



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**ABORDAJE DE LA DEPRESIÓN EN MUJERES EN
SITUACIÓN DE RECLUSIÓN PENAL A TRAVÉS DEL
MODELO DE LA TERAPIA COGNITIVA DE BECK**

T E S I N A
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A:
XOCHITL REBECA RUÍZ ÁLVAREZ

DIRECTORA DE LA TESINA:
LIC. DAMARIZ GARCÍA CARRANZA



México, D. F.

Octubre, 2008.



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.

Introducción	4
CAPITULO 1. MUJERES EN SITUACIÓN DE RECLUSIÓN PENAL	8
1.1 Contexto Internacional	8
1.2 Contexto Nacional	10
CAPÍTULO 2. CONCEPTOS GENERALES DE DEPRESIÓN	23
2.1 La depresión a través de la historia	23
2.2 Definición	27
2.2.1 Clasificación: CIE 10 y el DSM-IV	29
2.2.2 Categorías de los trastornos mentales	31
2.2.3 Categorías de los trastornos del humor (afectivos)	32
2.3 Etiología de la depresión	35
2.3.1 Principales teorías de la etiología de la depresión	37
2.4 Epidemiología	45
2.4.1 Aspectos sociodemográficos	49
2.4.2 Datos de interés clínico-epidemiológico	51
2.5 Escalas de medición	53
2.6 Diagnóstico	55
2.7 Tratamiento	56
CAPITULO 3. MODELOS PSICOTERAPÉUTICOS	59
3.1 Nacimiento de la psicoterapia	59
3.2 Abordajes de la psicología profunda	61
3.3 Abordajes de la terapia de la conducta	63
3.4 Terapia Cognitiva de Beck	67
3.4.1 Fundamento	67
3.4.2 Modelo	71
Conclusiones	83
Referencias	86

Introducción

Nuestro país aunque ha logrado importantes avances, también afronta serios atrasos en materia de salud, lo que significa que se abre un panorama de oportunidades para lograr mejores condiciones en este renglón, particularmente para las mujeres y para la población infantil (SSA, 2002b).

Ocurre lo mismo con la salud mental, el gobierno de nuestro país, ha puesto sus esfuerzos para propiciar bienestar a la población, sin embargo, aunque se ha logrado progresar para reducir la mortalidad y la prevalencia de ciertas patologías; no ha sucedido lo mismo con los trastornos mentales, en particular con la enfermedad depresiva, cuya incidencia ha aumentado. La OMS establece dentro de su programa de salud mental que la atención a la enfermedad depresiva es prioritaria (WHO, 2006).

La población en general carece de información suficiente y oportuna para prevenir y atender adecuadamente al paciente deprimido, adicionalmente se percibe a la enfermedad depresiva como un estigma adicional para el paciente (SERSAME, 2002).

Al analizar la depresión de lo general a lo particular, el problema se agrava en los Centros de Readaptación Social para mujeres, porque no cuentan con el apoyo psicológico, para prevenir, o bien tratar este trastorno. Aunque en algunos centros cuentan con apoyo psicológico, no se proporciona abiertamente debido a la desproporción entre el número de reclusas y la carencia de personal (Díaz, 2006), haciendo más recalcitrante esta situación y en especial en las mujeres, ya

que en fechas recientes la depresión se ha considerado como uno de los principales problemas de salud para la mujer (Weissman, Bland, Royce Newman, Wells, Sittcher, citado por Montero, 1999), ya que además presenta mayor frecuencia de depresión, dos mujeres por un hombre (Montero, 1999) así como también los psicólogos no cuentan con formación en psicoterapia, ni en intervención en crisis (Díaz, op. cit.).

Es en este sentido, el presente trabajo se propone proveer la perspectiva de una herramienta terapéutica para que las mujeres sean consideradas en el sistema penal, pues la atención que recibe es escasa y salta a la vista (Comisión Mexicana Humanos del Distrito Federal CDHDF (2003).

Como una opción para esta situación, la terapia cognitiva, se ha constituido en un arma poderosa y de primera línea en el tratamiento de la depresión y está avalada por un impresionante número de investigaciones empíricas (Figuroa, 2002).

La Dra. Judith Beck, (2000) comenta: “La Terapia Cognitiva, es uno de los pocos sistemas unificados de psicoterapia que ha sido validado empíricamente”.

La terapia cognitiva combinada con el uso de fármacos, ha probado su efectividad en el trastorno bipolar, afectivo y la esquizofrenia, es una terapia breve que produce una remisión casi total de los síntomas en un lapso de 10 a 14 semanas, logra mantener la mejoría y el alivio de los síntomas se produce casi inmediatamente, además terapeuta entrena al paciente en el desarrollo de las habilidades cognitivas, capacitándolo a ser su propio terapeuta (Beck, op. cit.).

Por lo anterior es aplicable a la situación de reclusión penal, ya que este abordaje enseña a establecer objetivos, identificar y evaluar los propios pensamientos y

creencias disfuncionales y a actuar en consecuencia, planificando los cambios de conducta y cómo deben hacerse. El propósito es que el paciente retome las actividades en las que antes había alcanzado logros o placer (Beck, op.cit).

El propósito de este trabajo es sensibilizar sobre el nivel de impacto que tiene la depresión en nuestro país y en los sectores más vulnerables, como es en los Centros de Readaptación Social.

Dadas las circunstancias que viven las mujeres en reclusión, el nivel de depresión crece ya que la generalidad de los estudios demuestran que las mujeres tienden con mayor frecuencia, que los hombres a buscar ayuda para sus problemas psiquiátricos en los servicios ambulatorios especializados (Montero, 2007) y debido a su situación de reclusión están imposibilitadas a buscar ayuda, por lo que la Terapia Cognitiva es una respuesta eficaz a este problema.

Para abordar este tópico, se desarrolla y documenta en el primer capítulo la perspectiva a nivel nacional e internacional de las mujeres en situación de reclusión, penal. En el segundo capítulo, se analizan los conceptos generales de depresión, su historia, definición, clasificación, principales teorías sobre la etiología; en relación a epidemiología, se describen algunos aspectos sociodemográficos y datos de interés clínico epidemiológico, en este capítulo también se describen las escalas de medición de la depresión más comunes y por último el diagnóstico y tratamiento. En el tercer capítulo se analizarán los modelos psicoterapéuticos desde el nacimiento de la psicoterapia, y dos abordajes, el de la psicología profunda y el abordaje de la conducta, se fundamenta la importancia de la psicoterapia cognitiva, se describe en su totalidad el modelo teórico de la

psicoterapia cognitiva, con sus pasos, el reajuste de las premisas básicas hasta el cambio de ánimo a través de fantasías inducidas.

CAPITULO 1. MUJERES EN SITUACIÓN DE RECLUSIÓN PENAL

1.1 Contexto Internacional

Hay falta de información y carencia de investigaciones sobre la población femenina que está en situación de reclusión, y menos aún de estudios específicos sobre depresión. Las estadísticas delictivas de algunos países revelan cómo la población reclusa femenina, que se conformaba entre el uno y el dos por ciento de la población reclusa general, ha venido incrementándose de manera significativa.

Azaola (2004), cita que las mujeres representan el 3.3% de la población en prisión en el mundo, y que la criminalidad masculina supera a la femenina en los siguientes rubros: en todas las naciones, en todos los grupos de edad, en todos los periodos de la historia, en todos los delitos, con excepción de aquellos vinculados con la condición de la mujer, como el aborto, el infanticidio y la prostitución

El Departamento de Justicia de los Estados Unidos en 1992, reportó que en la década de los ochenta, la mujer formó el segmento de mayor crecimiento de la población reclusa, al aumentar en 254% frente a 147% para la población masculina (Del Olmo, 1996).

Entre 1970 y 1990, en Estados Unidos las mujeres representan el 5% de la población interna en las prisiones estatales y 6% en las federales, proporción que se mantuvo estable. En Egipto las mujeres representan 4% de la población total en prisión, mientras que en otros países de la región, como Argelia, Marruecos y Túnez, representan menos de 1%. En India las mujeres representan 4% de la

población en prisión, mientras que en Holanda es 8%, en Canadá 12% y en Bulgaria 14% (Azaola, op. cit.).

En Ecuador en 1982, las mujeres que estaban reclusas por delitos relacionados con drogas, era del 18.5% y en 1994, subió a 73.6%; en el Perú en 1988, constituía el 38.5%, y en Venezuela en 1991, llegó al 73.4% de todas las mujeres reclusas (Del Olmo, op. cit.)

En un estudio realizado en Chile sobre mujeres sentenciadas, en 1983 era el 2.5%; en 1988 el 8.2% y en 1993 el 37.6% de la población penal femenina (Silva y Rubio, 1995, citado por Del Olmo, op. cit.)

La proporción de mujeres que se encuentra en prisión, no es mayor al 15% del total de la población interna, mientras que el promedio de mujeres presas en el mundo se mantiene por debajo de 4% con respecto a los varones (Azaola, op. cit.).

La Comisión de Justicia y Paz de Panamá JUSPAX (2006), reporta que en los centros penitenciarios de ese país el 80% de la población manifiesta no recibir ayuda psicológica El Centro Femenino de Rehabilitación no cuenta con programas permanentes y especializados en depresión, drogadicción y demás trastornos psicológicos.

El 17 % de las mujeres reclusas en Panamá reportaron que recibían atención psicológica, desde todos los días hasta una vez cada seis meses, dentro de ellas el

10% manifiesta que la atención psicológica es buena, el 5% manifiesta que es regular.

El 15 % recibe el apoyo psicológico individualmente. Las mujeres que no reciben apoyo psicológico reportan que el centro penitenciario no se ocupa de su salud física ni mental.

1.2 Contexto Nacional

En México las mujeres representan sólo 4% de la población total en prisión, y lo mismo o algo semejante ocurre en otros países del mundo. (Azaola, op. cit.).

En los Centros de Readaptación Social en México, hasta el mes de abril del 2008 la población ascendió a 217,457 internos, de los cuales el 5.12% son mujeres y el 94.48% son hombres. En relación a su situación jurídica el 59.07% han obtenido sentencia, en tanto que un 40.93% son reos que aún se encuentran sin condena (Centros de Readaptación Social en México CERESOS, 2008).

Existe sobrepoblación en los referidos Centros de Readaptación Social. En la República Mexicana se cuenta con 422 centros penitenciarios, que pueden albergar a 165,747 presos, sin embargo, estos centros albergan aproximadamente a 217,457 internos, lo que indica que la tasa de sobrepoblación es del 32% (CERESOS, op. cit.).

El índice delictivo en las mujeres ha aumentado y ahora también está involucrada en actos violentos. La mayoría de las mujeres encarceladas procede del sector de la población económica y socialmente desfavorecido y permanece encarcelada por

delitos típicos de personas que han vivido en la pobreza y que han sido violentadas la mayor parte de sus vidas (Romero, 2002).

Trujano (1999), habla que la mayoría de los estudios realizados sobre criminalidad femenina, le restan importancia y por ende no representa un asunto que haya que investigar. Al mismo tiempo las explicaciones que se proporcionan dibujan a la mujer como débil, enferma mental y desadaptada.

En la mitad de los centros penitenciarios, existe una pequeña sección que alberga población femenina pues, con la excepción de unos cuantos centros, no existen en México instituciones penitenciarias exclusivamente para mujeres, lo que constituye la primera fuente de desventaja para ellas.

En México, en la década de 1994-2004, la población de mujeres criminales creció más de tres veces, en comparación con los hombres que se incrementó en poco más del cien por ciento, (Azaola, 2005)

Del total de mujeres en prisión, la mitad son presas sin condena, esta proporción es similar a la que existe entre los varones presos en el país. El 48% de las mujeres se hallan presas por haber cometido delitos contra la salud (tráfico de drogas), sólo el 15% de los varones están en prisión por haber cometido este mismo delito. Esto es similar a lo que sucede en todos los países de Latinoamérica. (Azaola, 2005)

Perfil de las mujeres en prisión

- Edad

En México: 70% tiene entre 18 y 35 años.

- Estado Civil

Una tercera parte son solteras, otra casadas y otra más vivía en unión libre, siendo muy pocas las viudas o divorciadas. Cerca del 80% son madres y tienen, en promedio 3 hijos. La tercera parte del total son madres solteras.

- Escolaridad

En cuanto a la escolaridad, el 70% tiene como nivel máximo la primaria y, dentro de ellas, 20% son analfabetas. El 30% restante se distribuye entre las que tienen algún grado de la secundaria y unas cuantas han cursado la preparatoria o alguna carrera corta.

- Ocupación previa

Con respecto a la ocupación que desempeñaban antes de ingresar a la prisión, una tercera parte se encontraba en el hogar mientras que el resto trabajaba como comerciante, mesera, empleada doméstica, secretaria, cajera o prostituta y, en menor proporción, en actividades agrícolas o industriales.

Tipo de delito

- 48%, se encuentra interna por delitos relacionados con el traslado de drogas.
- 33% por delitos en contra de la propiedad (robo, asalto, fraude, etc.)
- 14% por homicidio

- 4% por lesiones
- 3% por robo de infante
- 2% por secuestro
- 2% por delitos sexuales
- 6% por otros delitos.

En relación con los delitos contra la salud, en la mujer predomina el tráfico de drogas, particularmente en nuestro país con psicotrópicos y volátiles inhalables.

Justifica su delito con argumentos como: no conseguí trabajo, me despidieron, no tengo para darles de comer a mis hijos. El consumo de drogas en la mujer se manifiesta en jóvenes adolescentes y constituye siempre una conducta marcadamente autodestructiva (Martínez, 2008).

En la mujer no es común el robo con violencia, utiliza la simulación y la distracción con la víctima (Martínez, op. cit.).

El homicidio se produce en la mujer para solucionar un conflicto interpersonal, en la mayoría de los crímenes que la mujer comete existe una relación afectiva con la víctima, es decir hay un proceso emocional que desencadena el crimen, en donde la mujer espera una circunstancia en la que la víctima se encuentra de espaldas o dormido hasta matarlo. Se observa que el homicidio pasional es más frecuente en la mujer (Martínez, op. cit.)

Es difícil, que la mujer llegue a una conducta de homicidio por alcoholismo, como se observa frecuentemente en el hombre (Marchiori, 1989).

Algunos rasgos que incrementan la vulnerabilidad de las mujeres en prisión:

- 8.5% del total de las internas han sido clasificadas como "discapacitadas"
- 3% como enfermas mentales;
- 3% indígenas
- 2% adultas mayores
- 2% extranjeras.
- Pertenecen a los sectores sociales más marginados, como ocurre en todas partes.

Oportunidades de trabajo y educación

En relación a estos aspectos, las mujeres tienen algunas desventajas en comparación con los varones. Es frecuente que las pocas oportunidades de emplearse que existen en la prisión, se dan a los hombres dado que se opera bajo los estereotipos de género que suponen a éstos como proveedores de la familia. A las mujeres se les restringe a la costura, el bordado, el tejido y a otras labores.

Algo semejante ocurre con los programas educativos que se ofrecen a las mujeres en la prisión. Los programas educativos se dirigen a estas mujeres con los mismos métodos que ya antes fracasaron y las impulsaron a abandonar el sistema escolar.

Salud

La mayoría de las prisiones cuenta con servicio de enfermería para primeros auxilios, sin embargo, existen acuerdos para la atención de los presos en los hospitales del Estado, pero el tratamiento farmacológico es deficiente, en relación a

este aspecto las Comisiones Estatales de Derechos Humanos han reportado graves deficiencias en la prestación del servicio médico (LIMEDDH, 1997).

