



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO

---

---



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

**USO DE ANIMALES EN PSICOTERAPIA PARA  
REDUCIR LOS SÍNTOMAS DE TRISTEZA,  
INUTILIDAD Y SOLEDAD EN PACIENTES  
CON DEPRESIÓN.**

**TESIS DOCUMENTAL**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A**

**RENTERIA LÓPEZ NUBIA**

LIC. MARIA DE LA CONCEPCIÓN CONDE ÁLVAREZ

MÉXICO, D.F.

*A esos seres sin voz...pero que nos brindan su amor y compañía incondicionales, porque reflejan la inocencia en su más clara expresión... A quienes han sido compañeros, protectores, alimento, diversión y más. ..*

*A mis padres:*

*A ti papá:*

*Por inculcarme desde niña la importancia de los estudios, porque me diste la mejor educación que pudiste dar y porque aun siendo pequeños viste en nosotros, tus hijos, hombres de bien y siempre luchaste por hacerlo realidad. Gracias por todos y cada uno de tus esfuerzos, por cada uno de tus regaños y por cada una de tus palabras y consejos. GRACIAS POR TODO.*

*A ti mamá:*

*Por dedicarte en nosotros tu hijos en cuerpo y alma, porque diste lo mejor que pudiste haber dado, gracias por aguantar, gracias por estar ahí siempre, gracias por creer y confiar, por tus consejos, por tus regaños por tu confidencialidad pero sobre todo por lo que más te quiero POR TU TANTO AMOR QUE ME DAS.*

*A ambos, porque esté es su logro y su trabajo ya que sin ustedes no lo hubiera logrado.*

*A mi hermano Alejandro.*

*Por lo que aprendí de ti, por lo que me enseñaste, por las veces que me ayudaste, pero sobre todo por todo por acompañarme durante toda la vida... porque contigo fue mejor.*

*A Dasha.*

*Por enseñarme el amor hacia los animales, por robarme el corazón, porque desde que llegaste me mostraste lo hermosos e inocentes que son los animales, y así también ver su vulnerabilidad, gracias por estar conmigo.*

*A la Universidad Nacional Autónoma de México:*

*Por haberme dado a oportunidad de formarme en ella y porque siempre será motivo de orgullo.*

*A mi Directora de Tesis:*

*Lic. María de la Concepción Conde Álvarez*

*Gracias por el tiempo brindado, por su paciencia y porque gracias a ella se pudo realizar el presente trabajo.*

*A mis sinodales:*

*Por su tiempo dedicado, por su colaboración, por su ayuda y orientación*

*Dra. María del Carmen Merino Gamiño*

*Lic. María Guadalupe Osorio Álvarez*

*Lic. Aida Araceli Mendoza Ibarrola*

*Lic. Jorge Álvarez Martínez*

*A todos quienes me ayudaron para lograr esta meta GRACIAS.*

## INDICE

Resumen.

Introducción

Marco Teórico.

### I Depresión

1.1 Antecedentes.

1.2 Definición de depresión

1.3 Síntomas de la depresión

1.4 Clasificación de la depresión

1.5 Evaluación diagnóstica.

1.6 Diagnóstico diferencial.

### 2 Explicaciones de la depresión.

#### 2.1 Enfoque psicodinámico

2.1.1 Sigmund Freud

2.1.2 Abraham

2.1.3 Melanie Klein

#### 2.2 Enfoque cognitivo-conductual

2.2.1 Teoría cognitiva de Beck

2.2.2 Modelo de desesperanza aprendida de Seligman

2.2.3. Modelo del estilo atribucional.

#### 2.3 Enfoque psicosocial.

2.3.1 Episodios estresantes.

2.3.2 Ganancia secundaria.

2.3.3 Ambiente familiar.

#### 2.4 Enfoque biológico.

- 2.4.1 Hipótesis aminérgica.
- 2.4.2 Alteraciones neuroendocrinas.
- 2.4.3 Otras alteraciones.
- 2.4.4 El papel de la genética.

### 3 TRATAMIENTO

- 3.1 Tratamiento farmacológico.
  - 3.1.2 Antidepresivos tricíclicos.
  - 3.1.3 Inhibidores de la monoamina oxidasa.
- 3.2 Tratamiento psicológico.
  - 3.2.1 Terapia psicoanalista.
  - 3.2.2 Terapia cognitivo-conductual.
  - 3.2.3 Terapia interpersonal.
  - 3.2.4 Tratamientos físicos.
    - 3.2.4.1 Terapia Electro-Convulsiva (TEC).
    - 3.2.4.2 Estimulación magnética transcraneal.

### 4.0 Los animales y el hombre

- 4.1 Domesticación
- 4.2 El papel de los animales en la vida del hombre

### 5.0 Uso de animales en psicoterapia para reducir los síntomas de tristeza, inutilidad y soledad en pacientes con depresión.

- 5.1 Uso de animales en las ciencias de la salud
- 5.2 Uso de animales en psicoterapia
- 5.3 Antecedentes del uso de animales en psicoterapia
- 5.4 Beneficios del contacto de animales en la salud
- 5.5 Beneficios del contacto con animales en la salud mental
- 5.6 Qué es un animal de compañía.

5.7 Soledad.

5.8 Tristeza.

5.9 Inutilidad.

5.10 Animales de compañía.

5.11 El vínculo afectivo hombre-animal.

5.12 La elección del animal.

5.7 Los cuidados del animal como reciprocidad a su ayuda.

5.8 Instituciones que ofrecen apoyo terapéutico por medio de animales en México.

Limitaciones.

