aumentar su fuerza. Entonces se encuentra, además de molesto(a), muy irritable, pero usted se reprime y crece el problema. En tales circunstancias, como la descarga otras vez no funcionó, hay que aumentar la dosis, es decir, más descargas. Empiezan los ataques de llanto, pero usted se reprime. ¿Cómo va a ser que llore si no es una chiquillo(a)? Así que agrava el problema. Podríamos enumerar cada uno de los sentimientos, ya que todos surgirán para hacerlo(a) reaccionar. Y no sólo aparecerán los que llamamos erróneamente negativos, pues también hay ataques de risa, de deseo sexual extremo, etcétera. Todos ellos dejarán de surgir cuando usted reaccione, cuando usted los acepte y les dedique tiempo a cada uno; cuando usted coloque cada uno en su lugar y cuando le garantice a su yo que la vida continúa a pesar de que tropezó, que su vida no está en peligro y que hay mucho futuro por delante.

## **CADA COSA TIENE SU LUGAR Y HAY UN LUGAR PARA CADA COSA**

¿Recuerda el letrero del taller de papá que decía: "Hay un lugar para cada cosa y cada cosa tiene su lugar"? De igual manera, debemos analizar cada uno de nuestros sentimientos, aceptarlo como es y utilizarlo para lo que sirve. ¿Ha intentado sacar un tornillo de cabeza plana con un desarmador de cruz? Aunque finalmente pudiera sacarlo, ese desarmador no es el adecuado. Del mismo modo, cuando estamos molestos, no siempre expresamos nuestro malestar o lo hacemos con las personas menos relacionadas con nuestra molestia, lo cual impide descargar ese sentimiento. Como no utilizamos ese sentimiento en forma adecuada, lo desgastamos y lo colocamos en un lugar que no le corresponde, por lo cual nuestro "cuarto de sentimientos" está peor que la habitación de un adolescente.

Es entonces cuando deberemos tomar un tiempo para re-acomodar nuestras ideas y sentimientos, proceso al que llamaremos "Vive y disfruta tu tristeza". Sí, por extraño que parezca, los momentos tristes deben vivirse y disfrutarse tanto como los felices, pues ya están ahí, no se pueden ocultar. Particularmente, no debemos reprimirlos.

### ***Práctica***

De la misma manera en que la paciente del caso 2 (expuesto previamente) se pide perdón a sí misma, mediante pequeñas regresiones, por no ser la veterinaria que quería ser, nosotros deberemos regresarlos

al momento en el que nos propusimos la meta que en el momento actual, y debido a ciertas circunstancias, es inalcanzables.

Disponga de un día específico para realizar este ejercicio en el que vivirá su tristeza. Hágalo solo, sin interrupciones y sin importar el tiempo que tarde. Coloque en la habitación los víveres suficientes para algunas horas. Acérquese algunas prendas o fotos que le recuerden el día en que se propuso su meta. Para garantizar su seguridad, mantenga objetos peligrosos (cuchillos, navajas, pistolas) alejados de la habitación donde se encuentre. Será conveniente informar a las personas con las que convive que no deberán interrumpir su ejercicio.

Empiece rememorando el día en el que se propuso su meta. Analice por qué la estableció, y siéntase triste por no lograrla. Dispóngase a disfrutar de su tristeza. Recuerde quién era en ese entonces, para qué quería tener esa meta, cuál era el objetivo. Pídase perdón por no haberla logrado, y potencie los sentimientos que tiene por ello: si es tristeza, siéntase triste; ése es el momento para sentirse triste; si es coraje, siéntalo, sienta odio, enojo, alegría, frustración, devoción. Sienta lo que tenga que sentir, sobre todo, no se reprima; ése es el lugar para sentir lo que siente. Ponga música que impulse el sentimiento. Si es tristeza, ponga música triste, ya que muchos de sus sentimientos, en el ir y venir de la vida, han aprendido a ocultarse y lo han logrado. Por ello, le cuesta mucho expresarlos. Pero ya basta de ocultarlos y

reprimirlos; es lo que lo ha llevado a donde está.

Piense que está jugando a los palitos chinos, y que cada color es un sentimiento. Al principio no los puede distinguir, pero conforme va sacando cada uno, los demás se hacen más claros y fáciles de diferenciar. Comience a sacarlos. Si se trata de sufrir, sufra al máximo; llore al máximo; vacíe todas sus lágrimas; vacíe todo ese dolor.

De esta manera, el día de mañana, no existirá más dolor, más sufrimiento arrastrado, y los sentimientos se harán cada vez más puros y originales. La sensación que experimentará después de este ejercicio será inigualable. Vivirá en un mundo mejor.