De acuerdo a Cerecer et al. (2006), en la actualidad la tuberculosis es un reto difícil de controlar en las cárceles y prisiones debido al ambiente que existe, el crecimiento de la población interna, el sobrecupo, el confinamiento a espacios reducidos, la convivencia con un gran número de personas y la mala ventilación, facilita el contagio de la enfermedad dentro de estos muros.

Se llevó a cabo un estudio en el CERESO de Tijuana, B. C. donde se reporta que los internos de prisiones y cárceles son considerados un grupo de alto riesgo para la infección y el desarrollo de la enfermedad tuberculosa; aún en zonas de baja prevalencia, la incidencia en prisiones suele ser más elevada que en la población general, con reportes de prevalencia de 5 a 10 veces más y en algunas áreas hasta 50 veces ocasionalmente agravado por la presencia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

Alimentación

De acuerdo a la Liga Mexicana por la defensa de los derechos Humanos LIMEDDH (1997), la alimentación es insuficiente en calidad y cantidad; se distribuye sin equidad, por lo que la mayoría de los presos tiene que recibir alimentos de sus familiares y no reúne los requerimientos de acuerdo a las normas de alimentación.

La totalidad de las cárceles cuenta con agua, pero es frecuente que no sea apta para el consumo humano. En algunas, sólo tienen servicio algunas horas al día.

Azaola (2005), informa que las mujeres en prisión:

- Desconocen sus derechos, por tal motivo no los exigen.

- Son más susceptibles a las amenazas que la policía suele dirigir a sus familiares
- Es más frecuente que reciban agresiones y amenazas de tipo sexual que los varones.
- La mayoría ha padecido extorsión por parte de abogados particulares y de oficio que prometieron ocuparse de su caso y nunca lo hicieron.
- Señalan que nunca tuvieron la oportunidad de conocer ni de haber sido escuchadas por el juez que las sentenció.
- Igual que los hombres, enfrentan un sistema que permanentemente los extorsiona, ya sea que se les haga pagar por bienes y servicios a los que tienen derecho, por protección o para asegurarse que se les llamará cuando reciban visitas. También para evitar las labores más pesadas o para evadir el pase de lista, la prisión exige recursos para mejorar las pobres condiciones de vida que se les proporcionan (Bergman, Azaola, Magaloni y Negrete, 2003, citado por Azaola, op. cit.).
- Con mayor frecuencia son abandonadas por su familia lo que las coloca en una posición de desventaja dado que tienen mayores dificultades para obtener los bienes que los internos sólo logran obtener con el apoyo de su familia (Cuevas, 1991; Lagarde, 1993; Makowsky, 1995; Azaola y Yacamán, 1996, citado por Azaola, op. cit.).
- Sus hijos no quedan normalmente bajo el cuidado del padre, sino que suele repartirse a los niños entre los familiares o bien enviarlos a alguna institución (Puglia, 1987; Azaola y Yacamán, 1996; Bisgaard, 1999; Payá, 2001, citado por Azaola, op. cit.).

- En ocasiones se permite que los niños pequeños permanezcan con la madre mientras ésta se encuentra en prisión, es un asunto que no se encuentra regulado a nivel nacional por lo que la situación varía de una prisión a otra, hay prisiones en que se permite que los niños permanezcan con la madre hasta los 12 años, otras a los 6 y otras más en las que deben salir al cumplir los 2 años, o bien a los 2 meses. Lo más frecuente es que duerman en la misma cama y que la madre comparta con los hijos sus alimentos, mientras que a ellos se les priva del derecho a la educación y a la salud. Con respecto a éste último, y al igual que sus madres, es posible que se consiga que un médico atienda a los niños cuando lo requieran, pero dado que los medicamentos no se les proporcionan y los familiares de las internas y los internos deben adquirirlos por su cuenta, por lo general las mujeres los obtienen solicitando la cooperación de sus compañeras. Cerca de 1.500 niños viven junto con sus madres en prisión.

Efecto psicológico de la mujer en situación de reclusión

La delincuencia femenina ha sido vista con cierta ceguera e indiferencia por parte de los criminólogos. Como sostiene un estudio realizado por el Ministerio de Justicia de Chile, Sernam y Unicrim en 1997, (citado por CMDPDH, 2003) los diversos enfoques tienden a restar importancia a la mujer como autora de delitos. Comisión Mexicana de Defensa y Promoción de los Derechos Humanos (CMDPDH op. cit.).

El tema de la mujer y su estado en reclusión penal ha sido poco estudiado y está fuera de la agenda de muchos países y el nuestro no es la excepción.

Valverde (1991), reporta que los efectos de la reclusión pueden ser somáticos, y psicosociales. Entre los primeros se presentan alteraciones sensoriales en la visión, ya que presenta ceguera de prisión, en su audición, por el nivel del ruido muy alto, en su olfato, por la restricción del contacto con el exterior, y en su imagen personal, porque pierde la imagen de su propio cuerpo.

Consecuencias psicosociales:

- Exageración de las situaciones. En prisión cosas y circunstancias que carecerían de importancia, adquieren una gran relevancia.
- Autoafirmación agresiva. Se afirma frente a ese medio hostil para mantener niveles mínimos para adaptarse al ambiente penitenciario.
- Dominio o sumisión en relaciones interpersonales. Se ve obligado a agruparse para defenderse y dominar.
- Alteración de la sexualidad. No se produce como resultado de un acercamiento afectivo, pues está programado, la masturbación y homosexualidad están en niveles altos.
- No se tiene control sobre la propia vida. Depende del régimen de la prisión que va a dirigir todas sus actividades, casi nada depende de él, sino de todo el contexto que le rodea.
- Estado permanente de ansiedad. Siempre hay peligro en prisión, que condiciona a vivir con ansiedad permanente.
- Ausencia de expectativas del futuro. Está incapacitado para planear su vida, pues no puede establecer expectativas.

- Falta de responsabilidad. Se convierte en apático, porque es una forma de sobrevivir.
- Alteraciones de la afectividad. Sensación de desamparo, la afectividad alterada se presenta como desconfianza, despreocupación del sufrimiento de los demás y de sí mismo. Tiene dificultad para demostrar sus emociones, es indiferente, desconfiado y torpe.

La mujer en prisión se observa con poco valor, padece tristeza y decaimiento, su lenguaje es lento. En general todo esto refleja sentimientos de culpa y aislamiento, así como el nivel de demanda familiar y penitenciario le parecen excesivos, percibe el futuro inseguro, se desprecia a sí misma, siente vergüenza y culpa por su actividad delictiva. Igualmente la reacción depresiva se asocia con apatía en su higiene, alimentación, su salud se aprecia debilitada, deja la actividad, no participa en los escasos eventos organizados por las prisiones, incluso las funciones que antes realizaba con gusto, ya no le interesan (Marchiori, 1989).

En ocasiones, en la ejecución de la sentencia, puede tomar la decisión de suicidarse, por el sentimiento de culpa. (Marchiori, op.cit.).

La Comisión Mexicana de Defensa y Promoción de los Derechos Humanos CMDPDH (2003), como resultado de sus investigaciones, concluye que el daño psicológico que sufre la mujer reclusa al estar separada de su familia es más fuerte que en los hombres, debido a que la mujer generalmente tiene una relación más estrecha con sus hijos y con otros miembros de la familia.

De entre los pocos estudios específicos llevados a cabo sobre las mujeres en situación de reclusión y específicamente en cuanto a depresión se refiere Colmenares, Romero, Rodríguez, Durand-Smith, Saldívar (2007), llevaron a cabo en México un estudio sobre la depresión y dependencia a sustancias con 213 mujeres de dos prisiones de la ciudad de México: el Centro Preventivo Femenil Oriente y el Centro de Readaptación Social Femenil Tepepan. Cabe hacer notar que el 43.7% refirió una permanencia anterior en alguna institución de procuración de justicia.

Este estudio concluye que la depresión afecta a casi dos terceras partes de la población entrevistada, esta alta frecuencia es similar al de otros estudios, tanto en el nivel nacional como en el internacional, donde se ha estimado la elevada prevalencia general de los trastornos mentales y particular de la depresión y la dependencia a sustancias. Otro indicador de la magnitud del problema, es la presencia de siete o más síntomas en casi dos terceras partes de las mujeres para establecer el diagnóstico tanto del episodio depresivo como de la dependencia a sustancias. Lo anterior cobra relevancia por la frecuencia de la comorbilidad del trastorno depresivo, ya que cerca de una cuarta parte de las mujeres deprimidas presenta dependencia al alcohol y a sustancias.

El estudio reveló que la frecuencia del episodio depresivo se incrementa cuanto mayor es el tiempo de estancia o de sentencia. Una posible explicación es que el encierro por largo tiempo puede tener graves consecuencias en el bienestar de las mujeres, pues a causa de él, en la mayoría de los casos, las mujeres terminan abandonadas por sus familiares y otros seres queridos, lo que a su vez eleva la sensación de pérdida de apoyo social.

La prisión por sí misma genera depresión como una reacción frente a una nueva forma de vida, por lo que con frecuencia se llega a creer erróneamente que la sintomatología desaparecerá por sí sola. En otros estudios se ha observado que la privación de la libertad causa la pérdida de relaciones emocionales, soledad y aburrimiento, falta de servicios, falta de relaciones heterosexuales, autonomía y seguridad. La permanencia en prisión provoca también una convivencia problemática con otras prisioneras impredecibles, lo que genera miedo y ansiedad.

La mayor parte de los estudios realizados destacan la necesidad de tener en cuenta las particularidades y necesidades específicas de la mujer reclusa. Las condiciones materiales y psicológicas pesan más sobre ella que sobre el hombre porque los sentimientos afloran con más fuerza, sobre todo en relación con la familia y por la falta de privacidad/ intimidad a que están sometidas (Almeda, 1992, citado por Del Olmo, op. cit.).

La alta frecuencia de mujeres deprimidas sugiere la necesidad de desarrollar una intervención para su detección oportuna, además de un adecuado manejo terapéutico en salud mental que considere las características especiales de esta población.

La mujer en situación de reclusión comparado con el hombre en la misma situación se diferencia porque vive el embarazo, la lactancia y los primeros años de vida de sus hijos de manera negativa con graves efectos psicológicos. Además tiene mayor incidencia en las depresiones y un mayor sentimiento de soledad, pues sus compañeros las abandonan (Puigvert, 1992, citada por Del Olmo, op. cit.)

CAPITULO 2. CONCEPTOS GENERALES DE LA DEPRESIÓN

2.1 La depresión a través de la historia

A través de la historia el hombre siempre ha estado acompañado de sentimientos y emociones, estas van implícitas a su naturaleza, una gran variedad de palabras han sido usadas alrededor de los siglos para definir y describir los aspectos emocionales, esto ha originado confusión errática de conceptos teóricos. Por ejemplo en lo que respecta a manía y melancolía una gran variedad de conceptos han sido utilizados.

A continuación se da una perspectiva de los cuadros depresivos y como se ha concebido la tristeza, melancolía, pena y depresión a través de la historia.

LA DEPRESIÓN A TRAVÉS DE LA HISTORIA

CULTURA	EPOCA	SÍNTOMAS
EGIPCIA (Papiro de Berlín Núm.3.024)	1300 a. C.	“La muerte está hoy ante mí como la curación de una enfermedad, como un paseo tras el sufrimiento. La muerte está hoy ante mí como el perfume de la mirra, como el reposo bajo una vela en un día de gran viento. ... como un camino tras la lluvia ... como un retorno a casa después de una guerra lejana...” (García-Santalla, Urdániz, Recio, 1989, p. 93)
MESOPOTAMIA (Poema del Justo Doliente)	Siglo IV a. C.	“La enfermedad de Anú cubre mi cuerpo como un manto, el sueño me enreda en su red, mis ojos parecen mirar, pero no ven, mis oídos están abiertos, pero no oyen, la debilidad se ha apoderado de mi cuerpo” (García-Santalla et al. op. cit., p. 94)
CHINA El libro “Tso-chuan”	Siglo VI a. C.	Refiere varias enfermedades mentales, aunque sin especificación clara. (García-Santalla et al. op. cit.)
ISRAEL En la Biblia en el Salmo 38, (versículos del 3 al 10), se describe la oración más	1000-300 a. C	“Por causa de tu indignación no hay nada sano en mi cuerpo; por causa de mi pecado mis huesos no hallan descanso... Por causa de mi insensatez mis llagas hieden y supuran. Estoy agobiado, del todo abatido; todo el día ando acongojado. Estoy ardiendo de fiebre; no hay nada sano en mi cuerpo. Ante ti, Señor, están todos mis deseos; no te son un secreto

deprimente por causa del pecado del Rey David.		mis anhelos. Late mi corazón con violencia, las fuerzas me abandonan, hasta la luz de mis ojos se apaga.” (La Santa Biblia 1999, p. 700)
GRECIA	460-377 a. C.	Con Hipócrates, por primera vez se encuentra el vocablo melancolía (bilis negra). (García-Santalla et al. op. cit.). Rufo de Éfeso y discípulos de Hipócrates asociaban la <i>melancholia</i> con desesperación, insomnio, irritabilidad, intranquilidad y aversión a la comida. (Jackson, 1986) En el libro III de las Epidemias, Hipócrates hace una magnífica descripción de los síntomas depresivos: “Constantemente acompañan a la paciente: falta de apetito, desaliento, insomnio, accesos de ira y malestar”. (García-Santalla et al. op. cit. p. 96)
PERGAMO (Asia Menor)	129-199 d. C.	Galeno pensaba que la melancolía era causada por un exceso de bilis negra, describió muchos tipos de melancolías (García-Santalla et al. op. cit.) Los síntomas: aparece una forma de locura no febril con temor, tristeza, misantropía y cansancio de la vida. Con frecuencia con ideas delirantes y a veces con disturbios gastrointestinales. El estreñimiento era mencionado en casi todos los casos. Las ideas suicidas aparecían intermitentes y también el riesgo de éste. en todas ellas estaban presentes como síntomas. El tratamiento eran las flebotomías y los agentes catárticos para eliminar el exceso de bilis negra. (Jackson, op. cit)
ROMA	Siglo I d. C.	Celso en el volumen III de “De Re Medica”, anticipó el tratamiento psicoterápico, decía que para animar a los pacientes deprimidos era de gran utilidad el uso correcto del lenguaje, la música y la lectura en grupo. (Ledesma, Melero 1989)
ASIA	EDAD MEDIA 200-1543 d. C.	Período entre la muerte de Galeno y la aparición en 1543 del libro de Vesalio “ <i>De humani corporis fabrica</i> ”; el término melancolía incluía todos los tipos de afecciones mentales. Constantino el Africano en su libro “De Melancolía” cita como causa un exceso de bilis y como tratamiento dieta apropiada, palabras de cariño, música, baños catárticos, descanso y ejercicios físicos y sexuales. (García-Santalla et al. op. cit.) Geoffrey Chaucer, nacido en Inglaterra (S. XIV) describe un cuadro melancólico, en su libro “El libro de la Duquesa” (García-Santalla et al. op. cit.)
MÉXICO	1552	Martín De la Cruz. Médico Indígena escribió el Códice Baldiano (llamado así porque Juan Baldino realizó la traducción al latín), su nombre original es <i>Libellus de Medicinalibus Indorum Herbis</i> , éste código se encuentra en el Vaticano con el título “Remedio para la sangre negra” (<i>Negri remedium sanguinis</i>), describe el cuadro del deprimido. (Calderón, 1984)
HOLANDA	1668-1738	Hermann Boerhaave, la hipocondria empezó como desorden menor como un <i>continuum</i> de gravedad que podía llegar hasta la melancolía. En el siglo XVIII los