Conclusión.

Bibliografía

## RESUMEN

El presente trabajo es una visión a los múltiples beneficios que los animales pueden brindar a la salud mental y más específicamente a los pacientes depresivos. Se sabe ya, que estos seres vivos han sido , a través de la historia, compañeros del hombre, quien se ha servido de ellos para cubrir sus necesidades, sin embargo el papel que han jugado en la vida del hombre también ha evolucionado pues de ser cazadores, recolectores, guardianes han llegado a ser camaradas compañeros y confidentes. De igual manera se tienen registros de los beneficios que el contacto con los animales brindan y como estos han sido utilizados para su aprovechamiento en diferentes áreas como son la educación, la salud física, rehabilitación física, readaptación social, seguridad y salud mental, por lo que en este trabajo se abordan los beneficios que una terapia tiene al incorporar animales como un apoyo a los pacientes diagnosticados con depresión con tres síntomas característicos: soledad, tristeza e inutilidad.

## INTRODUCCIÓN

“Mi hijo me dijo que me quería y me sentí muy feliz”... “ayude a cuidar a mi nieta y me hizo sentir útil” Son frases que en retumbaban en las paredes de aquel sitio en el que tantos pacientes compartieron su dolor.

El presente trabajo surge a partir del contacto con pacientes ambulatorios diagnosticados con depresión del área de Hospital Parcial de Fin de Semana en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

Todos ellos se encuentran bajo un tratamiento integral médico- psicológico en el que la parte psicológica constaba de sesiones de Psicoterapia Psicoanalítica de Grupo. Ahí salen a la luz tres síntomas y sentimientos comunes en los pacientes con depresión: tristeza, soledad y sentimientos de inutilidad, sin embargo el común denominador era la falta de ayuda por parte de las redes de apoyo de los pacientes para reducir estos síntomas y sentimientos característicos de la depresión, así como las malas relaciones con la gente con quienes interactuaban.

Y es que aunque a veces los deseos de querer ayudar al familiar con algún trastorno no solo psiquiátrico, sino de cualquier clase, se ven frustrados por la misma vida de sus familiares, pues, por lo regular, estos tienen un sinfín de actividades que realizar independientes de su paciente.

Si bien existen datos que dan cuenta de un repunte en las enfermedades mentales, basta voltear la mirada alrededor de uno mismo para ver con horror, en lo que nos hemos convertido: la señora maltratando a sus hijos, hijos que a su vez presentan problemas de aprendizaje, socialización, violencia, el vecino que asesinó a su esposa por una infidelidad, el cura que abuso de algún niño, el señor del metro que disparó a los pasajeros, los jóvenes y adultos con problemas de drogadicción, las bandas organizadas que pelean unas con otras llevándose de medio a tantos inocentes, los cuerpos no solo mutilados y torturados, sino además expuestos y así podríamos seguir mencionando uno y otro acto de este tipo que

solo nos lleva a pensar que una de las muchas razones que ha llevado a convertirnos en lo que ahora somos es la deshumanización.

Y no es de extrañarse por la situación en la que el mundo se encuentra, ya que también es cierto que mucho de lo que sucede ha derivado de la acelerada vida actual. La individualización, los problemas de pobreza, problemas de nuestros políticos, del mal manejo de algunos avances científicos y del distanciamiento con la naturaleza entre otra gran cantidad de problemas.

Respecto a este último punto, en el alejamiento de la naturaleza, se encuentra el poco contacto con los animales, aquellos seres que nos han acompañado a lo largo de la historia de la humanidad, proporcionándonos múltiples beneficios, entre ellos su amor.

Y es que diversos estudios han comprobado que el tener contacto con un animal puede proporcionar diversos beneficios para la salud tanto física como mental. Esto ha llevado a que diversos sectores de salud hayan puesto los ojos en estos animales como una herramienta en diversos tratamientos para que ayuden a la recuperación y preservación de la salud.

El contacto con pacientes con depresión y el interés por el trabajo con animales como una herramienta en psicoterapia llevan a la idea de proponer el uso de animales en psicoterapia con el fin de aprovechar las cualidades de estos nobles animales. Y aunque en este trabajo particularmente se refiere al uso terapéutico en pacientes con depresión, lo cierto es que se trata de un proyecto que pretende extender posteriormente su aplicación a otros trastornos mentales, siendo así el punto de partida de un proyecto que pueda ayudar en el tratamiento de diversas enfermedades con el apoyo de animales, sin dejar a un lado su cuidado y protección.

## 1. DEPRESIÓN

### 1.1 ANTECEDENTES

La primera información que se tiene sobre la depresión data de la época de Hipócrates. Sin embargo mucha de la información se refería a la depresión como algo sobrenatural.