## NUEVAS METAS

**P**ropongámonos nuevas metas. El mundo no se ha acabado, la vida continúa. Ya no somos unos chiquillos, somos adultos, así que pensemos en nuevos horizontes, nuevos cielos a donde ir. Liberémonos por fin de nuestro pasado y forjemos un nuevo y mejor futuro, más real y más alcanzable; un futuro más nuestro y menos de nuestros recuerdos, porque ahora somos diferentes de lo que fuimos hace tiempo. Ahora somos nosotros, no ellos.

### *Práctica*

Escriba en una hoja de papel las siguientes preguntas:

#### **Auto análisis**

- ¿Qué soy?
- ¿Quién soy?
- ¿En dónde estoy?
- ¿Para qué estoy?
- ¿Qué creo ser?
- ¿Qué debería ser?
- ¿En dónde debería estar?
- ¿Cómo debo ser?

Ahora, conteste las preguntas considerando que las respuestas sean sólo en relación con usted; en ninguna de ellas debe aparecer otra persona. Por ejemplo, la pregunta: “¿Quién soy?” no debe ser respondida con: “Soy parte de los demás”. Imagine por un momento que nadie más existe; piense en un mundo en el que sólo existe usted.

Cuando tenga todas las respuestas, hágase nuevamente las preguntas, pero

ahora todas en relación con las personas que le rodean, es decir, su mundo social.

A continuación compare las respuestas. Seguramente algunas serán muy parecidas, y otras muy discordantes. Ése es un gran problema. Algunas veces no sabemos si queremos ser nosotros o ser parte de los demás. Cuando somos parte de los demás tenemos sus problemas, pero no sus soluciones. En realidad, sólo somos nosotros; no somos los otros.

A partir de hoy, propóngase ser usted, lo cual le permitirá enfocar sus problemas y sus soluciones.

La siguiente enseñanza Zen nos ejemplifica estos conceptos.

#### *Historia del espadachín y la importancia de la seguridad en el entorno<sup>10</sup>*

*Un discípulo se acercó a un antiguo maestro y le pidió que lo disciplinara en el arte de la espada. El maestro, que vivía retirado en la montaña, accedió. El discípulo le ayudaba a cuidar su jardín, regaba sus plantas, cortaba leña, cocinaba arroz, limpiaba las habitaciones y, después de sus labores, miraba regularmente, miraba en busca de alguna enseñanza del arte de la espada, pero nunca lo encontraba. Así que después de algún tiempo, el joven se sintió insatisfecho porque no había venido a ser un sirviente del maestro, sino a aprender el arte de la espada. Un día se aproximó al maestro y le pidió que le enseñara. El maestro accedió.*

*El joven discípulo no podía hacer nada si carecía de un sentimiento de*

---

<sup>10</sup> Daisetz, Suzuki. *Zen and Japanese Culture*. New York: MJF Books, 1959. Traducción y anexos de Alfonso Barragán.

*seguridad. A la mañana siguiente, cuando el discípulo se encontraba cocinando el arroz, el maestro se acercó lentamente por detrás y lo atacó con una vara. Estaba tan ensimismado en su tarea que no pudo darse cuenta del inminente ataque. Su mente no estaba tranquila. Pasaron algunos años antes de que pudiera sentir lo que pasaba a su alrededor.*

*Mucho tiempo después, el maestro se encontraba cocinando sus propios vegetales y el pupilo pensó que era un buen momento para intentar sorprenderlo. Se acercó por detrás y le tiró un golpe certero, el cual fue detenido por el*

*maestro con la cubierta del pan que se encontraba al lado suyo. Posteriormente, el maestro le dijo: “tú no eres extraño a mí”.*

Muchas veces estamos tan inmersos en otras cosas, que no percibimos lo que realmente nos están sucediendo. Vivimos problemas irreales, a los cuales les queremos dar soluciones reales. *Para problemas irreales, soluciones irreales; sin embargo, para problemas reales, soluciones reales.* Esta manera de ver las cosas nos permitirá comprender en qué consiste el problema y quién tiene que resolverlo.

# EL MUNDO Y LOS QUE NOS RODEAN NO CAMBIARÁN

*Si un día fatal comprendes que ya nunca vas a ser lo que un día soñaste,  
no te dejes vencer por la desazón. Inicia otro sueño.*  
Robert Webb<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> Webb, R. *Cosas de la vida*. México: Océano.