		médicos asentaban que la melancolía no incluía síntomas de dispepsia y esos síntomas eran de la hipocondria que era otra enfermedad de la misma familia. (Jackson, op. cit)
CARTAGO	1597-1917	San Agustín realizó una descripción de la auto-observación sobre su reacción de pena tras la muerte de su madre, muy semejante a la realizada por Freud en 1917 de la tristeza y la melancolía en su obra "Duelo y melancolía" (García-Santalla et al. op. cit.)
ESPAÑA	S. XVI	Huarte De San Juan. "Examen de ingenios para las ciencias, asocia el temperamento melancólico con una mayor predisposición para la creatividad. (García-Santalla et al. op. cit.)
INGLATERRA	1577-1640	Robert Burton. "Anatomía de la Melancolía" Define la melancolía: "Una especie de alteración sin fiebre que tiene como acompañantes ordinarios el miedo y la tristeza, sin ninguna causa aparente". Bright diferenciaba la aflicción melancólica a un estado parecido con la conciencia oprimida por el pecado, es curioso que este rasgo aparece después de la Reforma Protestante. En el siglo XVIII las ideas delirantes (insania parcial) se consideran como rasgos esenciales. (Jackson, op. cit)
ITALIA	S. XVIII	Vicenzo Chiarugi. "Tratado médico de la locura". Divide las enfermedades mentales en tres categorías: melancolía o (locura parcial), manía o (locura general) y amnesia. (García-Santalla et al. op. cit.)
PARIS	S. XIX 1801	Philippe Pinel. "Tratado Médico Filosófico sobre la manía", cuatro tipos de locura (melancolía, manía demencia e idiocia); relacionando la melancolía con la alteración del funcionamiento intelectual. (García-Santalla et al. op. cit.)
ALEMANIA	1856-1926	Emil Kraepelin. Relacionó la manía y la melancolía y los denominó insania maniaco-depresiva. (Jackson, op. cit) Empleó para ilustrar lo que predominaba en los cuadros clínicos respectivos tres síntomas contrastantes; para manía: fuga de ideas, exaltación hiperactividad y para depresión: inhibición del pensamiento, depresión de los sentimientos, inhibición psicomotriz. (García-Santalla et al. op. cit.)
E.E.U.U.	1904	Adolf Meyer, no aceptó el concepto de melancolía, porque era como aceptar su certeza, lo consideraba como un estado vago y del que no se sabía mucho. (Arieti y Bemporad, 1993)
	1911	Karl Abraham publica la primera investigación psicoanalítica sobre depresión y determina que la depresión es resultado de la excesiva represión libidinal, cree que la depresión es una regresión a la primera fase psicosexual, o sea a la etapa oral. (Arieti y Bemporad, op. cit.)
AUSTRIA	1917	Sigmund Freud. En el duelo y la melancolía, compara la melancolía con el duelo, en ambos se presenta sensación dolorosa de abatimiento por una pérdida,

		falta de interés en el mundo externo, pérdida de la capacidad de amar, pérdida de actividad.. En el yo y el super yo hay gran discrepancia, el super yo es poderoso y su severidad, con crueldad determina el estado depresivo. (Arieti y Bemporad, op. cit.)
	1888-1964	Kretschmer. Elabora su teoría sobre la constitución y la personalidad, asociando al tipo pícnico la tendencia a padecer episodios maníaco-depresivos. (García-Santalla et al. op. cit. p.100)
	1920	Alexander F. Shand. Identificó la angustia vociferante, la tristeza muda y el desánimo y la incapacidad enérgica. Aclarando que la melancolía la integran la tristeza, miedo, descontento, suspicacia e ideas delirantes. (García-Santalla et al. op. cit.)
	1968	Denis Hill. Concluye que cada paciente deprimido nos presenta una postura compleja de conducta abierta y experiencia subjetivas, así como un esquema total de conducta que tiene calidad de postura defensiva, que está sólo en parte biológicamente determinada” (García-Santalla et al. op. cit.)

Esta perspectiva histórica ayuda a explicar los cambios que ha tenido la descripción clínica así como algunos rasgos explicativos.

2.2 Definición

A través del tiempo y de acuerdo a las presuposiciones básicas de las diversas corrientes psicológicas existe una diversidad de definiciones y aquí se presentan algunas de ellas.

Beck (1967). “Un patrón complejo de modificaciones emotivas, cognoscitivas y de la conducta que no se presenta como un trastorno psiquiátrico definido, en esos casos es considerado un síndrome o conjunto de síntomas, que pueden variar de leves a graves. El término depresión, se ha utilizado para designar una entidad nosológica definida, generalmente, se le añade algún adjetivo que indica el tipo o forma de que se trata”.

Dorsch (1976). Define depresión como “el estado de ánimo triste, deprimido, de mal humor, con inhibición del curso del pensamiento, débil voluntad e incapacidad de decisión. Es una manifestación normal cuando hay causas exteriores que la explican. Sin una base normal suficiente y en grado intenso, se presenta en diversas enfermedades mentales, especialmente en la psicosis maniaco depresiva (período depresivo). Hay que distinguir entre depresión agitada e inhibida.”

Shuchter, Down y Zisook, (1996, citados por Linares y Campo, 2000) definen depresión como la “enfermedad autónoma, que influye y es influida por diversos sistemas cerebrales y por sus interacciones con estructuras intracerebrales y extracerebrales”

Rojo y Cirera, (1999). Desde el punto de vista médico “el síndrome depresivo se define por un tono hipovital que se traduce en una claudicación psicofísica y de la vitalidad. En el Plano psíquico supone tristeza, desmoralización, pérdida de autoestima y desinterés, en el somático se expresa por astenia, postración, hipoactividad, anorexia, pérdida ponderal o alteraciones del sueño”

Novartis, (1999). La depresión es una enfermedad, que afecta los pensamientos, las emociones, la salud y la conducta de quienes la padecen, es una de las enfermedades más comunes a las que se puede enfrentar el ser humano. (Citado por Velásquez, 2004, p. 11)

Rojtenberg (2001).. El vocablo depresión procede del latín *depressio*, que significa hundimiento, la persona que padece esta enfermedad entre su sentir está el hundimiento, con un gran peso sobre su vida, que le imposibilita a vivir plenamente.

Pierre Fedida define la depresión como: “Expresión del congelamiento de recursos existenciales que afecta el alma y el cuerpo”. (Winograd 2005, p. 275)

WHO (2008). Define la depresión como un desorden mental común que se presenta en un estado de ánimo con pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o baja autoestima, trastorno del sueño o del apetito, energía baja y pobre concentración. Estos problemas pueden llegar a ser crónicos o recurrentes. Impide la habilidad para cuidarse y de afrontar sus propias responsabilidades y puede dirigir al suicidio.

Rojtenberg, (2006, p. 40). “Nosotros definimos la depresión como un síndrome caracterizado por el decaimiento del estado de ánimo, la disminución de la capacidad de experimentar placer y de la autoestima con manifestaciones afectivas, ideativas, conductuales, cognitivas, vegetativas y motoras con serias repercusiones sobre la calidad de vida y el desempeño socio-ocupacional”.

2.2 Clasificación: CIE-10 y DSM-IV

La CIE-10 y la DSMIV, son las dos clasificaciones mas ampliamente aceptadas por la comunidad médica y científica internacional (SERSAME, 2002).

CIE-10

La Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE), es la base para la clasificación de enfermedades mentales, es un sistema oficial de códigos, documentos e instrumentos relacionados con la clínica y la investigación. Esta herramienta ha sido elaborada y revisada por los gobiernos que pertenecen a la Organización Mundial de la Salud (OMS), la integran 190 estados, respaldados por sus gobiernos respectivos. Además en esta clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento han intervenido 700 clínicos e investigadores de 110 instituciones de 40 países. (Üstün et al. 1998). La versión revisada es la 10 por eso es la CIE-10.

Esta herramienta es útil debido a que se busca definir los trastornos mentales y del comportamiento de manera práctica a partir de los signos y síntomas, estableciendo consistentemente criterios comunes y definiciones operativas.

La CIE 10 en relación con el DSM- IV

Los códigos y los términos del DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) son totalmente compatibles con los de la CIE-9-MC (Modificación Clínica) y la CIE-10, Las personas que han colaborado en la elaboración de la CIE-10 y DSM-IV han trabajado coordinando sus esfuerzos y trabajando en unidad y estrecho contacto (López-Ibor y Valdés, op. cit.)

El DSM-IV ha procedido a una reorganización coherente de los trastornos depresivos, que, por una parte, no figuran entre los trastornos de personalidad que deslindan con toda claridad las depresiones reactivas incluyéndolas entre los trastornos adaptativos. Así se consolidan los trastornos del estado de ánimo como categoría diagnóstica independiente, esto constituye un gran logro en relación al reconocimiento de la entidad propia de los fenómenos depresivos. (Linares y Campo, 2000).

Para dar contexto y de acuerdo a la CIE-10, a continuación se presenta un cuadro que resume las categorías de los trastornos mentales, y a su vez dentro de la categoría de los trastornos mentales psicóticos se encuentran tanto la esquizofrenia como los trastornos del humor que es el tema del presente trabajo.

2.2.2 Categorías de los trastornos mentales.

Categorías de los Trastornos mentales

CLASIFICACIÓN	CATEGORÍA	DESCRIPCION
F0	Trastornos mentales orgánicos	Trastornos mentales orgánicos
F1		Consumo de sustancias psicótropas
F2	Trastornos mentales psicóticos	Esquizofrenia
F3		Trastornos del humor (afectivos)
F4	Trastornos de la personalidad, neuróticos y por estrés	Trastornos neuróticos
F5		Trastornos asociados a disfunciones fisiológicas
F6		Trastornos de la personalidad
F7	Trastornos del desarrollo, de la adolescencia y de la niñez	Retraso mental
F8		Trastornos del Desarrollo
F9		Trastornos de la adolescencia y de la niñez

2.2.3 Categorías de los Trastornos del Humor (afectivos)

A continuación se presenta una síntesis de todos los trastornos del humor (afectivos) con clasificación F30-F39 del libro de casos de la CIE 10 (Üstün et al. 1998), especificando el diagnóstico, así como también los síntomas.

<p><i>F30-F39</i> TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS)</p>
--

CATEGORÍA	DIAGNOSTICO	SÍNTOMAS
F30	EPISODIO MANIACO	Hiperactividad, verborrea, pérdida de las ideas cuando se habla, gran capacidad para distraerse, disminución de las ganas de dormir, desinhibición para guardar convencionalismos sociales, comportamiento irresponsable
F30.1	TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, EPISODIO MANÍACO SIN SÍNTOMAS PSICOTICOS	Humor irritable, agresivo, verborrea, hiperactividad y agitación, falta de sueño y sentimientos de grandeza, ausencia de ideas delirantes.
F31.2	TRASTORNO BIPOLAR, EPISODIO MANIACO CON SÍNTOMAS PSICOTICOS	Síntomas psicóticos y afectivos, humor eufórico o irritable, gran hiperactividad con excitación psicomotora, logorrea con pérdida de ideas, disminución de la necesidad de dormir y pérdida de la inhibición para cumplir las normas sociales, ideas delirantes de grandiosidad y de autoestima, no sistematizada.
F31.3	TRASTORNO BIPOLAR, EPISODIO DEPRESIVO LEVE O MODERADO	Síntomas depresivos de gravedad media, humor deprimido, pérdida de la alegría, fatiga, dificultad para concentrarse, trastorno del sueño y pérdida de apetito. Evidencia de haber tenido episodio de hipomanía.
F31-4	TRASTORNO BIPOLAR, EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN SÍNTOMAS PSICÓTICOS	Humor depresivo, pérdida de interés y de alegría, disminución de la energía, además se identifican síntomas depresivos accesorios como son: auto reproches, pensamientos suicidas, trastorno del sueño y pérdida del apetito y de peso. Intensidad de intención suicida (marca la gravedad). Evidencia de

		haber tenido episodios depresivos y de hipomanía con anterioridad.
F31.6	TRASTORNO BIPOLAR, EPISODIO MIXTO	Síntomas depresivos y maníacos. Evidencia de haber presentado depresión
F32.11	EPISODIO DEPRESIVO MODERADO, CON SÍNDROME SOMÁTICO	Humor depresivo, fatiga y pérdida de alegría, pérdida de concentración, pensamientos de baja autoestima y de necesidad de ayuda, trastorno del sueño, pérdida de apetito y de peso, ideas hipocondríacas con carácter delirante. Presencia de síntomas "somáticos": pérdida de alegría, despertar temprano del sueño, pérdida de apetito y de peso
F32.2	EPISODIO DEPRESIVO GRAVE, SIN SÍNTOMAS PSICÓTICOS	Síntomas de humor depresivo, pérdida de interés y de alegría, energía reducida y cansancio, trastorno del sueño, disminución del apetito con pérdida de peso, dificultades para concentrarse y pensamientos recurrentes de muerte. Enlentecimiento psicomotor.
F32.3	EPISODIO DEPRESIVO GRAVE CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS.	Síntomas de humor depresivo y pérdida de interés, síntomas accesorios: pérdida de la autoestima, sentimiento de culpa, pensamientos de muerte, falta de sueño, pérdida de peso y agitación psicomotora. Ideas delirantes hipocondríacas, ideas delirantes depresivas de contagio y de culpa son síntomas psicóticos congruentes con humor depresivo
F33.11	TRASTORNO DEPRESIVO REURRENTE, EPISODIO MODERADO CON SÍNDROME SOMÁTICO.	Humor depresivo, fatiga y pérdida de alegría, pérdida de concentración, pensamientos de baja autoestima y de necesidad de ayuda, trastorno del sueño, pérdida de apetito y de peso. Síntomas típicos y síntomas depresivos accesorios, síndrome somático.
F33.2	TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO ACTUAL GRAVE, SIN SÍNTOMAS PSICÓTICOS.	Síntomas típicos (humor depresivo, pérdida de interés y fatiga), síntomas accesorios depresivos (sentimiento de culpa, sentimiento de incapacidad, ideas suicidas, insomnio , pérdida de apetito y problemas de concentración. Síntomas somáticos. Evidencia de episodio depresivo previo.
F34.0	CICLOTIMIA	Humor cambiante con aumento en frecuencia.
F34.1	DISTIMIA	Humor deprimido, cansancio, sensación de incapacidad para cumplir con responsabilidades. Dificultad en concentrarse, intento de suicidio. Con recurrencia a episodios depresivos, sentimientos de baja autoestima, pesimismo, falta de interés.

		Existencia de períodos largos de humor deprimido recurrente. (por lo menos, 2 años de constantes episodios recurrentes de humor depresivo), Durante este período, cada uno de los episodios considerados en sí mismos, no deben de ser lo suficientemente intensos o deben durar el tiempo suficiente para cumplir con los criterios para que exista un diagnóstico de trastorno depresivo recurrente leve.
--	--	---

De acuerdo a estos parámetros, la depresión es considerada de acuerdo a su categoría como un trastorno mental psicótico y en su descripción como un trastorno del humor y afectivo (Üstün et al. op. cit.).

Es necesario aclarar que la clasificación de los trastornos mentales, clasifica los trastornos de las personas que los padecen y no clasifica a las personas por ello, no hace uso de expresiones como “esquizofrénico” sino un individuo con esquizofrenia (López-Ibor y Valdés, 2002).

2.3 Etiología de la depresión

De acuerdo a Shaffer y Waslick (2003), no hay una causa única, clara y definida para la mayoría de los casos de depresión, pues consideran que la etiología de los trastornos depresivos, es multifactorial y a su vez todos los factores que intervienen interactúan entre sí.