Sin embargo ya en los textos griegos de teoría de la medicina, se sostenía que las aberraciones mentales o constituían una enfermedad o eran síntomas de tal, y como otros síntomas y enfermedades, habían de explicarse sobre una base naturalista. Además la medicina clásica griega afirmaba que los desordenes mentales eran reflejos psicológicos de desordenes fisiológicos. Como ya se menciona, los primeros escritos de la melancolía como enfermedad normal aparecen en los escritos hipocráticos, así de acuerdo a estos, la melancolía se asociaba con “aversión a la comida”, desesperación, insomnio, irritabilidad e intranquilidad”. Sin embargo la base característica de las teorías hipocráticas fue la llamada “Teoría de los humores”, la cual supone que los problemas que hoy llamamos psiquiátricos, estaban relacionados por la reacción conjunta de los cuatro humores corporales: sangre, bilis negra, bilis amarilla, flema y que la melancolía era producida por la bilis negra. Así dentro de este esquema, el estado de salud lo constituía la mezcla óptima de estos humores mientras que por otro lado el desequilibrio de estos humores constituía la enfermedad. Galeno también proporcionó escritos referentes a la melancolía, si bien sus escritos vagamente se ocuparon de esta, constituyeron una gran aportación la cual sería punto de partida para el estudio de la melancolía en los tiempos posteriores.

En los siglos posteriores las teorías y escritos sobre la melancolía estuvieron sumamente influidos por la clásica teoría humoral, teniendo en ella su principal cimiento.

Un autor importante fue Areteo de Cappadocia, que fue el primero en considerar la importancia de las relaciones interpersonales como un factor importante en el

desarrollo de la enfermedad, pero sobre todo, por mencionar que la depresión era causada por factores psicológicos algo novedoso para entonces.

Durante el periodo del renacimiento y en la edad media la principal característica fue la creencia y atribución de la melancolía a fenómenos sobrenaturales como la posesión demoniaca, el castigo divino y como se mencionó anteriormente, al exceso de humores. Un filosofo destacado de esta época fue Santo Tomas de Aquino quien sintetizó la fe en la palabra de Dios y la razón de la filosofía aristotélica (Laeahey, 2005) pero quien sostuvo que la melancolía era producida por fuerzas astrales.

La transición a la edad media y al renacimiento, en los siglos XV XVI, significo un periodo de avances en materia de Fisiología, en conocimientos de Anatomía así como novedosas aportaciones en Química médica, sin olvidar las contribuciones a la cirugía, y así, entre estos y otros avances en al campo de la salud y la física, la autoridad Galenica y la teoría humoral empezaron a ir en picada.

Paracelso y Harvey fueron dos de los principales contribuyentes del debilitamiento del poder galénico. Paracelso, contrario a las creencias sobrenaturales, paranormales, religiosas o de índole semejante, que en ese tiempo eran comunes, se atreve a mencionar la *etiología natural* como la causa de la melancolía, así mismo ofreció sus ideas sobre química médica a la comunidad médica medieval en la primera mitad del siglo XVI. Harvey por su parte demostró en 1628 que las ideas de la mecánica eran fundamentales para el entendimiento de la Fisiología (Jackson, 1985).

Los siglos que precedieron al renacimiento fueron testigos de un cambio en la perspectiva que hasta entonces se tenían sobre la melancolía y sus causas, de esta manera se dio paso a las primeras explicaciones químicas sobre dicha enfermedad y por lo tanto, el regreso a la concepción médica de la depresión. Richard Napier y Thomas Willis fueron dos estudiosos quienes contribuyeron a esta nueva visión química. Richard Napier señaló que las formas de melancolía con delirio eran menos frecuentes que otras formas menores, también describió

que algunos enfermos melancólicos presentaban síntomas obsesivos-compulsivos y el carácter desproporcionado, “sin causa aparente”, de los miedos surgidos en los pacientes como resultado de falsas apreciaciones amplificadas y deformadas por la fantasía. Mientras que Thomas Willis definió a la melancolía como “Universal”, donde las personas tienen delirios de todas las cosas “no juzgan con clarividencia casi ningún tema” y en particular “en que imaginan erróneamente una o dos cosas determinadas, pero en la mayor parte del resto de sus ideas no son muy congruentes”. (Moreno, 2008).

Sin embargo las explicaciones químicas pronto serían reemplazadas por el boom de las ideas mecanicistas surgidas a partir de personajes más allegados a la Física tales como Boyle y Newton, pero que posteriormente fueron trasladadas al ámbito médico para la formulación etiológica de algunas enfermedades.

Posteriormente la llegada del siglo XIX vio nacer una nueva ciencia, la cual estaría al servicio de las enfermedades mentales, esta sería la psiquiatría. En esta misma época hizo su aparición Philippe Pinel padre de la Psiquiatría moderna quien trabajó con enfermos mentales caracterizándose por la exclusión de métodos aversivos como el encadenamiento, la sangría y demás tratamientos crueles comunes en aquella época. También fue el responsable de muchas innovaciones en el tratamiento de la enfermedad mental. (Hergenhahn, 2001)

Krapelin fue un parteaguas en el desarrollo de las ciencias de la salud mental, pues además de establecer un sistema nosográfico con el que integro en forma organizada y sistematizada el caos reinante en Psiquiatría, diferenció tres categorías principales de enfermedades: la demencia precoz, la parafrenia y la psicosis maniaco-depresiva, pero también puso énfasis la parte orgánica como una causa más de los desordenes psiquiátricos.

Con el inicio del siglo XX vendría también una nueva visión de la depresión, a partir de las contribuciones de Abraham y de Sigmund Freud que con sus teorías psicodinámicas revolucionaron la información que hasta la fecha se tenía sobre la enfermedad. Y luego de la presentación de los trabajos psicodinámicos

principalmente de Abraham y de Sigmund Freud, pasaría un largo periodo hasta que en 1960 apareciera la hipótesis *aminérgica* de la depresión realizada por Schildkraut.