## **El cambio radica en la manera en que percibo el mundo y en la búsqueda de nuevos valores**

Si bien el mundo que nos rodea sufre cambios aparentes, muestra gran permanencia en los roles que nos han sido asignados (en su gran mayoría por personas con las que nos relacionamos afectivamente); de modo que para las personas que nos rodean y con quienes tenemos una relación afectiva (de la índole o grado que sea), les será muy difícil cambiar el concepto que tienen de nosotros, y siempre nos tratarán en relación con ese concepto. Pongamos un ejemplo: si usted es padre de familia, su familia nuclear siempre le conferirá ese rol. Aunque en ocasiones también deba asumir otros roles, la rigidez de las estructuras no permitirá que los demás tengan de usted un concepto diferente al de padre, así es que harán todo lo posible por descartar otros roles que se interpongan con éste y lo orillarán a ejercerlo, por lo que no podrá dejar de actuar como padre con su familia nuclear.

Este mecanismo social se aplica a los diversos roles que ejerce, ya sean benéficos o nocivos. Si los demás quieren que usted sea el chivo expiatorio de sus problemáticas, lo será. El alcohólico no sólo lo es por sí mismo, sino también por el círculo social que lo identifica como bebedor y tiene la expectativa de que tome, por convenir así a su dinámica.

El problema es, entonces, el siguiente: si el mundo que nos rodea nos ha orillado a esta depresión porque así le conviene (aunque crea y exprese lo contrario), ¿cómo podremos salir de ella? Éste es el pilar de nuestra futura salud mental. Sabemos que somos en gran medida parte de las fantasías y deseos de los demás. Por lo tanto, habrá que

cambiar las fantasías que tienen los demás respecto de nosotros y habrá que percibirlos de una forma menos nociva.

Veamos un ejemplo. En consulta, una paciente refería que se encontraba en una gran depresión que ya no soporta. En la exploración, fuimos descubriendo que en gran medida era el “basurero” o “vomitadero” de su familia, ya que cuando algún miembro de la familia tenía algún problema, acudía a ella para que se lo resolviera; una vez que hablaba con ella, el familiar se sentía más tranquilo pues había depositado su problema en ella, y era la paciente quien ahora tenía el problema. Obviamente, como el problema es del familiar, ella nunca va a poder resolverlo. Esta situación es muy conveniente para el familiar, así que cuando ella decida, en bien de su salud mental, no ayudarlo más, éste se molestará porque se verá obligado a enfrentar su problema y pretenderá chantajearla.

Aprender a decir “No” a los problemas de los demás no es sencillo, requiere un gran esfuerzo, y una actitud diferente ante el mundo que nos rodea. Tenemos que aprender a defendernos a nosotros mismos.

Así como el adicto debe dejar de acercarse o relacionarse con las personas que lo conducen al vicio, así también nosotros debemos dejar de relacionarnos o encontrar formas más sanas de relación con las personas que nos han conducido a la depresión, tarea muy complicada, pero siempre posible.

Utilicemos las técnicas de la defensa mental.

## **DEFENSA PERSONAL MENTAL**

El arte de vivir se compone, en un 99%,  
de la capacidad para soportar a gente insoportable.  
Robert Webb<sup>12</sup>

---

<sup>12</sup> Webb, R. *Cosas de la vida*. México: Océano.

### 1. *Aléjese de personas nocivas*

Detecte a las personas que son nocivos para usted, sin importar su cercanía afectiva. Una forma sencilla de hacerlo es contestar la siguiente pregunta: ¿En los problemas de quién no puede dejar de pensar? Por ahora, esa persona es nociva para usted, lo cual no implica que siempre lo ha sido o lo será, sólo que por el momento usted no es ayuda para ella y ella sí es perjudicial para usted, así que *aléjese de esa persona* por el tiempo que sea necesario.

### 2. *Aléjese de actividades nocivas*

En nuestra sociedad existe un sin número de actividades que resultan perjudiciales para nosotros. Entre ellas se encuentran los noticieros amarillistas, los programas de televisión agresivos o violentos, los programas en los que se exponen problemáticas que inconscientemente hacemos nuestras, las actividades de ocio vandálicas o destructivas, las relaciones dolorosas o perjudiciales en las que nos involucramos. Usted puede detectarlas si analiza el objetivo de tal programa, actividad o relación, y la forma en que afecta a su psique o mente. *Aléjese de todo aquello que sea nocivo para su salud mental.*

### 3. *No esté recordando constantemente situaciones nocivas para usted*

Si bien mientras más queremos dejar de pensar en una cosa, menos podemos, también mientras más pensemos en ellas, menos las olvidaremos. Hay situaciones en nuestra vida que quisiéramos olvidar, o por lo menos no recordar, pero un lugar, un aroma o un sonido nos hacen evocarlas. Esto es muy dañino para usted. Recapacite. La mente asimila las cosas por medio de asociaciones, así es que asocie recuerdos más gratos a los sonidos, lugares y olores que le causen problemas.