Así, Geldard (1977) citado por Rodríguez (1989), argumenta que existen corrientes que representan un modelo específico psicopatológico con su correspondiente teoría explicativa sobre la patología mental y sobre el comportamiento depresivo. Hay dos teorías que se contraponen, una es la estructural u orgánica, y la otra es la funcional.

El comportamiento depresivo presenta una gran gama de variabilidad en la identificación conceptual, así como también, en la forma como se le nombra se han encontrado diferencias en la descripción de los síntomas. La manera de manifestarse, los niveles y grados de su evolución, los factores que la causan y asimismo las condiciones que la llevan a su desarrollo, son aspectos que no convergen en las corrientes psicopatológicas. (Rodríguez, op. cit.).

Se ha encontrado que hay ambigüedades en la identificación de la depresión:

1. En el grado o intensidad de los síntomas de comportamiento depresivos.
2. En la consideración de los factores intrínsecos o niveles estructurales de la personalidad (López , 1969, citado por Rodríguez op. cit.).

Una nueva delimitación conceptual que diferencia de las formas evolutiva ontogenética. En este sentido puede entenderse la clasificación establecida por Coderch en dos grandes categorías de depresión: endógena y reactiva.

La depresión endógena o psicótica se considera que se origina por la constitución genotípica hereditaria y también es causada por ciertos acontecimientos

desencadenantes concretos, pero una vez que se inicia el cuadro depresivo se independiza de las circunstancias o acontecimientos desencadenantes.

La depresión reactiva tendría, por el contrario, factores desencadenantes o pérdidas objetivas y concretas, conocidas o no conscientemente, por el sujeto.

2.3.1 Principales teorías o puntos de vista de la etiología de la depresión.

Sabemos que cualquier comportamiento humano, ya sea normal o patológico, nunca está determinado por una causa aislada, sino por una diversidad etiológica, en diversas combinaciones como son:

- Factores biológicos, de índole genotípica y constitucional (organogénicas)
- Factores psicológicos, es decir de índole experimental individual (psicogénicas)
- Factores sociológicos, es decir, ambientales y de contexto social (sociogénicas)

Organogenético de la depresión

Se atribuye a procesos psicológicos, internos o aprendidos como origen del comportamiento anómalo.

La corriente psicopatológica organogenética, representada por la clásica psiquiatría orgánica, se considera como entrada en crisis agónica en los últimos años (Herrero Velasco, 1986, citado por Rodríguez, op. cit.) en su concepción o explicación neurofisiológica de los trastornos mentales, pero rectificadas y revitalizadas por el movimiento de la psiquiatría biológica.

Ellos atribuyen el origen de la depresión a causas orgánicas, muy particularmente al funcionamiento del cerebro, como directamente responsable de generar conductas anormales, ya sea por su naturaleza anatómica, fisiológica, bioquímica,

metabólica o genética, la correlación entre trastorno mental y trastorno orgánico es un postulado que guarda similitud y analogía con la realidad médica del comportamiento físico enfermo.

Entonces sólo ante descartar la posibilidad biológica se aceptaría la etiología psicológica o sociológica.

Psicogenia de la depresión

Su etiología está fundamentada por causas psicológicas, internas o aprendidas, como origen del comportamiento patológico. Por lo tanto el objetivo terapéutico es la reestructuración de la personalidad, a través de técnicas y terapias psicológicas.

Sociogénesis de la depresión

De acuerdo a Chinchilla (2004), se cuentan como factores psicosociales, los siguientes:

- Estrés ambiental y acontecimientos vitales, el más frecuente es el fallecimiento de un progenitor antes de los once años, y como precipitante, el fallecimiento del cónyuge.
- Personalidad premórbida
- En las teorías psicodinámicas: La pérdida de objeto con el que el paciente se identifica, siendo la introyección el único mecanismo para renunciar al objeto.
- En la teoría cognitiva: Interpretaciones distorsionadas negativamente sobre la vida y sobre sí mismo, además con rasgos de pesimismo y desesperanza

Además los factores sociales se caracterizan como anomalías del comportamiento social, y su origen está ligado a la misma sociedad, ya sea en sus organizaciones sociales, culturas, normativas y políticas. Este punto de vista socio-cultural se origina en el movimiento de la Higiene Mental inspirado en la ciencia médica a mediados y finales del siglo XIX considerando las variaciones de las conductas anormales en las distintas culturas, vinculando la cultura y sociedad con la salud mental. La terapia de este modelo no tiene ninguna estrategia determinada, favoreciendo desde el estudio de casos por equipos multiprofesionales, hasta el tratamiento ambiental y de contextos, la intervención comunitaria, las terapias familiares o las de grupos.

Factores biológicos

Como se mencionó anteriormente no se sabe todavía la causa de la depresión, sin embargo, se conoce que tiene un origen biológico, es decir, es una enfermedad médica como la diabetes, el asma o la epilepsia (Sotullo, 2005).

Genéticos

Hay varios estudios que indican que existe un componente genético en la depresión. Los estudios en gemelos son importantes, porque si una enfermedad se transmite genéticamente será más frecuente cuanto más parecidos sean los genes de las dos personas, es decir, más frecuentes entre hermanos gemelos idénticos que entre gemelos no idénticos, y más frecuentes entre hermanos que entre primos. (Sotullo, op. cit.).

Estudios familiares: Los parientes en primer grado de pacientes con bipolar I tienen entre 8 y 18 veces más posibilidades de padecer la enfermedad que los parientes de la población control entre 2 y 10 veces más posibilidades de padecer un trastorno depresivo mayor; los parientes en primer grado de pacientes con depresión mayor tienen entre 1 y 1.5 veces más riesgos de padecer un trastorno bipolar 1 que los controles (Chinchilla, 2004).

Así también, Se aprecia en diversos estudios que si dos hermanos son gemelos idénticos la concordancia para ellos para depresión es del 76%; es decir, que si un gemelo tiene depresión, el otro tiene el 76% de posibilidades de tenerla. La concordancia para la depresión entre gemelos no idénticos, es sólo del 19%. Esta diferencia del 76% al 19% muestra que la enfermedad es transmitida genéticamente, porque ambos hermanos gemelos, los idénticos y los no idénticos comparten el ambiente familiar, y si la enfermedad fuese debida a la familia no habría diferencia entre hermanos por sus características genéticas. Sin embargo, cuando los gemelos homocigóticos (idénticos) se crían por separado (en adopciones, por ejemplo), la concordancia baja un poco, del 76% al 67%, lo que indica que también hay factores ambientales que afectan el desarrollo de la enfermedad. También se ha comprobado que los hijos de padres y madres con depresión sufren más frecuente de depresión (Sotullo, op. cit.).

- Estudios de adopción: el riesgo de padecer un trastorno del humor de un hijo biológico de padres afectados de depresión mayor es más elevado que el de la población control, incluso si es criado por padres adoptivos no afectados (Chinchilla, op. cit.).

- Estudios en gemelos: la concordancia entre gemelos homocigóticos para el trastorno bipolar I es del 33 al 90%, dependiendo del estudio considerado, y para el trastorno depresivo mayor del 50%, mientras que para los heterocigóticos las cifras serían, del 5-25% y del 10-25% (Chinchilla, op. cit.).
- Estudios de linkage: se han encontrado asociaciones entre trastornos del humor, particularmente el trastorno bipolar I, y marcadores genéticos para los cromosomas 5, 11 (brazo corto) y X, en los pedigríes de algunas familias (Chinchilla, op. cit.).

Evidencias biológicas

Estudios con resonancia magnética (Imagen cerebral)

En estos estudios en donde es posible apreciar la forma y obtener el volumen de las diferentes partes del cerebro, no se ha logrado encontrar ninguna alteración específica que ayude para hacer un diagnóstico sobre depresión. Sotullo (2005) dice que no es posible hacer una radiografía del cerebro ni ninguna otra prueba de imagen y así comprobar y ver si un paciente tiene depresión.

Alteraciones endocrinológicas y hormonales

No se ha encontrado un patrón endocrinológico evidente en la depresión. Sin embargo, se ha encontrado en personas deprimidas la hormona cortisol que es

producida en las glándulas suprarrenales en circunstancias peligrosas que generan tensión (Sotullo, op. cit.).

En diversos estudios se ha encontrado que en las mujeres se presenta mayor riesgo de desarrollar una depresión después del inicio de la pubertad, esto sugiere que las hormonas sexuales pueden estar asociadas de manera causal a los trastornos del estado de ánimo (Angold y Cols., 1999, citado por Shaffer y Waslick, 2003)

Alteraciones en los neurotransmisores

Hay diferentes tipos de neurotransmisores, la función de algunos es excitar la neurona, como la dopamina, la adrenalina, la noradrenalina y otros la calman o la inhiben, como por ejemplo el GABA (factor neuroquímico: ácido y aminobutírico), asimismo otros la modulan o regulan, como la serotonina. Cada neurotransmisor solo tiene un solo receptor. Las medicinas que ayudan en la depresión evitan que el neurotransmisor se recapte tras haber actuado.

Investigaciones recientes sobre el rol de los neurotransmisores, sugieren que la eficacia de los antidepresivos esta relacionado con la noradrenalina y la serotonina en el tratamiento de la depresión. Sin embargo, se aclara en este estudio que es más efectivo el tratamiento de la depresión si los antidepresivos actúan en ambas, tanto en la serotonina y noradrenalina, que tan sólo las drogas que actúan específicamente en un solo neurotransmisor (Akkaya, 2005).

Factores psicológicos

Cognitivos

Las teorías cognitivas de la depresión postulan que la presencia de actitudes disfuncionales, incluida la percepción negativa de sí mismo, del mundo o del futuro, o un estilo de atribución negativo en una persona, en el cual los acontecimientos negativos de la vida son conceptualizados como resultado de causas internas (relacionadas con uno mismo), estables (frente a temporales) y genéricas (frente a específicas), preceden al desarrollo del trastorno depresivo (Shaffer y Waslick, op. cit.).

Las publicaciones médicas reportan que las alteraciones cognitivas “despresógenas” en pacientes con depresión, constituyen las bases teóricas para el uso de terapias cognitivas en adultos inclusive en jóvenes (Gotlib y Abramson, 1999, citado por Shaffer y Waslick, op. cit.)

Sucesos negativos de la vida

La experiencia de acontecimientos negativos se considera a menudo un factor precipitante. Estos hechos negativos se han correlacionado con el inicio de síntomas depresivos que incluyen episodios de pérdida y fracaso. Los episodios de pérdida, como la muerte de un familiar cercano o la ruptura de una relación de pareja, se han asociado al inicio de episodios de depresión. (Monroe y Cols., 1999, citado en Shaffer y Waslick, op. cit.)

Factores ambientales y familiares

Existen incontables situaciones que pueden ser causa de depresión y según Alonso-Fernández (1994), son cuatro:

1. La pérdida afectiva. Aparece cuando un ser querido desaparece, por separación o bien por muerte.
2. La sobrecarga emocional o el estrés. Por un alto nivel de exigencias exteriores o bien la autoexigencia que produce agotamiento emocional.
3. El aislamiento y la inactividad física o psíquica. Aparece cuando hay un aislamiento real de tipo sensorial (sordera, ceguera), social por falta de amistades, o por vivir en soledad.
4. La crisis o cambio súbito. Aparece a partir de un cambio brusco en la forma de vivir. Por tal motivo el hombre debe sobreponerse y realizar un esfuerzo especial para volver a integrarse a la nueva situación.

Bajo nivel económico

La pobreza y un bajo estatus socioeconómica se han asociado a un incremento del riesgo para una gran variedad de problemas de salud mental, en los que se incluyen los trastornos emocionales. Sin embargo no se encuentran estudios que actualmente correlacionen la escasez de recursos con algún tipo de problema de salud mental específico (Costello y Cols., 1996, citado en Shaffer y Waslick, op. cit.)

2.4 Epidemiología

Los estudios epidemiológicos nos dan información fundamental sobre la prevalencia, la distribución, el curso, los factores de riesgo y la comorbilidad de los trastornos mentales (Bobes, Bousoño, González, Sáiz, 2001).

Hay un gran problema en la investigación epidemiológica porque hay falta de uniformidad sobre los criterios utilizados en el diagnóstico psiquiátrico (Martí y Murcia, 1987).

Sandifer, Pettus y Quade (1964, citado por Martí y Murcia, op. cit.), comprobaron que el grado de coincidencia en el diagnóstico de enfermos mentales fue menor del 57% en 910 enfermos, esto comprueba que entre los psiquiatras que intervinieron, su diagnóstico difería en 519 casos. Estos resultados fueron arrojados en una investigación llevada a cabo en Carolina del Norte.

En diferentes revisiones las cifras de morbilidad de la depresión son muy variables. Uno de los estudios más completos fue el que se llevó a cabo con 38,000 personas en población general de 10 países distintos: EE.UU., Canadá, Puerto Rico, Francia, Alemania Occidental, Italia, Líbano Taiwán, Corea y Nueva Zelanda. Este estudio arroja una variación entre el 1.5% en Taiwán y el 19.% en Beirut de prevalencia-vid, y la prevalencia anual se sitúa entre el 0.8% de Taiwán y el 5.8% de Nueva Zelanda (Alonso-Fernández, 1994).

Se presentan importantes diferencias cuantitativas entre diversas culturas en relación con la depresión, sin embargo, la depresión está presente en todas ellas y

en los países occidentales se presentan las tasas más altas (Alonso-Fernández, op. cit.).

El Instituto Nacional de Salud Pública en México, reporta que, en la población adulta, la depresión es el trastorno mental para el cual se solicita más frecuentemente ayuda en los centros del primer de atención en el D. F., con una distribución de 34% de mujeres y sólo de 1% entre los hombres. En el mundo, la depresión se manifiesta en dos mujeres por cada hombre, lo que determina que la discapacidad producida por trastornos mentales y neurológicos en las mujeres sea de 30% y tan solo de 12% en los hombres (Valdez, Salgado, 2004).

En México, Carlos Berlanga, subdirector de Investigaciones Clínicas del Instituto Nacional de Psiquiatría (INP), señaló que las cifras de depresión resultan alarmantes, ya que se estima que hasta 15 por ciento de los pacientes presentan conductas suicidas, lo que incrementa los índices de mortalidad por este mal. Destacó que la problemática es más frecuente entre adolescentes y que durante 2007, al menos 3, 500 menores de edad lograron quitarse la vida (Cruz, 2008).

El especialista explicó que la depresión provoca un alto impacto en la vida de los pacientes y familiares, pues sin tratamiento oportuno disminuyen las funciones físicas y síquicas de los pacientes, lo que deteriora su calidad de vida (Cruz, op. cit.).

La prevalencia de depresión en México se estima de entre 12 y 20 por ciento en la población adulta de 18 a 65 años, por lo cual se puede inferir que más de diez millones de personas en algún momento de sus vidas sufrirán esta enfermedad

que actualmente se le considera como una de las más discapacitantes (SSA, 2002).

Sartorius, (1975, citado por Calderón 1984), informa que de acuerdo a la Organización Mundial de la salud, en el mundo había 100 millones de personas que padecen alguna forma clínica reconocible de depresión.

Martí y Murcia (1987), comentan que hay unos 150 millones de enfermos depresivos en el mundo

Alonso-Fernández (op. cit.), reporta que en ese año existían 300 millones de depresivos en el mundo. Y calcula que entre el 6 y 8% de la población general mayor de quince años está afectada por la depresión.

De acuerdo a estos datos de entre 1987 y 1994, en estos 17 años aumentó la población depresiva en un 100%.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha estimado que para el año 2020 la depresión será la segunda causa de discapacidad a nivel mundial.