\*Los enfoques y teorías psicodinámicas y aminérgicas se verán en el capítulo referente a etiologías.

## 1.2 DEFINICIÓN DE DEPRESIÓN

La palabra depresión tiene sus raíces en el término latino *depressus* que significa abatido. Pero su uso fue a partir de los siglos XIX y XX, ya que anteriormente y durante muchos siglos, se hacía uso del término “melancolía”, el cual a su vez proviene del griego *melaina chole*, es decir, bilis negra.

Por un lado se puede hablar de la Depresión como síntoma, síndrome, y trastorno. Como síntoma se puede entender un estado de ánimo triste o melancólico siendo muchas veces común en la vida de las personas, mientras que al hablar de un síndrome se hace alusión al conjunto de signos y síntomas que ocurren juntos regularmente no estando asociados por casualidad (Solloa, 2001) y por trastorno ya se habla de un cuadro clínico con duración considerable.

También podemos hablar de la depresión para referirnos a la alteración en los estados afectivos y del humor, y en este sentido, la depresión se encuentra ubicada en la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE) dentro del área de los trastornos del humor (afectivos); según la cual, incluye un *grupo de trastornos cuya alteración fundamental es un cambio en el humor o en la afectividad dirigida la depresión (con o sin ansiedad asociada) o la euforia. El cambio en el humor se suele acompañar de un cambio en el nivel general de actividad; los demás síntomas, que en su mayoría, son secundarios a, o fácilmente comprensibles en el contexto del cambio en el humor y la afectividad. La mayoría de estos trastornos tienden a ser recurrentes y el inicio de un episodio*

*en particular puede, a menudo, estar relacionado con la presencia de acontecimientos o situaciones estresantes.*

### 1.3 SINTOMAS DE LA DEPRESIÓN

La tristeza y abatimiento son tan antiguos como el hombre y lo han acompañado a lo largo de los siglos. Esté, como muchos otros sentimientos y emociones, han sido prescindibles para la sobrevivencia del hombre, así por ejemplo; el miedo ha servido al hombre para percatarse y prevenirse de peligros que pudieran poner en riesgo su existencia. La tristeza, parece ser un contraejemplo de las hipótesis evolucionistas sobre la utilidad de las emociones para nuestra supervivencia, sin embargo una emoción nos suele privar del hálito y nos deja en una posición buena para afrontar la vida (André & Lelord, 2002).

---

#### **FUNCIONES DE LA TRISTEZA**

---

Enseña a evitar las situaciones que la provocan.

Lleva a retirarse de la acción y a reflexionar sobre los errores.

Atrae la atención y la simpatía de los demás.

Protege de momentáneamente de la agresividad de los demás.

Permite desarrollar simpatía y empatía por la tristeza ajena.

---

*Tabla No. 1 Funciones de la tristeza.*

Sin embargo cuando el sentimiento difiere en intensidad, frecuencia y dificultad o interviene en la vida normal del hombre pasando de un mecanismo adaptativo a uno des adaptativo, es cuando se presentan los problemas.

Los síntomas de la depresión abarcan cuatro distintas áreas: el área emocional, área cognitiva, área somática y área conductual.

- Alteraciones emocionales, se trata de marcados cambios en el estado de ánimo. Cuando se presenta una tristeza patológica; generalmente estas alteraciones tienen una variación circadiana, por lo que se agudizan durante los amaneceres. Dentro de los síntomas emocionales encontramos:
  - tristeza,
  - pérdida de interés
  - irritabilidad
  - disforia
  - vergüenza
  
- Alteraciones del pensamiento o cognitivas. Muchas veces las personas con depresión tienen un modo característico de pensar, que difiere al de las personas quienes no la padecen, pues mientras que para el depresivo el panorama puede ser desolador, a los ojos de los demás puede no serlo. Así dentro de los síntomas cognitivos de la depresión están:
  - Fallas en la concentración
  - Alteraciones en la memoria
  - Indecisión, desesperanza
  - Ideación delirante
  - Ideación suicida
  - Pesimismo
  - Autocrítica
  - Pensamiento absolutista.
  
- Alteraciones somáticas. Se hacen presentes los síntomas físicos también llamados autonómicos o vegetativos. Se trata de la depresión sobre la salud, así, habitualmente se señala que somatizar o somatización es el traslado al plano corporal de los conflictos del paciente, y que carecen de explicación médica (Mesa & Rodríguez, 2007). Así los pacientes pueden presentar uno o más de los siguientes síntomas:
  - Alteración en el sueño (insomnio, hipersomnía).

- Alteraciones en el apetito (anorexia, hiperfagia).
  - Aumento de peso.
  - Disminución de la libido y el rendimiento sexual.
  - Fatiga.
  - Lentitud psicomotora.
  - Variación circadiana del humor (los síntomas se agudizan por la mañana y mejoran por la tarde).
  - Activación autonómica (palpitaciones, sudoración, taquicardias).
- Alteraciones de la conducta. Es evidente que aquellos síntomas y molestias presentados durante la depresión se ven reflejados directamente en la conducta, siendo ésta, junto a los síntomas emocionales, los principales síntomas en un estado depresivo. En su forma más grave se encuentra el retardo psicomotor, el cual se caracteriza por un enlentecimiento generalizado de las respuestas motoras, el habla y el gesto. Las alteraciones de la conducta son:
    - Llanto.
    - Agitación.
    - Lentificación.
    - Aislamiento.
    - Mutismo.
    - Dependencia.
    - Evitación.
    - Problemas de habilidades sociales.
    - Desaliño personal.