Piense que sólo son recuerdos y usted puede olvidarlos cuando deje de recordarlos (por obvio que parezca) o cuando ocupe su atención con otros recuerdos. No se trata de dejar de pensar, eso es imposible, sólo trate de *pensar en cosas sanas* para usted.

## BIBLIOGRAFÍA

- Castilla L., J. (1986). *Conceptos de depresión en la práctica médica*. México.
- Freud, S. *Obras completas* (1943) Edición Americalee.
- Levendusky, Ph. (1997). *Conferencia sobre depresión*. México: Laboratorios Lilly.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento de la CIE 10. Descripciones clínicas y pautas para el Diagnóstico*. Madrid: Meditor, pp. 97-112.
- Organización Mundial de la Salud. (1990). *Mental Disorders: Glosary and Guide to their Classification in Accordance with the Tenth Revision of the International Classification of Diseases*. Génova: OMS.
- Robin, S. (1997). *El monje que vendió su Ferrari*. Plaza & Janés.
- Sabines, J. (1972). *Poesía amorosa*. Selección y prólogo de Mario Benedetti. México: Seix Barral.
- Shakespeare, W. (1972) *Hamlet. Grandes de la literatura universal*. Barcelona: CREDSA.
- Suzuki, D.T.. *Zen and Japanese Culture*. (1959). New York: MJF Books.
- Watson, J.B. (1952). *El conductismo*. Buenos Aires.
- Webb, R. (1996). *Cosas de la vida*. México: Océano.

## APÉNDICE 5

### CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS SOBRE DEPRESIÓN

El presente cuestionario tiene como objetivo evaluar sus conocimientos en relación con los trastornos depresivos.

Conteste una respuesta para cada pregunta.

1. La depresión es una enfermedad del estado de ánimo	Cierto ( ) Falso ( )
2. La depresión no puede ser curada	Cierto ( ) Falso ( )
3. La depresión es una enfermedad que tiene varios síntomas diferentes y afecta de forma distinta a cada persona.	Cierto ( ) Falso ( )
4. La depresión es también llamada trastornos depresivos.	Cierto ( ) Falso ( )
5. Los trastornos depresivos tienen que ser tratados con medicamentos.	Cierto ( ) Falso ( ) Depende de su estado "mínima, moderada, mayor" ( )
6. La psicoterapia no sirve para el manejo de la depresión.	Cierto ( ) Falso ( )
7. Existen actividades que mejoran o eliminan los trastornos depresivos (irse de vacaciones, tomar vitamina b, hacerse una limpieza o ir con un shamán, entre otros)	Cierto ( ) Falso ( )
8. Las personas que presentan un cuadro de trastornos depresivos, están así porque quieren, ya que si le echan ganas pueden salir por si solas.	Cierto ( ) Falso ( )
9. La combinación de tratamiento psicológico y fármacos es recomendada para pacientes con depresiones que van de moderada a grave.	Cierto ( ) Falso ( )
10. La depresión es un castigo por actuar mal en mi vida.	Cierto ( ) Falso ( )
11. La depresión le da a gente floja.	Cierto ( ) Falso ( )
12. Un síntoma de la depresión es el llanto fácil.	Cierto ( ) Falso ( )
13. Un síntoma de la depresión es el sentir mucha energía.	Cierto ( ) Falso ( )
14. Un síntoma de la depresión es tener ideas de muerte.	Cierto ( ) Falso ( )
15. Un síntoma de la depresión es el sentirse alegre.	Cierto ( ) Falso ( )

## **APÉNDICE 6**

### **CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN RESPECTO DEL CURSO**

El presente cuestionario tiene el propósito de obtener información que permita evaluar el curso. Por favor lea cuidadosamente cada pregunta y anote en el espacio correspondiente la respuesta que mejor refleje su opinión sobre el curso.

1. Mis expectativas con relación al curso se cubrieron:  
Mínimamente \_\_\_\_\_ Totalmente
2. La información que se proporcionó en el curso fue:  
Obsoleta \_\_\_\_\_ Novedosa
3. La información recibida en el curso, para mi tratamiento de la depresión fue:  
Inútil \_\_\_\_\_ Útil
4. El material revisado durante el curso fue:  
Pobre \_\_\_\_\_ Apropiado
5. Las sesiones se iniciaban puntualmente:  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
6. La exposición temática del curso fue:  
Poco clara \_\_\_\_\_ Muy clara
7. Se dio tiempo para responder a las dudas planteadas por los participantes:  
  
Nunca \_\_\_\_\_ Algunas \_\_\_\_\_ Veces \_\_\_\_\_ Siempre \_\_\_\_\_