Un estimado arroja que para el año 2020, será la segunda causa de morbilidad (Trejo, 2003)

Como se observa cronológicamente y de acuerdo a lo reportado por los autores anteriores, la incidencia de la depresión ha venido en aumento.

2.4.1. Aspectos sociodemográficos que inciden en la depresión

Género

La depresión es más común en las mujeres que en los hombres. Se han realizado estudios para comprobar esta ocurrencia incluso con gemelos, y los resultados han arrojado que aunque los genes están presentes en ambos géneros, el riesgo para desarrollar dicha perturbación está básicamente identificado en mujeres (Martínez, Sánchez, Delgado, González, Fernández, Rodríguez, 2001).

Edad

Es importante también aclarar que la edad es un factor a considerar pues aunque las mujeres sufren depresión en mayor incidencia, la edad en que ésta aparece, o sea el riesgo mayor está entre 18 y 44 años (Martínez, et al. op. cit.).

Sin embargo, en estudios realizados en 1977 la edad de inicio es variable, se presenta de acuerdo al tipo de depresión. En la endógena, la edad está entre los 30 y 40 años, y se observa que la incidencia mayor está entre los 40 y 60 años; en la depresión mayor, el pico máximo de incidencia está reducido entre los 18 y 44 años, en la depresión incluida en el trastorno bipolar, la edad de inicio se sitúa antes de los 30 años, en la depresión incluida en trastorno bipolar, tienen su primer episodio antes de los 20 años. A la edad de 30 años han aparecido el 50% de los casos y el 90% antes de los 50 (Rojo Cirera, 1997).

La prevalencia de vida está alrededor del 5%, los estudios comunitarios arrojan las cifras entre 2.9% y 8.6%. Estudios que son menos estrictos, arrojan una prevalencia mayor del 26% en mujeres y de 12% en varones (Rojo op. cit.).

La prevalencia entre los pacientes hospitalizados por un problema médico está en aproximadamente del 10 al 14%; en los pacientes médicos ambulatorios la prevalencia oscila entre el 9 y 16%. Estas cifras se ven incrementadas cuando sólo se consideraron los síntomas depresivos, incrementándose hasta frecuencias del 32% al 58%, según los diferentes estudios (Rojo op. cit.).

Raza

La raza es otro aspecto a tomar en cuenta, en investigaciones realizadas en Estados Unidos y después de haber realizado estudios comparativos, se ha encontrado que las personas de raza negra son menos propensas a padecer depresión comparadas con sujetos de raza blanca, pues estos tienen ligeramente mayor incidencia (Martínez, et al. op. cit.).

Estado Civil

El estado civil también indica que los separados, viudos, divorciados, también son identificadas estas características con mayor riesgo a padecer depresión (Martínez, et al. op. cit.).

Las que se mantienen casadas, reflejan las tasas más bajas de riesgo de padecer depresión. Igualmente las solteras y las viudas, en relación a los varones, lo que

quiere decir que la mujer se acomoda en la actualidad a vivir soltera o viuda que el hombre (Alonso-Fernández, 1994).

Nacionalidad

En un estudio comparativo realizado en 10 países (Alemania Occidental, Canadá, Corea, Estados Unidos de Norteamérica, Francia, Italia, Líbano, Nueva Zelanda, Puerto Rico y Taiwán), se encontró que la mayor tasa de incidencia a sufrir depresión es la de Estados Unidos de Norteamérica (Martínez, et al. op. cit.).

2.4.2 Datos de interés clínico epidemiológico

Chinchilla (2004) cita todos estos aspectos epidemiológicos:

- Una de cada cinco personas padecerá depresión
- En México hay 10 millones de individuos depresivos (SSA, 2002)
- La duración media del ciclo decrece alrededor de 3 años a partir del primer episodio, a 1 año después de cuatro o cinco y a menos de 1 año después de seis o siete, siendo el riesgo de recidiva en el curso de dos años de alrededor del 50%.
- El suicidio es de un 25 a 30% superior al de la población; más del 15% de los individuos depresivos intentan el suicidio.
- Las mujeres consultan más que los hombres por depresión; el 20% de los pacientes ingresados en hospitales psiquiátricos son depresivos; el 40-50% de los pacientes psiquiátricos ambulatorios son depresivos; el 70% de los diagnósticos psiquiátricos de los generalistas son depresiones; el 20-30% de los ingresados en unidades psiquiátricas de

hospitales generales son depresivos y el otro 20% en las unidades no psiquiátricas.

- El 10 al 15% de los psicotropos prescritos son antidepresivos.

Evolución

Una depresión importante no tratada se resuelve en forma espontánea en el 40% de los casos en un lapso de 6 a 12 meses. En el 20 % de los casos, se resuelve parcialmente, y los síntomas pueden permanecer durante años (SESARME, 2002).

Comorbilidad

De acuerdo al DSM-IV, el trastorno depresivo mayor se puede asociar a enfermedades médicas crónicas. Hasta un 20-25% con enfermedades médicas (diabetes, infarto al miocardio, carcinomas, accidentes vasculares cerebrales), presentarán un trastorno depresivo mayor a lo largo del curso de su enfermedad médica.

La ideación y los intentos suicidas se asocian con la depresión, uno de cada 8 intentos lo logra, en nuestro país, el grupo que presenta mayor tasa de suicidios es el grupo de 15 a 19 años, las mujeres presentan una tasa mayor de intento de suicidio que los hombres, sin embargo, los hombres presentan las tasas más altas de suicidio consumado (SERSAME, op. cit.).

Igualmente, el uso de sustancias se asocia también con frecuencia a los trastornos del estado de ánimo. En las mujeres la dependencia al alcohol está más asociada a una depresión coexistente que en el caso de los hombres (SESARME, op. cit.).

2.5 Escalas de medición

Para evaluar el síndrome depresivo se pueden utilizar las siguientes escalas:

Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)

Desarrollada por Max Hamilton en 1960. Es la escala más utilizada y se ha convertido en el patrón de contraste de cualquier otro instrumento. Es una escala de evaluación compuesta de 17 ítems que evalúan el perfil sintomatológico y la gravedad del cuadro depresivo, según la versión (Bobes, Bousoño, González, Sáiz, 2001).

Se basa en la valoración clínica y enfatiza las manifestaciones somáticas de la depresión; su fiabilidad es buena entre observadores (Rojo y Cirera, 1999).

Esta escala describe tres índices que pueden obtenerse:

1. Melancolía
2. Ansiedad
3. Sueño

A través de una escala Likert de cinco grados se valora si el síntoma explorado está presente o no, así como su intensidad.

Bobes, Bousoño, González, Sáiz (2001), mencionan que hay una crítica a esta escala y se relaciona con el hecho de que está contaminada por síntomas de ansiedad (ítems 9 a 11) y por síntomas somáticos, esto hace que sea complicada su aplicación en enfermos físicos.

Beck Depression Inventory

Es probable que sea la escala autoaplicable más frecuentemente utilizada. Los sujetos responden 21 ítems que califican de cero a tres, en relación a como se sienten en el momento actual. A diferencia del HDRS, la escala se centra en los síntomas cognoscitivos de la depresión. Presenta una buena correlación con el HDRS (Rojo y Cirera, 1999).

Self Rating Depression Scale (SRDS) de Zung

Es una escala de 20 ítems, que se califica de acuerdo a la frecuencia del síntoma. Presenta una sensibilidad contrastada que la caracteriza como un buen instrumento de detección clínico de depresión (Rojo y Cirera, op. cit.).

Escala de Depresión de Montgomery-Asberg (Montgomery-Asberg Depression Scale, MADRS)

Consta de 10 ítems que evalúan la sintomatología y la gravedad de la depresión. Para asignar la puntuación, el observador utiliza información del paciente (Bobes, Bousoño, González, Sáiz, 2001).

Escala de Depresión Geriátrica (Geriatric Depression Scale, GDS)

Esta escala de depresión está dirigida para ancianos. Detecta la posible presencia de depresión. El propio paciente valora si el síntoma se encuentra o no presente, por lo tanto es autoaplicable. Consta de 30 preguntas con respuesta dicotómica (si o no). (Bobes, Bousoño, González, Sáiz, 2001).

2.6 Diagnóstico

En la clínica para poder realizar el diagnóstico se debe iniciar desde una perspectiva tipológica, esto es, comparar las manifestaciones clínicas del paciente en particular con los casos prototípicos. Luego entonces es necesario considerar un método diagnóstico que investigue como paso preliminar los síntomas presentes (criterios diagnósticos) y posteriormente con esta base edificar el diagnóstico viable.

Debido a la importancia, de llevar a cabo la aplicación válida de los criterios diagnósticos y tomar decisiones sobre alteraciones ubicadas entre la normalidad y la patología, se debe asumir que cada categoría de trastorno mental no es una entidad separada con límites que la diferencian de otros trastornos mentales o no mentales y como los casos límite, son difíciles de diagnosticar es esencial obtener más información clínica que vaya más allá del diagnóstico (López-Ibor y Valdés, 2002).

Greenberg, et al. 1993 (citado por SERSAME, 2002), reporta que la depresión no siempre es diagnosticada y por ende no son tratados.

2.7 Tratamiento

Se ha estimado que aproximadamente la mitad de los individuos que sufren depresión no buscan tratamiento y que la depresión no se diagnostica en el 50% de los pacientes que si buscan ayuda (SESARME, op. cit.).

La depresión responde al tratamiento con fármacos antidepresivos, sin embargo no ayudan a todo el que padece depresión. Sólo dos de cada tres pacientes responden a cualquier antidepresivo, y alrededor de uno de cada tres responden a un placebo (Stahl, 2002).

Terapia electro convulsiva (TEC)

Es un tratamiento efectivo que puede utilizarse en algunos pacientes como los ancianos deprimidos. El uso de esta terapia está indicada cuando el paciente no responde o no acepta el tratamiento farmacológico o cuando es tan grave que necesita la rápida mejoría que da la TEC.

Beck (1967), reporta que los estudios sobre la eficacia del TEC han registrado mejorías en el 40 a100% de los pacientes deprimidos.

Psicoterapia

En su generalidad, los estudios indican que la combinación de psicoterapia y farmacoterapia constituye el tratamiento más efectivo para el trastorno depresivo, algunos otros estudios indican que la farmacoterapia como la psicoterapia son eficaces por separado, por lo menos en los pacientes con episodios depresivos leves.

Stahl (op. cit.), informa que la evolución natural de la depresión indica que se trata de una enfermedad que dura toda la vida, en la que es probable que se presenten recaídas en el plazo de unos meses después de un episodio dado especialmente si no se ha tratado, o no se ha tratado lo suficiente, o si la administración de antidepresivos se ha interrumpido, y con propensión a múltiples recurrencias posiblemente evitables mediante un tratamiento a largo plazo con antidepresivos.

Los índices de respuesta a los antidepresivos son elevados, pero los de remisión resultan alarmantemente bajos a menos que se reconozca la mera respuesta como objetivo de un tratamiento más agresivo, posiblemente mediante fármacos aislados o combinaciones de ellos con mecanismos farmacológicos duales serotonina-norepinefrina cuando los agentes selectivos no resulten plenamente efectivos.

Stahl (op. cit.), concluye que los trastornos afectivos son enfermedades comunes, debilitantes y que amenazan la propia vida, que pueden ser tratadas con éxito, pero que habitualmente no reciben tratamiento, sin embargo también reporta que se están haciendo esfuerzos en educación pública dirigidos a identificar los casos y conseguir un tratamiento eficaz.

En casi todo el mundo la mayoría de los pacientes deprimidos son tratados por su médico familiar y únicamente uno de cada diez es remitido al especialista,

En una campaña realizada en el Reino Unido sobre la depresión, en donde uno de los objetivos eran educar a la población, se observó que las actitudes respecto a la

depresión y a las personas deprimidas eran positivos, y los antidepresivos eran vistos con recelo; el 46% de las personas consideró que los antidepresivos eran efectivos, el 16% estuvo de acuerdo con la afirmación de que las personas con depresión deberían recibir antidepresivos; por el contrario, el 91% afirmó que deberían recibir consejo profesional (Paykel, 2002).

Paykel (op. cit), informa que la terapia cognitiva ayuda a prevenir la recaída, según los resultados de las primeras pruebas procedentes de los estudios de seguimiento de los ensayos controlados sobre antidepresivos frente a la terapia cognitiva en el tratamiento agudo de la depresión. Tres estudios mostraron tasas significativamente inferiores de recaída tras la terapia cognitiva (Blackburn, y cols., 1986; Evans y cols., 1992; Simons y cols., 1986, citado por Paykel, op. cit). La adición de terapia cognitiva al tratamiento farmacológico produce un importante beneficio en un grupo de pacientes con un riesgo elevado de recaída, a pesar de las elevadas dosis de continuación y mantenimiento de antidepresivos.

CAPITULO 3. MODELOS PSICOTERAPEUTICOS

3.1 Nacimiento de la psicoterapia

La psicoterapia ha tenido grandes ajustes a lo largo de la historia, la mayoría de los autores determinan que el nacimiento de la psicoterapia profesional, inicia con la aparición de la obra de Freud *La interpretación de los sueños* (1900), o bien cuando aparece *Estudios sobre la histeria* (1893) de Freud y Breuer. El psicoanálisis y psicoterapia prácticamente se consideraban como sinónimos (Kriz, 1990).

El psicoanálisis que había logrado que los hombres creyesen que muchos de sus males tenían causas psíquicas, fue expulsado de la academia científica, los psicoanalistas se convirtieron en marginados de la ciencia (Ibáñez, 1996).

Algunos interesados en dar respuesta científica a la psicoterapia buscaban en la neurología y en el condicionamiento operante, como Wolpe (médico psiquiatra residente de Suráfrica), obtuvo su obra *Psychotherapy by reciprocal inhibition*, en América Skinner utilizó por primera vez el concepto *Terapia de la conducta*. Con su *Ley del Refuerzo* se podría controlar la conducta de manera racional. La *modificación de conducta* hace su aparición y la *terapia* es la respuesta para los miedos, fobias, para mejorar habilidades sociales y su autoestima, para solucionar relaciones interpersonales, se empieza a *consumir* terapia (Ibáñez, op. cit.).

La terapia conductual se transforma en Cognitivo-Conductual. Los terapeutas de la conducta descubren sus limitaciones y debilidades al solo considerar la conducta

sin pensamientos y emociones. Es así como nace un sin número de prácticas terapéuticas.

Ibáñez (op. cit.) menciona que en el lenguaje coloquial de los psicólogos se dice que hay tantas definiciones de Personalidad como número de científicos que están trabajando en ese campo y lo mismo es en la práctica de la psicoterapia, sin embargo, sí hay diferencia en una y otra, porque mientras que en la Psicología de la Personalidad, las definiciones y teorías intentan describir y explicar el funcionamiento del ser humano en su totalidad múltiple, en psicoterapia la práctica se ha quedado sin teoría.

El campo de la psicoterapia es muy extenso y el trabajo del terapeuta debe estar enfocado en las ideas y bases de la investigación psicológica (Ibáñez op. cit.).

Para ubicar el interés del presente trabajo sobre la terapia cognitiva de Beck se proporcionará una reseña histórica de las escuelas principales.