Los síntomas se presentan en diferente intensidad en cada paciente, tomando en consideración el tipo de depresión que se presente, sin embargo estos son las principales alteraciones en un cuadro depresivo.

<b>Alteraciones emocionales</b>	<b>Alteraciones del pensamiento</b>	<b>Síntomas somáticos.</b>	<b>Alteraciones de los ritmos vitales.</b>
<b>Anhedonia.</b>	Desvalorización personal.	Cefaleas tensionales.	Estar peor a ciertas horas del día.
<b>Indecisión.</b>	Culpa.	Alteración del sueño.	Cambios menstruales.
<b>Apatía.</b>	Abatimiento.	Alteración del apetito	Presentación estacional de los síntomas.
<b>Desesperanza.</b>	Rumiación hacia el pasado.	Lentificación	
	Pensamiento monotemático.		

**Tabla No. 2 Síntomas de la depresión.**

## 1.4 CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN

El CIE 10, clasifica la depresión en: episodios depresivos, trastornos depresivos recurrentes y trastornos del humor persistentes, todos ellos leves, moderados o graves, con o sin síntomas psicóticos y somáticos. Sin embargo, a lo largo de la historia han existido diversas clasificaciones de la depresión, así, están: la juvenil, post éxito, existencial, menstrual, reactiva entre otras. En este apartado se verán algunas de las más empleadas.

- Episodio depresivo.

El CIE 10 dice que en los episodios típicos, ya sean leves, moderados o graves, el paciente sufre un estado de ánimo bajo, reducción de la energía y disminución de la actividad. La capacidad para disfrutar, interesarse y concentrarse está reducida y es frecuente un cansancio importante, incluso tras un esfuerzo mínimo. El sueño suele estar alterado y el apetito disminuido. La autoestima y la confianza en uno mismo casi siempre están reducidas e, incluso en las formas más leves, a menudo están presentes ideas de culpa o inutilidad. El estado de ánimo bajo, varía poco de un día a otro, no responde a las circunstancias externas y puede acompañarse de los denominados síntomas “somáticos”, como son: pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, despertar precoz varias horas antes de la hora habitual, empeoramiento matutino del humor depresivo, entorpecimiento psicomotor importante, agitación, pérdida de apetito, pérdida de peso, y disminución de la libido. En función del número y severidad de los síntomas, un episodio depresivo puede especificarse como leve, moderado o grave.

- Trastorno depresivo recurrente.

De acuerdo al CIE 10 se trata de un trastorno caracterizado por episodios repetidos de depresión tal y como se describe un episodio depresivo, sin antecedentes de episodios independientes de elevación del estado de

ánimo o aumento de energía (manía). No obstante, puede haber breves episodios de elevación leve del estado de ánimo o actividad excesiva (hipomanía) inmediatamente después de un episodio depresivo, a veces producidos por el tratamiento antidepresivo.

- Trastornos del humor (afectivos) persistentes.  
Se trata de trastornos del humor (afectivos) que son persistentes y, normalmente, como fluctuantes, en los cuales la mayor parte de episodios aislados no son lo suficientemente severos como para justificar los diagnósticos descritos de episodios depresivos leve o hipomaniaco. A causa de su duración de muchos años, y a veces la mayor parte de la vida adulta del paciente, conlleva un considerable malestar e incapacidad. Dentro de los trastornos del humor persistentes podemos encontrar la llamada Ciclotimia y la Distimia.
  - Ciclotimia. Es un estado de ánimo inestable de forma persistente que implica numerosos periodos de depresión y euforia leves, ninguno de los cuales es suficientemente severo o prolongado para justificar el diagnóstico de trastorno bipolar o trastorno depresivo recurrente. Se encuentra con frecuencia en familiares de pacientes con un trastorno bipolar.
  - Distimia. Depresión crónica del estado de ánimo, que se prolonga al menos varios años, que no es suficientemente severa o, en la que los episodios aislados no son lo suficientemente prolongados para justificar el diagnóstico de trastorno depresivo recurrente leve, moderado o grave.

El DSM IV por su parte ubica a la depresión dentro de los Trastornos del estado de ánimo, siendo la principal característica de éstos la alteración del humor, y los presenta como episodios y trastornos.

- Episodio depresivo mayor. La característica esencial de un episodio depresivo mayor es un período de al menos dos semanas, durante las que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades.
- Trastorno depresivo mayor. Se caracteriza por un curso clínico de uno o más episodios depresivos mayores, sin historia de episodios maníacos.
- Trastorno depresivo no especificado. Esta categoría incluye los trastornos con síntomas afectivos que no cumplen los criterios de un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo.
- Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias. Se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo, que se considera un efecto fisiológico directo de una droga, un medicamento, otro tratamiento somático para la depresión o la exposición a un tóxico.
- Trastorno de estado de ánimo debido a enfermedad médica. Se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.

### **Criterios para el episodio depresivo mayor.**

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

Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto).

Nota. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.

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

- (2) Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5% del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día.

Nota: En los niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.