3.2 Abordajes de la psicología profunda

ABORDAJES DE LA PSICOLOGÍA PROFUNDA

AUTOR	TERAPIA	ENFOQUE
Sigmund Freud 1856-1939	Psicoanálisis	<p>Su enfoque terapéutico: hacer consciente lo inconsciente mediante la superación de la resistencia. La asociación libre y la interpretación fueron las dos prácticas terapéuticas más importantes utilizadas para conseguir su propósito. A través de la asociación libre lo reprimido entraba en la conciencia y la interpretación ayudaba al cliente a asignar distintos significados a sus pensamientos, sentimientos y conductas (Dowd, 1997).</p> <p>Según Prochaska, 1979, citado por Dowd, op. cit, el trabajo del cliente es la asociación libre y la responsabilidad del terapeuta es la interpretación. Para Freud el cambio psicológico del adulto era lento e incierto</p>
Alfred Adler 1870-1937	Psicología Individual	<p>Una educación que prepare adecuadamente al niño para las tareas de la vida ahorrará en definitiva toda terapia, por lo que es necesario satisfacer al recién nacido con ternura, amparo y calidez. (Kriz, 1990)</p>
Carl Gustav Jung (1875-1961)	Psicología analítica.	<p>El centro del desarrollo humano está determinado por el sentimiento de inferioridad, alentar al cliente ocupa un lugar central dentro de los principios de intervención terapéutica. La psicoterapia junguiana no se propone la curación de síntomas sino el crecimiento o la autorrealización. (Kriz, op. cit.)</p>
Wilhelm Reich (1897-1957).	Vegetoterapia	<p>En la psicoterapia enfocada hacia el cuerpo, en particular en la bioenergética, la terapia consiste en resolver los acorazamientos y hacer que vuelvan a correr, por movilización de las energías ligadas, las emociones que se habían solidificado, para conducirse de manera espontánea, sin angustia, sin inhibición y esto es lo que constituye la potencia orgásmica (Kriz, op. cit.).</p>
Alexander Lowen (1910)	Bioenergética (La terapia del núcleo).	<p>Se toma en cuenta el aura (campo energético estructurado, pulsante, que rodea a todos los cuerpos) (Kriz, op. cit.). La terapia atiende básicamente a las posturas corporales con sus bloqueos de energía como equivalentes funcionales de las posturas de carácter y los daños psíquicos que las han causado. El estar plantado es toda postura frente a las cosas y personas del mundo, y frente a uno mismo. "El</p>

		axioma básico reza: la persona es su cuerpo” (Lewis y Lowern, 1977, p. 217 citado por Kriz, op. cit.).
Eric Berne (1910-1970).	Análisis transaccional.	Se pone de manifiesto el guión, los juegos, los sentimientos ligados a ellos, ante el cliente, en donde el individuo se descubre como ser singular y en su totalidad, se insisten en la autodeterminación y en la responsabilidad personal. Las metas esenciales de la terapia son la autorrealización y el crecimiento de la persona. (Kriz, op. cit.).

3.3 Abordajes de la terapia de la conducta

Una gran variedad de terapias cognitivas de la conducta tiene su raíz en supuestos de teoría del aprendizaje, formulados por Clark L. Hull, Edward C. Tolman, B. F. Skinner y Edwin R. Guthrie y a su vez estos se basan en el “reflejo condicionado” de Pavlov, la “ley del efecto” de Thondike y “el conductismo” de Watson. La terapia de la conducta es reconocida como corriente terapéutica en los sesentas, fue introducida y empleada por tres grupos de investigación:

ABORDAJES DE LA TERAPIA DE LA CONDUCTA

AUTOR	TERAPIA	ENFOQUE
Burrhus F. Skinner. (1904-1990)	Condicionamiento operante	Logró condicionar secuencias complejas de conducta o descomponer una conducta compleja en pequeños pasos, de producción espontánea; este descubrimiento tiene importancia para muchos planes de terapia de conducta. También se debe a Skinner la experimentación de diversos planes de refuerzo. Fue el único que después colaboró en la fundación de la terapia de conducta (Kriz, op. cit.).
Joseph Wolpe (1915-1997)	La desensibilización sistemática..	Consiste en que el paciente organice situaciones que provocan angustia en una jerarquía de acuerdo al grado y se le pide que represente esas situaciones empezando con la que se asocia a la angustia más leve y así se va eliminando una a una de la más leve a la más grave.
Hans-Jügen Eysenck. (1916-1996)	La desensibilización sistemática	Se enfocó en la eliminación de angustias y neurosis por medio de técnicas tradicionales del condicionamiento clásico.

Variantes

AUTOR	TERAPIA	ENFOQUE
<p>Albert Bandura (1925- y Arnold Lazarus (1932-)</p>	<p>Aprendizaje Social (Aprendizaje por modelos)</p>	<p>Bandura demostró que las contingencias ambientales influyen en la conducta humana, también que los individuos pueden a su vez influirse contingentemente a sí mismos y a los demás (La influencia es ejercida recíprocamente). . Los refuerzos percibidos eran más reforzadores que los refuerzos reales que no eran percibidos. Los individuos para aumentar la probabilidad de realizar una conducta, era suficiente observar a otra persona (un modelo). No tenían que ser reforzados directamente. Esta demostración del aprendizaje vicario (o efecto modelador) es una de las contribuciones más significativas. Estos descubrimientos fueron trascendentales, porque ponía al descubierto que el propio condicionamiento operante no era un proceso automático, sino un proceso mediado por la cognición humana. Los principios conductuales (refuerzo, extinción y desensibilización fueron aplicados ahora a situaciones privadas como pensamientos e imágenes, que se conoce como condicionamiento encubierto. Por lo que el énfasis del problema cambió de la conducta externa a la conducta interna (Dowd, 1997).</p>
<p>Aaron T. Beck (1921)</p>	<p>Terapia cognitiva</p>	<p>El individuo reacciona a las percepciones especiales que tiene de las cosas y de las interpretaciones que le da a los objetos con significados especiales para después reaccionar afectivamente a estos objetos. Un concepto importante es la auto imagen, es decir, la imagen que un individuo tiene de sí mismo, su personalidad, apariencia, valores, metas. En relación a esta auto imagen se concentran los aspectos que considera de mayor relevancia como pueden ser su familia, amigos, pertenencias, etc.) Así surgen sentimientos negativos y positivos de acuerdo, si hay amenaza a algún aspecto importante (Kriz, op. cit.).</p>
<p>Michael J. Mahoney (1946-2006)</p>	<p>Integración de elementos cognitivos</p>	<p>Propone Un modelo general de cambio psicoterapéutico</p>
<p>Donald W. Meichenbaum</p>	<p>Integración de elementos cognitivos</p>	<p>Encontró que los niños al realizar una tarea se hablan a sí mismos de cómo llevar a cabo dicha tarea y este discurso privado sirve como</p>

	<p>regulador de la conducta. Al crecer los niños esos diálogos se encubren en un diálogo interno. Desarrolló un modelo de entrenamiento de inoculación de estrés en tres etapas: la fase educativa, la fase de ensayo de las técnicas de afrontamiento y por último la fase práctica de esas nuevas habilidades en su entorno. Estos programas formaron la base de su teoría de la modificación cognitivo-conductual que consiste en entrenar a los clientes para que se den cuenta de su conducta y de su diálogo interno y luego entrenarlos para emitir conductas nuevas y a pensar de manera diferente sobre su nueva conducta.</p> <p>De acuerdo a Meichenbaum hay dos puntos importantes en la modificación cognitivo-conductual:</p> <p>a. Es una teoría de la conducta que da por hecho que las personas primero actúan y luego piensan y reconceptualiza esa conducta. El trabajo del terapeuta consiste en entrenar al cliente a darse cuenta de la conducta, a reflexionar sobre ella a cambiarla y posteriormente a reconstruir el diálogo interno sobre esa conducta. El énfasis es que el diálogo interno es un regulador importante de la conducta, sin embargo lo que va a ser cambiado es la conducta.</p> <p>b. También da por hecho que los diferentes sistemas terapéuticos sólo ayudan a los clientes a pensar sobre sus problemas de manera diferente, lo que quiere decir, a cambiar la naturaleza y el contenido de su diálogo interno. Por lo que la verdad de un sistema de terapia no está en su realidad objetiva, sino en la utilidad para el cliente (Dowd, 1977).</p>
<p>Arnold Lazarus (1932)</p>	<p>Terapia multimodal</p> <p>Estuvo a favor de un eclecticismo técnico, consideraba que el propósito más importante del psicólogo clínico está enfocado a asistir al paciente, y por ende su fidelidad a la teoría del aprendizaje está supeditada a su efectividad en ayudar al paciente. Integró aspectos cognitivos en la terapia. (Kriz, op. cit. p. 193). Lazarus parte de que un individuo está perturbado en varios ámbitos y por tal motivo el terapeuta debe considerar todos los aspectos, para esto elabora un perfil del paciente de los ámbitos de sus perturbaciones, y la forma de atacar el problema es por cualquier técnica, lo que es casi arbitrario y la terapia pasa a ser más arte que ciencia aplicada y según menciona Kriz, op. cit.: "...</p>

	<p>resultaría espinoso distinguir entre el 'artista' y el 'chapucero', esa ventaja es por los menos discutible". (p. 202)</p>
<p>Albert Ellis (1913-2007)</p>	<p>Terapia racional-emotiva conductual</p> <p>Una de las contribuciones más importantes de Ellis fue su distinción entre creencias racionales y creencias irracionales: las racionales "...ayudan y favorecen el que una persona consiga sus objetivos y propósitos básicos; las irracionales: "...inhiben e impiden que se consigan el resto de propósitos y objetivos básicos" (Dryden y Ellis, 1989).</p>

3.4. Terapia Cognitiva

3.4.1 Fundamento de la terapia Cognitiva

Rodríguez (1989), comenta que durante los años sesentas el cognitivismo se ha manifestado como una corriente psicológica que considera al individuo como un ser dinámico, que incorpora activamente la estimulación externa, la distingue y transforma en sus procesos psicológicos.

La presuposición básica de la terapia de conducta cognitiva es la importancia que le da a los procesos cognitivos o simbólicos en el surgimiento, mantenimiento y modificación de la conducta; o sea que los sujetos desarrollan conductas adaptativas y desadaptativas, así como patrones afectivos, a través de procesos cognitivos. Por lo que, los patrones de pensamiento irracionales y desadaptados, derivados ordinariamente de una distorsionada percepción e interpretación del medio y de las exigencias que el medio impone al sujeto, serían los factores etiogénicos fundamentales de los comportamientos desadaptados (Rodríguez op. cit.).

La psicoterapia cognoscitiva postula que el sujeto deprimido o que tiene tendencia a la depresión se comporta bajo ciertos patrones cognoscitivos peculiares que aparecen por tensiones determinadas sobre ciertos puntos sensibles. Estos patrones cognoscitivos someten los pensamientos y dan lugar a fenómenos afectivos y motivacionales asociados con la depresión (Rodríguez op. cit.).

Vázquez y Sanz (1997, p. 159) comentan:

La popularidad de la teoría cognitiva de la depresión de Beck descansa en dos hechos. Primero, es una teoría que acoge plenamente los supuestos teóricos y metodología del paradigma de procesamiento de información, el paradigma más influyente dentro de la “revolución cognitiva” que desde los años sesenta domina la investigación básica en Psicología. Segundo, ha dado lugar a un tipo de tratamiento para los trastornos depresivos –la terapia cognitiva de la depresión-, que en numerosos estudios controlados con pacientes depresivos no bipolares se ha mostrado igual de eficaz o más que la terapia farmacológica, con la ventaja adicional de reducir en mayor medida el riesgo de recaídas.

Beck, Freeman y Davis (1990, p. 16) citan, “El interés por los enfoques cognitivos entre los terapeutas se ha incrementado en un 600% desde 1973”

Sanderson, W. C., McGinn, L. K. (2002, p. 235), comentan sobre la eficacia de la terapia cognitivo-conductual:

Desde que A. T. Beck (1963) desarrolló la terapia cognitiva, numerosos estudios han demostrado su eficacia para la depresión. El primer estudio decisivo, llevado a cabo por Rush y cols. (1977), demostró que era más efectiva que los antidepresivos tricíclicos en pacientes con depresión clínica. A diferencia de hallazgos anteriores que indicaban que las psicoterapias no eran más efectivas que el placebo y que lo eran menos que los antidepresivos, Rush y cols. (1977) fueron los primeros en mostrar que un tratamiento psicosocial era superior a la

farmacoterapia en la depresión (Hollon y cols., 1991). Además, un estudio de seguimiento realizado 12 meses después del tratamiento demostró que en los pacientes que recibieron terapia cognitiva las tasas de recaída eran menores (39%) que en los que recibieron medicación antidepresiva (65%), aunque la diferencia no llegara a ser estadísticamente significativa (Kovac y cols., 1981).

De acuerdo a Rouchell A. M., Pounds R., Tierney J. G. (2002, p. 170) señalan que:

La terapia cognitivoconductual {sic} está resultando muy prometedora para el tratamiento de pacientes deprimidos con enfermedades médicas en interconsulta a nivel ambulatorio. Larcombe y Wilson (1984) en un estudio controlado, demostraron su eficacia en 22 pacientes con depresión y esclerosis múltiple, con respecto a los pacientes con los mismos trastornos que se hallaban en lista de espera. La terapia cognitiva es especialmente útil en pacientes con creencias erróneas acerca de su enfermedad.

Perris C. y McGorry P., (2004, p.15) indican:

El atractivo de las intervenciones cognitivas reside en su humanismo y respeto hacia la persona. Además, se orientan en teorías clínicamente demostrables con individuos y grupos de pacientes; son completamente compatibles con modelos biológicos de vulnerabilidad y trastorno; son pragmáticas en términos de duración y profundidad de intervención y pueden ser ofertadas como parte de un enfoque de tratamiento multimodal.

Beck (1990) comenta en su *Terapia Cognoscitiva de los trastornos de personalidad*: “La terapia cognitiva partió de unos orígenes humildes para convertirse en una de las formas de psicoterapia de mayor proyección del mundo” (p. 12).

Friedberg y McClure (2005, p.14) señalan: “La terapia cognitiva, tal y como la desarrolló Aaron T. Beck, constituye un sólido sistema clínico y teórico que ha sido aplicado a una gran variedad de problemáticas y poblaciones adultas (A. T. Beck, 1976, 1985, 1993; A. T. Beck, Emery y Greenberg, 1985; A. T. Beck, Rusch, Shaw y Emery, 1979), pero hay pocos textos sobre terapia cognitiva en niños que apliquen el enfoque de Beck a los más pequeños (Knell, 1993; Ronen, 1997). Además, la psicoterapia infantil carece frecuentemente de un enfoque teórico coherente (Ronen, 1997).”

3.4.2 Modelo de la terapia cognitiva de Beck

Postulado

En esta teoría Beck (1967) postula que el individuo que está deprimido o que tiene predisposición a deprimirse tiene patrones cognoscitivos característicos impulsados por ciertas potencias o fuerzas específicas sobre aspectos sensibles, o por situaciones no específicas opresoras.

Esos patrones cognoscitivos cuando son activados dominan el pensamiento y producen fenómenos afectivos y motivaciones asociados con la depresión. La psicoterapia cognoscitiva ayuda al paciente a juzgar con claridad e imparcialmente y a neutralizar sus reacciones automáticas.

Técnica

Consiste en dos tipos de intervenciones una macroscópica o longitudinal y la microscópica o transversal, la primera define las sensibilidades y reacciones exageradas o inadecuadas del paciente y las relaciones causa-efecto entre los sucesos externos y el malestar interno, la segunda identifica y valora las cogniciones específicas y la identificación y modificación de los conceptos equivocados, supersticiones y tergiversaciones que conducen a las reacciones de desadaptación.

La terapia cognoscitiva es más aplicable en el lapso posterior a la depresión y el individuo puede identificar claramente sus parámetros de vida, sus pensamientos automáticos y sus conceptos erróneos (Beck op. cit.).