- (3) Insomnio o hipersomnia casi cada día.
- (4) Agitación o enlentecimiento psicómotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
- (5) Fatiga o pérdida de energía casi cada día
- (6) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autoreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)
- (7) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetivo o una observación ajena)
- (8) Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

**Criterios para el diagnóstico Trastorno depresivo mayor, episodio único.**

- A. Presencia de un único episodio depresivo mayor.
- B. El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
- C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco. **Nota:** esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o la hipomanía son inducidos por sustancias o por un tratamiento o si se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Ahora bien, ya se vieron dos de las principales clasificaciones de dos importantes manuales, sin embargo existen más clasificaciones.

Depresión unipolar versus bipolar. La depresión y la manía se consideran con frecuencia los extremos opuestos del espectro afectivo del estado de ánimo. Clásicamente, la manía y la depresión son “polos” separados, lo que genera las expresiones de depresión unipolar, en la que los pacientes solo experimentan el polo bajo o depresivo, y el trastorno bipolar, en el que los pacientes experimentan, en diferentes momentos, o bien el polo alto (maníaco), o bien el polo bajo (depresivo), (Stahl, 2002)

Otra manera de distinguir la depresión según la predominancia de los síntomas es con la llamada depresión *endógena* o biológica versus *reactiva*, se trata más que nada de una distinción entre subtipos de depresión, siendo muy controversial. La endógena también es conocida como melancolía, su origen es fundamentalmente biológico y están muy condicionados por factores constitucionales y hereditarios, mientras que la reactiva ésta más asociada a eventos externos tales como el estrés y los conflictos.

Por otro lado se puede hablar de la depresión como algo primario o en función de algún otro cuadro clínico, es decir “secundaria”. Así la clasificación de “primario” hace referencia a cuadros en los que el trastorno del estado de ánimo (depresivo o bipolar) existe aisladamente, sin la presencia actual o pasada de otro cuadro distinto al afectivo (alcoholismo, fobias, trastorno obsesivo-compulsivo, esquizofrenia, trastornos orgánicos cerebrales, etc.), mientras que los trastornos anímicos secundarios hacen referencia a pacientes con un trastorno médico o psiquiátrico preexistente diferente a la depresión o la manía. En resumen se puede hablar de la depresión en una posición de padecimiento en sí o como un síntoma, la importancia de esta distinción tiene un enorme peso durante la evaluación pues el no tomar en cuenta la posibilidad del síntoma conllevaría a diagnosticar falsas depresiones.

## 1.5 EVALUACIÓN DIAGNOSTICA.

La depresión es actualmente una de las enfermedades más conocidas y con mayor incidencia hasta incluso llegar a ser llamada la “Enfermedad del siglo”, sin embargo esto ha llevado a la sobre diagnosticación de la enfermedad o incluso a un mal diagnóstico. Parte de ello se debe también a su gran semejanza con episodios tristes que todas las personas presentan a lo largo de la vida por diversos problemas o cambios en ella, pero sin embargo no llegan a la depresión. Para ello es importante la realización de adecuado diagnóstico para evitar cualquier equivocación pues incluso enfermedades orgánicas, tales como los tumores en el cerebro, pueden confundirse con la depresión.

Una evaluación diagnóstica debe constar de diversas herramientas y técnicas para que se realice de manera correcta.

Entrevista. Tiene como objetivo recabar la información necesaria, dada por el paciente, para ayudar en la elaboración correcta del diagnóstico, esta técnica permite al profesional indagar en las diferentes esferas de la vida del paciente como son: el área familiar, social, escolar, y médica, en esta última se puede averiguar sobre posibles antecedentes familiares de depresión, la elaboración de un genograma, es decir, un árbol genealógico, puede ser de gran utilidad. Importante. Así mismo se debe interrogar al paciente sobre los síntomas que presenta. Es de suma importancia identificar ideas suicidas, pues en el caso de su presencia serían el primer objetivo de atención dado el riesgo que corre la vida del paciente.

Examen físico, su importancia estriba en descartar la posibilidad de alguna enfermedad de tipo orgánica que pudiera estar provocando los síntomas y que pudiesen confundir con los de la depresión, de lo contrario, la vida del paciente estaría corriendo peligro con la existencia de algún padecimiento orgánico y no ser tratado a tiempo.

Examen mental. Mediante este examen es posible obtener información acerca del grado de alerta, el juicio, el estado de ánimo, la inteligencia y la memoria los

cuales son parte importante del estado mental del sujeto y así determinar si se encuentran alterados.

Exámenes psicológicos. Para el diagnóstico se echa mano de instrumentos estandarizados, entre las pruebas psicológicas más utilizadas están:

- Inventario Multifacético de la Personalidad de Minnesota (MMPI).
- Escala de depresión de Hamilton.
- Inventario de depresión de Beck.
- Escala de autoevaluación para a Depresión de Zung.

#### 1.6 Diagnóstico diferencial

Deben diferenciarse los síntomas de la depresión:

Si aparecen alucinaciones (oír voces, ver visiones) o ideas delirantes (creencias raras o inusuales). Psicosis aguda.

Si el paciente tiene antecedentes de episodio maniaco (excitación, euforia, verborrea). Trastorno Bipolar.

Algunas medicaciones pueden producir síntomas de depresión (p.e., beta-bloqueantes y otros antihipertensivos, bloqueantes H<sub>2</sub>, anticonceptivos orales, corticosteroides (CIE).

## 2.0 EXPLICACIONES DE LA DEPRESIÓN

Desde que se ha tenido conocimiento sobre la depresión se ha intentado buscar la explicación de la enfermedad para llegar a un tratamiento que pueda ayudar a las personas que la padecen. De esta manera se han elaborado muchas teorías sobre la depresión, sus causas, características y tratamiento. Las teorías han sido realizadas según la época y los conocimientos que se tienen de la enfermedad. En este apartado se verán algunas de las teorías más importantes acerca de la depresión.

### 2.1 ENFOQUE PSICODINAMICO.

El enfoque psicodinámico de la depresión pone énfasis en la parte psicológica como una causa de la enfermedad, de acuerdo a este enfoque, los síntomas psicológicos poseen un significado que puede salir a la luz a través de la indagación en las experiencias del sujeto, que ocurrieron durante las etapas de su vida, para más exactitud se puede decir que las teorías con este enfoque enfatizan los conflictos inconscientes y las experiencias pasadas. Diferentes autores pertenecientes a esta corriente han postulado diversas teorías acerca del origen de la depresión.

#### 2.1.1 SIGMUND FREUD

La información más relevante realizada por Sigmund Freud sobre la depresión se encuentra en el artículo "Duelo y melancolía", en este trabajo Freud enfatizó la importancia de las relaciones objétales, identificando la regresión libidinal en el yo, la pérdida objetal y un alto grado de ambivalencia, como los tres factores principales para el desencadenamiento de la enfermedad.

En su artículo, Freud compara el duelo con la melancolía y dice la melancolía se singulariza en lo anímico por una desazón profundamente dolida, una cancelación del interés en el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición en la capacidad de amar. Comparándose este cuadro con el duelo mostrando los mismos síntomas excepto uno: falta en él la perturbación del sentimiento de sí

(Sigmund Freud en *Duelo y melancolía*, 1915) de esta manera en la melancolía el sujeto posee una debilidad yoíca considerable.

En lo que respecta a la regresión libidinal en el Yo, según Freud, ésta tiene lugar cuando un sujeto sufre la pérdida de una persona amada, después de la pérdida, la persona primero introyecta o incorpora a este último, tal vez en un intento vano para compensar la pérdida. Puesto que como lo afirma Freud, los individuos inconscientemente, albergan sentimientos negativos hacia quienes aman, la persona en duelo se convierte ahora en objeto de su propio odio e ira (Davison, 2000).

Sobre la pérdida objetal, Freud señala que el duelo es provocado por la pérdida de una figura amada real mientras que por otro lado en la melancolía, además de esta pérdida, puede en ocasiones reconocerse que esa pérdida es de naturaleza ideal, por lo que llevaría a referir de algún modo la melancolía a una pérdida del objeto sustraída de la consciencia, a diferencia del duelo, en el cual no hay nada inconsciente en lo que atañe a la pérdida (Freud, S. *Duelo y melancolía*, 1915).

### 2.1.2 JACOBSON

Jacobson es otro autor que desde la psicodinámica habla de la depresión, pero la ve como un problema de caracterización y falta de diferenciación desde el punto de vista estructural (Solloa, 2001). Según Jacobson en la infancia, la desvalorización de los otros, trae aparejada una desvalorización del sí mismo dado que este último se encuentra aún fusionado con la representación de los otros. De esta manea en la depresión se produce una caracterización agresiva del sí mismo con escasa diferenciación superyóica y ausencia de una adecuada separación entre las representaciones objetales y el ideal parental de la infancia.

### 2.1.3 MELANIE KLEIN

Para Melanie Klein la clave del origen de la depresión está en la calidad de las primeras relaciones entre la madre y el hijo en la temprana edad, de acuerdo a Klein, en la posición esquizo paranoide la madre es la fuente, tanto de lo bueno

como de lo malo para el niño, de manera que existe un sentimiento ambivalente hacia la madre, el cual, a su vez, produce angustia y culpa en el niño por destruir al objeto. Posteriormente, en la etapa depresiva, el bebé es capaz de reconocer al objeto en su totalidad, es decir como uno mismo.

Pero aunque se esperaría que el niño compruebe que la madre a la cual odia (objeto malo y la madre a la cual ama (objeto bueno), son una misma (objeto total), conduciendo de esta manera a una satisfactoria solución del estadio depresivo, sin embargo cuando existe un fallo en la *fusión* de los objetos bueno y malo, los sentimientos de agresión y odio predominan, entonces se asienta la base patológica para el desarrollo de las depresiones posteriores. En otras palabras, las personas deprimidas nunca han superado la posición depresiva, pues están desesperadamente preocupadas por haber destruido a los a los objetos buenos amados dentro de ellos como resultado de su propia voracidad y destructividad (Gabbard, 2002).

## 2.2 ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL.

El enfoque cognitivo conductual a diferencia del psicoanálisis, el cual sugiere aspectos inconscientes como factores de la enfermedad, ve a la depresión como un proceso de aprendizaje y creencias o perspectivas individuales y sesgadas de las experiencias en la vida, es decir factores conductuales y cognitivos. De igual manera existen varios trabajos de autores CC quienes han aportado diversas teorías al respecto.