Propósito

El propósito de esta técnica es inducir cambios en la organización cognoscitiva para disminuir la sensibilidad o vulnerabilidad del paciente ante futuras depresiones (Beck op. cit.).

Eficacia de la psicoterapia cognoscitiva

Beck (op. cit.) encontró que la psicoterapia cognoscitiva es eficiente *durante* la depresión sólo en ciertos pacientes, que son clasificados como depresiones reactivas (son los que responden favorablemente a la animación y a la comprensión, más que como depresiones endógenas (proviene principalmente de factores internos o sea fisiológicos).

Las características de estos pacientes son:

- No están gravemente enfermos
- La aparición de la depresión se relaciona con un suceso externo significativo
- La enfermedad no sigue la evolución en U (Una progresión en la intensidad de los síntomas hasta que el padecimiento alcanza su punto más bajo, y después, una progresiva regresión o sea una mejoría hasta que termina ese episodio. (Beck op. cit.).

Pasos de la terapia cognitiva

- ✓ *Primer paso. Identificación de patrones de desadaptación*

El examen de la vida pasada del paciente es una de las acciones preliminares en la psicoterapia, con el fin de identificar los patrones y secuencias principales en la

vida del paciente y esto descubre que cada persona responde selectivamente a determinados tipos de experiencias, o sea que no reacciona exageradamente ante cualquier situación difícil o desagradable.

Tanto el terapeuta como paciente reestructuran las etapas del proceso de la depresión, la formación de actitudes de inadaptación, la vulnerabilidad a ciertos tipos de tensión, y la precipitación de la depresión por un evento traumático.

Cuando se tienen todos los elementos que intervienen y de cómo ha sido su proceso, el paciente puede observar claramente su trastorno psicológico en casos problema concretos y no de solo síntomas.

Al observar todo objetivamente, permite la solución de los problemas, pues se analiza las secuencias de causa y efecto. El paciente entonces está preparado para identificar su reacción habitual excesiva y no seguir ese patrón sino el que vaya de acuerdo a la situación real. Analizando su pasado el terapeuta puede demostrarle como empezó y se presentó nuevamente el patrón de inadaptación.

A continuación se describen situaciones que producen reacciones desproporcionadas en el paciente propenso a la depresión.

- No alcanzar determinada meta
- Ser excluido de un grupo
- Ser rechazado por otra persona
- Ser criticado

- No recibir aprobación

Para una persona propensa a la depresión estas situaciones le pueden causar desesperanza o tremenda desilusión, sin embargo, para una persona normal estos sucesos le son incómodos, que pronto pasan.

✓ *Segundo paso. Neutralización de los “Pensamientos Automáticos”*

En esta etapa se le pide al paciente que reconozca las cogniciones depresivas específicas. Estos pensamientos están en los límites de la conciencia y por eso se requiere una atención especial para que el paciente pueda reconocerlos. De acuerdo a la terminología psicoanalítica serían considerados como preconscientes, en los casos de depresión más severos estos pensamientos toman el centro del campo fenomenológico del paciente y tienden a controlar el contenido de su pensamiento.

Esta cognición depresiva es una representación totalmente concentrada de ideas más procesadas. Las ideas son comprimidas y en una fracción de segundo se produce un pensamiento muy complejo. Albert Ellis (1962, citado por Beck, op. cit.) llama a estos pensamientos “autoaseveraciones” o “expresiones verbales internas”, y los define como “cosas que el paciente se dice a sí mismo”. Esto es lo que Beck llama pensamientos automáticos y reflejan las distorsiones que elabora un depresivo y se neutraliza su patología a través de identificarlas, evaluarlas y corregir estas cogniciones erráticas.

Identificación de las cogniciones depresivas

El paciente generalmente sólo nota esta secuencia:

Estímulo ➤ Sentimiento

Al paciente debe enseñársele la ligadura entre el suceso estímulo y el sentimiento:

Estímulo ➤ Cognición ➤ Sentimiento

Beck (op. cit.), nos da un ejemplo:

Un paciente informó que se sentía triste cada vez que cometía un error, y no podía entender por qué se sentía así. Aceptaba plenamente la idea de que es normal cometer errores y de que éstos forman parte inevitable de la vida. Se le indicó que la siguiente vez que tuviera una sensación desagradable al cometer un error, examinara sus pensamientos. En la entrevista siguiente, informó que había observado que siempre que cometía un error pensaba “Soy un tonto”, o “Nunca hago nada bien”, o “¿Qué torpe soy!”, y después se sentía deprimido. Pero al darse cuenta de estas autocríticas, pudo reconocer cuán irrazonables eran, y este reconocimiento pareció eliminar el efecto de sus reacciones de tristeza.

Como lo muestra el ejemplo, el paciente en tanto va reconociendo el enunciado exacto de sus pensamientos automáticos, éstos pierden el valor y el paciente es menos afectado por ellos.

Identificación del contenido idiosincrásico

El terapeuta ayuda al paciente a:

- Identificar los temas depresivos principales, a clasificarlos como por ejemplo: la privación, el auto reproche o el sentimiento de inferioridad.
- Hacerle notar que de un sin fin de maneras que puede interpretar las experiencias de su vida va a usar sólo pocas interpretaciones por ejemplo, puede interpretar repetidamente toda dificultad o desacuerdo interpersonal como un indicio de su propia deficiencia.
- Identificar que estas cogniciones depresivas son distorsiones de la realidad.

Cuanto más deprimido está el paciente, le es más difícil evaluar y aceptar que sus interpretaciones son incorrectas.

Identificación de las características formales de las cogniciones

A la persona depresiva es importante hacerle notar las particularidades de sus cogniciones para que pueda valorarlas y distinga si son verdaderas.

Hay dos tipos de pensamiento el de alto nivel que considera explicaciones posibles y el inferior, tiende a ser automático y no es resultado de un razonamiento cuidadoso.

De acuerdo a Beck, las cogniciones depresivas son involuntarias, por lo que su reconocimiento es importante para no aceptarlas como válidas.

Desde el enfoque psicoterapéutico una de las características primordiales de estas cogniciones es que al paciente le parecen razonables, y cuanto más razonables le parezcan mayor es la reacción afectiva que ocasiona. También sucede que si el

estado afectivo es más intenso, sus cogniciones depresivas son más aceptadas como ciertas para el paciente.

Distinción entre “ideas” y “hechos”

El paciente después de reconocer como es la temática de su forma de pensar el cambio se lleva a cabo al aplicar las reglas de la comprobación y la lógica a sus cogniciones y considerar las explicaciones posibles. Debe distinguir que sus pensamientos no son equivalentes a la realidad externa. Debe diferenciar entre ideas y hechos, recabando datos objetivos para explicar sucesos y no tan solo ideas.

Comprobación de las observaciones

El paciente depresivo aceptará e interpretará sus juicios una vez que los haya comprobado, validando sus observaciones preliminares. Después de reflexionar, muy a menudo el paciente se percata que su percepción original estaba distorsionada o que no consideró todos los elementos y llegó a una conclusión precipitadamente.

Respuesta a las cogniciones depresivas

Es importante que el paciente identifique sus razonamientos, juicios e ideas inválidos, porque así el pensamiento se invalida, y luego entonces, el paciente debe neutralizar sus efectos determinando por que es falsa, inapropiada o inexacta.

Estas deben ser expresadas verbalmente y así se reduce la intensidad y frecuencia del pensamiento, así como del sentimiento asociado a este.

Valoración de otras explicaciones posibles

Es importante que el paciente depresivo considere otras explicaciones posibles para invalidar sus interpretaciones que son negativas y erróneas.

Reajuste de las premisas básicas

Procedimiento

En esta sección se examina el procedimiento que corresponde a los conceptos erróneos, prejuicios y supersticiones subyacentes crónicos que el paciente tiene sobre sí mismo y su entorno, que están vinculados estrechamente con las premisas básicas en las que se fundamenta para determinar e instituir sus metas, así como modificar su conducta y explicar los acontecimientos desfavorables; estas premisas mantienen las requerimientos, acusaciones, críticas, condenas e inculpaciones que el paciente dirige hacia sí mismo.

Propósito

El objetivo de esta técnica es modificar estos patrones crónicos y conductas a través de la tesis de que determinan en parte el contenido de las cogniciones del paciente, lo que indudablemente implicaría que un cambio en la intensidad y magnitud en estos esquemas transformaría la manera en que el sujeto introduce y

explica las experiencias concretas, así como la forma en que establece sus metas y toma las decisiones para lograrlas.

El terapeuta para determinar el contenido de las actitudes crónicas las infiere del reconocimiento de los tópicos recurrentes en las cogniciones del paciente en ciertas circunstancias y en sus asociaciones libres que básicamente se relacionan con deficiencias o debilidades personales y su falta de esperanza.

También el terapeuta para profundizar sobre sus presuposiciones básicas, puede investigar sobre sus fundamentos y esquemas, así como sobre sus valores, opiniones y creencias.

Otra forma de obtener mayor información es indagar sobre las representaciones que usa para la resolución de problemas o para llevar a cabo sus objetivos, así como también sobre las censuras y quejas que hace de sí mismo.

Beneficio de esta técnica

La utilidad de la técnica es que corrige las principales premisas y suposiciones que fundamentan el pensamiento deductivo. Se sabe que el predominio del pensamiento deductivo sobre el inductivo es un factor que determina las distorsiones cognoscitivas en la depresión, por lo tanto, cualquier corrección de las premisas fundamentales erróneas tenderá a reducir las conclusiones equivocadas.

Algunas suposiciones y premisas que sustentan distorsiones cognoscitivas en la depresión:

- “Es muy malo cometer un error”
- “Si algo falla, será culpa mía”
- “Tengo mala suerte y le traigo mala suerte a todos”
- “Si no sigo haciendo mucho dinero, iré a la bancarrota”
- “En realidad soy muy tonto, y mi éxito académico no es más que un engaño”
- “Estar estreñado es signo de deterioro físico”

Ante cualquiera de las suposiciones antes mencionadas u otras, el terapeuta puede examinar con el paciente los fundamentos de sus conclusiones, y enseñarle que esas ideas son extremas, que no van de acuerdo a la realidad y que reflejan contundentes equivocaciones de interpretación.

Debido a que las ideas del paciente depresivo son tan intensas, no puede aceptar ni considerar la mínima posibilidad de estar equivocado, por tal razón, es posible que a través del examen de estas suposiciones aminore la intensidad de estas cogniciones.

Con el solo hecho de que el paciente acepte que sus suposiciones básicas son irracionales no es suficiente para que las cambie. Es preciso hacer el análisis varias veces y apoyar al paciente para que el mismo dé razones a favor y en contra de su falsa suposición, o bien que el paciente refute las razones que el propio terapeuta da en apoyo a una suposición falsa.

Una vez que se realiza este procedimiento y conversar en varias ocasiones con el paciente disminuye la intensidad que el paciente da a estas ideas.

Cambio del estado de ánimo a través de fantasías inducidas

En los informes que dan los pacientes deprimidos relatan tener fantasías espontáneas (imaginaciones vespertinas), principalmente el tema y el contenido es de abatimiento y tristeza, por ejemplo: que se esté pasando por una carencia, incapacidad personal y frustración.

Ante estas fantasías, el paciente se ve influenciado por ellas y su respuesta a esta situación particular es similar, es decir, sus reacciones son parecidas a sus fantasías y a sus pensamientos automáticos. El terapeuta puede mostrarle al paciente a manejar estas fantasías en la misma forma como se explicó con las ideas de inadaptación de naturaleza verbal.

Para capacitar al paciente se puede hacer un ejercicio de simulación, haciendo que repita la fantasía depresiva durante la sesión terapéutica, luego entonces se apoya al paciente a efecto de que analice cada aspecto de su fantasía de manera objetiva y es como el paciente puede llevar a cabo una tarea que antes no realizaba.

Incluso en algunos casos, con tan sólo la repetición de la fantasía, puede lograrse la modificación espontánea de su contenido, puede ser agradable.

Beck (op. cit.) encontró que es factible aliviar el pesimismo induciendo al paciente a tener fantasías que se aproximan más a la realidad de su vida y que verdaderamente vayan a ocurrir.

Otra manera para combatir la sensación de incapacidad o de privación es sugerirle al paciente que repase descriptivamente situaciones y eventos que hayan sido exitosos y satisfactorios. Cuando se hace este ejercicio, lo que más frecuentemente sucede es que el paciente percibe una impresión de satisfacción que se mantiene por el resto del día.

El resultado que se obtiene con la técnica de inducir fantasías es la disminución de la influencia adversa en el paciente depresivo, Su efecto es casi el mismo que el examen de auto aseveraciones verbales de inadaptación. El paciente al recapitular sobre sus fantasías desfavorables, evaluarlas con la realidad y también reflexionar e incluir desenlaces más favorables lo ayuda a neutralizar su tristeza y su falta de esperanza.

Conclusiones

1. Debido a que la depresión es un problema importante de salud pública porque es un trastorno grave y aunque es totalmente curable, causa trastornos en la vida familiar, reduce la capacidad de adaptación social, ocasiona pérdida de productividad, así como también el costo del tratamiento es alto, y dado que la salud integral es un derecho del ser humano e intransferible, hace que se tome sentido de urgencia para que los profesionales de la salud, en este caso, los psicólogos, mayormente los que prestan sus servicios en los Centros de Readaptación Social, proporcionen las mejores alternativas por medio de acciones concretas en el abordaje de los tópicos de su especialidad, en este caso del abordaje de la depresión, en materia de difusión, prevención, asistencia y cura.
2. Para la población en general, una escasa proporción de personas recurre a los servicios de salud por problemas de depresión, solicitando ayuda principalmente a familiares y amigos. Las razones de no buscar ayuda se relacionan con el desconocimiento del tratamiento especializado, con prejuicios, con el desconocimiento del lugar en donde solicitar la ayuda y con el estigma social asociado con los trastornos mentales. Las mujeres recluidas aun están más restringidas que la población en libertad, ya que aunque se tienen convenios con el sector salud para su atención, aún la atención médica general es limitada, pues de acuerdo a lo reportado, los propios familiares tienen que proporcionar los medicamentos; con más razón están limitadas en la parte de enfermedades mentales, como es el caso de la depresión.

3. Dada la escasez dentro del Sistema Nacional Penitenciario de personal en las áreas de psicología, el abordaje de la depresión a través de la Terapia Cognitiva toma una importante función, ya que muestra muchas ventajas porque es una terapia breve (10 a 14 semanas), logra el alivio de los síntomas, mantiene la mejoría y su propósito es entrenar al paciente en el desarrollo de las habilidades cognitivas, para ser su propio terapeuta, el beneficio para las mujeres en reclusión, se vería reflejado a corto plazo, pues nada más se llevaría a cabo el control y seguimiento.
4. El implantar un programa contra la depresión, sería una actividad que ayudaría también a ocupar un tiempo muy importante, pues también la falta de actividades organizadas (laborales, educativas, recreativas) dentro de los centros de reclusión, influye en el ocio y por ende en disponer de un espacio y tiempo para ocuparse en pensamientos irracionales, que dan lugar a los actos depresivos.
5. Tanto fuera como dentro de los penales es importante también, establecer estrategias para sensibilizar sobre la gravedad de la depresión, el desarrollo de campañas que orienten e informen son trascendentales. Así como capacitar al grupo de psicólogos que atienden a las reclusas deprimidas, en el tratamiento de la depresión a través de la terapia cognitiva pues ha demostrado su eficacia, incluso sin la combinación de fármacos.
6. Las personas depresivas frecuentemente se conforman con su estado y viven sin esperanza y sin alegría, aceptan su estado con resignación y solo asisten a terapia cuando alguien les convence. Dentro de prisión las mujeres están cautivas y podrían ser atendidas todas las diagnosticadas de depresión.

7. Debe considerarse un reto el atender la depresión en la definición de prioridades del sistema de salud en los Centros de Readaptación Social, ya que el porcentaje de la población que se ubica en este estado se incrementa cada día más, con lo que conlleva el riesgo de hasta la muerte.
8. En el sistema carcelario las mujeres son un agregado y no se toman en cuenta las necesidades específicas de las mujeres, porque este sistema está concebido para el varón. Todo gira en función al hombre, la forma como están construidas las prisiones, la distribución de sus espacios, y también la concepción de sus normas, reglamentos, etc. Ponen en evidencia las diferencias sociales que resultan en desventajas para las mujeres, cuyas necesidades son relegadas en estas prisiones. El dirigir un programa específico de depresión, influiría en un cambio radical en un cambio de apreciación sobre este punto.

REFERENCIAS

Akkaya, C. (2005). Serotonin and noradrenalin in the etiology of depression. **Peer Reviewed Journal**: 2007-08164-001.

Alonso-Fernández, F. (1994). **Vencer la Depresión con la ayuda del médico, la familia y los amigos**. Madrid, España:Temas de Hoy.

Arieti, S. y Bemporad, J. (1993). **Psicoterapia de la Depresión**. México, D. F.:Editorial Paídos Mexicana, S. A.

Azaola, E. (2004). Género y justicia penal en México. En **Violencia Contra las Mujeres Privadas de Libertad en América Latina**. Tomado de la página electrónica de Due Process o Law Foundation: <http://www.dplf.org/uploads/1190750270.pdf>, consultada el 30 de agosto del 2008.

Azaola, E. (2005). **Las mujeres en el sistema de justicia penal y la antropología a la que adhiero**. Cuaderno Antropología Social. July/Dec. 2005, 22, p.11-26. Tomado de la página electrónica: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-275X2005000200002&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1850-275X, consultada el 28 de agosto del 2008.

Beck, A. T. (1967). **Diagnostico y tratamiento de la depresión**. México, D. F.:Merck Sharp & Dohme International, División of Merck & Co., Inc. (3ª. Ed., 1976).

Beck, A. T., Freeman, A., Davis, D. D. y otros (1990). **Terapia Cognitiva de los trastornos de personalidad**. Barcelona, España: Paidós Ibérica. (2ª. Ed., 2005).

Beck, J. S. (2000). **Terapia Cognitiva, Conceptos básicos y profundización**. Barcelona, España: Gedisa.

Bobes, J., Bousoño, M., González, M. P., Sáiz, P. A. (2001). **Trastornos de ansiedad y trastornos depresivos en atención primaria**. Barcelona, España: Masson,

Calderón, G. (1984). **Depresión, un libro para enfermos deprimidos y médicos en general**. México, D. F.: Editorial Trillas, S. A. de C. V. , (2ª. Ed., 1999).

Centros de Readaptación Social en México CERESOS (2008). Cuaderno Mensual de Estadística Penitenciaria, Dirección del Archivo Nacional de Sentenciados y Estadística Penitenciaria. Abril, 2008. **Sistema Penitenciario Mexicano y educación para jóvenes y adultos en los centros de readaptación social**. Tomado de la página electrónica: <http://www.google.com.mx/serach?h/=Dirección+general+prevenci%C3%B3n+y+re>

adaptacion+social2008+plan+nacional+de+atenci%C3%B3n+para+la poblaci%C3%B3n+penitenciaria&btnG=+Buscar&meta=, consultada el 14 de agosto del 2008.

Cerecer, P., Aranda, J. L., Márquez, A. R., Patiño, E., Hurtado, J. A. Rangel, M. G. (2006). Tuberculosis en un centro de readaptación social del noroeste de México: estudio retrospectivo del periodo 1999-2000, Tijuana, Baja California. **Enfermedades Infecciosas y Microbiología**. 26, 4,. Tomado de la página electrónica:<http://www.amimc.org.mx/revista/2006/26-4/tuberculosis.pdf>, consultada el 14 de agosto del 2008.

Chinchilla, A. (2004). **Abordaje práctico de la depresión en atención primaria**. Barcelona, España: Masson.

Colmenares, B. E., Romero, M., Rodríguez, R., Durand-Smith, A. Saldívar H. (2007). Depresión en mujeres y la dependencia a sustancias en el sistema penitenciario de la Ciudad de México. **Salud Mental**, 30 (6). Tomada de la página electrónica:<http://new.medigraphic.com/cgi-bin/rsumen.cgi?idrevista=81&idarticulo=16269&idpublicacion=1660&noombre=salud%20mental>, consultada el 30 agosto del 2008.

Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal CDHDF (2003). **Violencia Contra las mujeres privadas de libertad en América Latina**. Tomado de la página electrónica: <http://directorio.cd hdf.org.mx/libros/violenciacontramujer/violenciamujeres.pdf>, consultada el 14 de agosto del 2008.

Comisión de Justicia y Paz, Alianza Ciudadana Pro Justicia JUSPAX (2006). **Monitoreo Social y Jurídico a Privadas de Libertad Centro Femenino de Rehabilitación de Panamá**. Tomada de la página electrónica: <http://www.juspax.org.pa/Informacion/Monitoreo1.html>, consultada el 30 de agosto del 2008.

Comisión Mexicana de Defensa y Promoción de los Derechos Humanos CMDPDH (2003). **Violencia contra las mujeres privadas de libertad en América Latina**. Tomada de la página <http://directorio.cd hdf.org.mx/libros/violenciacontramujer/violenciamujeres.pdf>, consultada el 15 agosto del 2008.

Cruz, M., La Jornada, UNAM (2008). **Padece depresión 10% de la población en México**. Tomado de la página electrónica: <http://www.jornada.unam.mx/2008/06/01/index.php?section=sociedad&article=037n2soc&partner=rss>, consultada el 2 de junio del 2008.

Del Olmo, R. (1996). **Reclusión de Mujeres por delitos de drogas**. En Reunión del Grupo de Consulta sobre e Impacto de Abuso de Drogas en la Mujer y la Familia en Montevideo, Uruguay. Organización de los Estados Americanos O.E.A.

Tomado de la página electrónica:

http://www.cicad.oas.org/reduccion_demanda/esp/mujer/venezuel.pdf, consultada el 30 de agosto del 2008.

Díaz, M. V. (2006). **Mujeres Mexicanas procesadas y sentenciadas penalmente. Propuesta de un taller psicoterapéutico intrareclusorios: “Desarrollando mi autoestima”**. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Dirección General de los Servicios De Salud Mental SERSAME (2002), Dirección General de Salud Mental, **Programa de Acción de Salud Mental, Programa Específico de Depresión**. Tomado de la página electrónica: <http://sersame.salud.gob.mx/depresioncap4.htm>, consultada el 28 de mayo del 2008.

Dorsch, F. (1976). **Diccionario de Psicología**. Barcelona, España: Editorial Herder., (5ª. Edición, 1985).

Dowd, E. T. (1997). La evolución de las psicoterapias cognitivas. En I. Caro. (comp.). **Manual de Psicoterapias Cognitivas**. (pp. 25-35). Barcelona, España: Ediciones Paidós Ibérica.

Dryden, W., Ellis, Albert (1989). **Práctica de la terapia racional emotiva**. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.

Figueroa, G.(2002). **La terapia cognitiva en el tratamiento de la depresión mayor**. Revista chilena de Neuropsiquiatría . 40, 1. Tomada de la página electrónica: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0717-92272002000500004&script=sci_arttext, consultada el 18 de junio del 2008.

Friedberg, R. D. y McClure J. M. (2005). **Práctica Clínica de Terapia Cognitiva con niños y adolescentes, conceptos esenciales**. Santa Perpetua de Mogoda, Barcelona: Paidós Ibérica.

García-Santalla, J. L., Pérez U. A., Recio, M. J. (1989). Concepto de síndrome depresivo a través de la historia. En A. Ledesma , L. Melero M. (Eds.). **Estudios sobre las depresiones**. (pp. 93-100). Salamanca, España: Universidad de Salamanca.

Ibáñez, E. (1996). Prologo. En I. Caro (Com). **Manual de Psicoterapias Cognitivas**. (pp. 11-16). Barcelona, España: Ediciones Paidós Ibérica.

Jackson, S. (1986). **Historia de la melancolía y de la depresión, desde los tiempos Hipocráticos a la época moderna**. Madrid, España: Ediciones Turner, S. A.

Kriz, J. (1990). **Corrientes fundamentales en psicoterapia**. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

La Santa Biblia (1999). Sociedad Bíblica Internacional, Nueva Versión Internacional. Miami, Florida: Vida.

Ledesma, A., Melero L. (1989). **Estudios sobre las depresiones**. Salamanca, España: Ediciones Universidad de Salamanca.

Liga Mexicana por la defensa de los derechos Humanos LIMEDDH (1997). **Las condiciones de detención de las personas encarceladas Informe 1997**.

Tomado de la página electrónica:

<http://www.derechos.org/limeddh/informes/prisiones.htm>, consultada el 29 de junio del 2008.

Linares, J. L. Y Campo, C. (2000). **Tras la honorable fachada, los trastornos depresivos desde una perspectiva relacional**. Barcelona, España: Ediciones Paidós Ibérica, S. A.

López-Ibor, J. J. y Valdés, M., (Eds.). 2002. **DSM-IV-TR Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales**, Barcelona, España: Masson, S. A.

Marchiori, H. (1989). **El Estudio del Delincuente**. México: Porrúa. Págs. 5, 181-212.

Martí, J. L. y Murcia, M. (1987). **Conceptos fundamentales de epidemiología psiquiátrica**. Barcelona, España: Herder.

Martínez, P., Carabaza, R., Hernández A (2008). **La delincuencia femenina**.

Tomado de la página electrónica de la Universidad Anáhuac

<http://www.anahuac.mx/psicologia/articulos.002.html>, consultada el 14 de agosto del 2008.

Martínez, S., Sánchez A., Delgado, J. M. Fernández, C., Y Rodríguez, L. F., (2001). Epidemiología. En J. Bobes, M., Bousoño, M. P. González, P. A. Sáiz (Com). **Trastornos de Ansiedad y Trastornos depresivos en atención primaria** (pp. 1-16) Barcelona, España: Masson, S. A.

Montero, I. (1999). Factores de riesgo de depresión en las mujeres. En C. Leal. **Trastornos depresivos en la mujer**. (pp. 37-48). Barcelona, España: MASSON (Reimpresión, 2000).

Montero. I. (2007). **Programa de Formación de Formadores/as en Perspectiva de Género en Salud**. Universidad de Valencia. Tomado de la página electrónica http://www.msc.es/organización/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/o6modulo_05.pdf, consultada el 18 de agosto del 2008.

Paykel, E. S. (2002). Tratamiento de la depresión en el Reino Unido. En M.M. Weissman. **Tratamiento de la depresión una puerta al siglo XXI** (127-140). Barcelona, España: Psiquiatría Editores.

Perris, C. y Mc Gorry (2004). **Psicoterapia Cognitiva para los trastornos psicóticos y de personalidad, manual teórico-práctico**. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.

Rodríguez, S. (1989). Puntos de vista etiogénicos sobre la depresión. En J. A. Ledesma, L. Melero. (Eds.). **Estudios sobre las depresiones** (pp. 101-118). Salamanca, España: Ediciones Universidad de Salamanca.

Rojo, J. E. y Cirera, E. (1997). **Interconsulta psiquiátrica**. Barcelona, España: Masson.

Rojtenberg, S.L. (2001). **Depresiones y antidepresivos: Dela neurona y de la mente, de la molécula y de la palabra**. Buenos Aires, Argentina: Medica Panamericana.

Rojtenberg, S. L. (2006). Depresión: Una introducción a su estudio. En S. L. Rojtenberg (Comp.) **Depresiones: bases clínicas, dinámicas, neurocientíficas y terapéuticas**. (pp. 39-60). Buenos Aires, Argentina: Polemos, Buenos Aires,

Romero, M. y Aguilera, R. (2002). **¿Por qué Delinquen las Mujeres? Parte I. Perspectivas Teóricas Tradicionales**. Salud Mental, Vol. 25, 5, 10-22.

Rouchell A. M., Pounds R., Tierney J. G. (2002). Depresión. En J. R. Rundel M. G. Wise (Ed.). **Fundamentos de la psiquiatría de enlace**. (pp. 145-169). Barcelona, España: Psiquiatría Editores.

Sanderson, W. C. y McGinn, L. K. (2002). Terapia cognitivo-conductual para la depresión. En M. M. Weissmann. **Tratamiento de la depresión Una puerta al siglo XXI**. (pp. 235-263). Barcelona España: Psiquiatría Editores.

Secretaría de Salubridad y Asistencia SSA (2002). **Programa para detectar casos de depresión en Tabasco**. Tomado de la página electrónica: http://www.salud.gob.mx/uniddes/dgcs/sala_noticias/comunicados/2002-05-16-077-casos-de-depresion.htm, consultada el 28 de mayo del 2008

Secretaría de Salubridad y Asistencia SSA (2002b). **Programa “Arranque Parejo en la Vida”** Subsecretaría de Prevención y Protección a la Salud, 2002, consultado el 28 de junio 2008.

Servicios De Salud Mental SERSAME (2002), Dirección General de Salud Mental, **Programa de Acción de Salud Mental, Programa Específico de Depresión**. Tomado de la página electrónica: <http://sersame.salud.gob.mx/depresioncap4.htm>, consultada el 28 de mayo del 2008.

Shaffer, D., Waslick, B. D. (2003). **Las múltiples caras de la depresión en niños y adolescentes**. Barcelona, España: Psiquiatría Editores, S. L.

Soutullo, C. (2005). **Depresión y enfermedad bipolar en niños y adolescentes**. Navarra, España: Ediciones Universidad de Navarra.

Stahal, S. M. (2002). **Psicofarmacología esencial de la depresión y trastorno bipolar**. Barcelona, España: Ariel.

Trejo, B. O. (2003). **Incidencia de depresión en los médicos familiares de una unidad de medicina familiar del MSS, en el Estado de México**. Tesis. Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Üstün, T. B., Brtelsen, A., Dilling, H., van Drimmelen, J., Pull, C., Okasha, A., Sartorius, N. (1998). **Libro de Casos de la CIE-10, Las diversas caras de los trastornos mentales**. Barcelona, España: Editorial Médica Panamericana, S. A., (1ª. Reimpresión, 2003).

Valdez, R. y Salgado, N. V., (2004). ESP, una escala breve para identificar malestar emocional en la práctica médica de primer nivel: características psicométricas. **Revista Salud Mental**, 27, 4, 55- 62. Tomado de la página electrónica del Instituto Nacional de Salud Pública:
<http://siid.insp.mx/www/articulosdetalle.asp?id=13091023>, consultada el 28 de mayo del 2008.

Valverde, J. (1991). **La cárcel y sus consecuencias, la intervención sobre la conducta desadaptada**. Madrid, España: Popular, S. A. , (2ª. Ed., 1997)

Velázquez J. C. (2004). **Estimación epidemiológica de los niveles de depresión en residentes de la Ciudad de México**. Tesis. Universidad Nacional Autónoma de México, México.

World Health Organization WHO (2006). Organización Mundial de la Salud. Tomado de la página electrónica:
http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/, consultada el 18 de junio 2008.

Winograd, B. (2005). **¿Enfermedad o Crisis? Una perspectiva psicoanalítica**. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós SAICF.

World Health Organization WHO (2008). **Depression. What is depression?** Tomada de la hoja electrónica:
http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/es/index.html, consultada el 20 de mayo del 2008.