### 2.2.1 TEORÍA COGNITIVA DE BECK.

La teoría cognitiva de Beck es una de las teorías más importantes para entender la depresión. Formulada en 1976, Beck ve a la cognición como el principal factor desencadenante de la enfermedad en el que el principal problema son los pensamientos y creencias erróneas, generalmente incubadas en la infancia, pensamientos erróneos que a los ojos de las personas sin depresión, están fuera

de la realidad. Esta teoría se basa en tres factores cognitivos para explicar la depresión:

- Triada cognitiva
- Esquemas depresogénos
- Errores cognitivos

La triada cognitiva, a su vez, tiene tres componentes: 1) expectativas negativas del ambiente, 2) expectativas negativas del sujeto mismo y 3) expectativas negativas del futuro, es decir el sujeto tiene una visión distorsionada sobre la vida, cayendo en el pesimismo. Por otro lado los esquemas depresógenos se refieren a la forma selectiva del sujeto de fijar la atención en los estímulos y situaciones negativas, es decir en las experiencias de la vida solo atienden o le dan importancia a las que tienen un tinte negativo, obviamente otro sesgo de cognición. Por último los errores cognitivos son esquemas de pensar negativo que se desarrollan temprano en la vida y son reactivados en respuestas ante el estrés (Solloa, 2001).

### 2.2.2 MODELO DE DESESPERANZA APRENDIDA DE SELIGMAN

La desesperanza aprendida es una condición en la que el individuo a partir de experiencias previas aprende que no tiene el control sobre las situaciones por lo que deviene en una desesperanza en la que tiende a tomar una posición pasiva sobre la situación ya que al no tener el control, cualquier intento por salir de esta se vuelve inútil. Esta es la premisa básica del modelo de desesperanza aprendida dada a conocer por Seligman que en palabras suyas es cuando el individuo es lento para iniciar respuestas, se considera a sí mismo impotente y sin esperanza y ve negro su futuro, todo lo cual comenzó como reacción a la pérdida del control sobre la gratificación y el alivio del sufrimiento (Seligman, 1981). Así la teoría de la indefensión aprendida, propone que la depresión puede ser definida por cuatro grupos de déficits: motivacionales, cognitivos, afectivo-somáticos y de autoestima, se incluyen cuatro postulados.

- La persona espera que los resultados deseados sean poco probables.
- La persona espera que los resultados aversivos sean muy probables.
- La persona espera o anticipa que nada de lo que haga cambiará estos eventos.
- El fracaso es atribuido a eventos internos y el éxito a causas externas.

Así la desesperanza aprendida se encuadra dentro del condicionamiento operante, sin olvidar que se trata de un tipo de aprendizaje susceptible a modificaciones.

### 2.2.3 MODELO DEL ESTILO ATRIBUCIONAL.

Básicamente plantea que la atribución es el estilo cognitivo mediante el cual los sujetos expresan las situaciones experimentadas y que las personas que son sujetas de depresión son aquellas que tienden a ver las malas experiencias o fracasos como consecuencia de algo interno sin juzgar los factores externos, es decir se atribuyen lo malo y se quitan crédito de lo bueno que hacen, en Solloa 2001, se citan tres tipos de estilo atribucional:

- Locus de control interno-externo. La teoría de la atribución propone que existe predisposición a la depresión cuando el sujeto atribuye sus fracasos y falta de control a factores internos, y sus éxitos, a factores o causas externas: *Me fue mal porque soy torpe versus Me fue bien por pura suerte.*
- Estabilidad-inestabilidad. Los depresivos establecen atribuciones estables a sus fracasos, e inestables, a sus éxitos: *Siempre hago mal las cosas versus Me suele ir bien, pero esta vez me salieron mal las cosas.*
- Generalidad- especificidad, los depresivos atribuyen sus fracasos a factores generales y sus éxitos, a factores específicos: *Soy pésimo en todo versus Soy pésimo en algunas cosas, pero soy bueno en otras.*

## 2. 3 TEORÍAS PSICOSOCIALES

El enfoque psicosocial centra su atención en la importancia que juegan los factores externos como la cultura, las experiencias sociales y los agentes estresantes en el padecimiento de la depresión. De igual manera considera el efecto que tiene la sintomatología en las personas que rodean al depresivo, así como las ganancias que a su vez esté obtiene con la enfermedad, es decir la utilización de la depresión para satisfacer objetivos anormales.

### 2.3.1 EPISODIOS ESTRESANTES

De acuerdo a diversos autores, la depresión se puede desencadenar por diversas situaciones y experiencias estresantes, por las que el individuo atraviesa, las cuales, sin embargo por sí solas no son un factor determinante, es decir, para que se desencadene la enfermedad existen otros factores que predisponen al sujeto a desarrollar la enfermedad, siendo las situaciones estresantes los factores que darían la estocada final en la depresión. Por ejemplo, un sujeto que carece de redes de apoyo y que tiene pocas capacidades adaptativas o poca tolerancia a la frustración, al experimentar una situación estresante tendrá mayor posibilidad de desarrollar depresión, a diferencia de un sujeto que experimente la misma situación estresante pero con adecuadas redes de apoyo, tolerancia a la frustración o mejores capacidades adaptativas.

Los eventos estresantes más comunes que suelen desatar la depresión son la pérdida de un ser amado, las amenazas graves a nuestras relaciones o a nuestro trabajo o problemas graves de carácter económico o de salud (Butcher et al., 2007). Por otro lado, las vulnerabilidades más comunes son aquellas que tienen que ver, como ya se mencionó con las capacidades adaptativas, redes de apoyo, tolerancia a la frustración, genética, cognición, rasgos de personalidad entre otros.

### 2.3.2 GANANCIA SECUNDARIA

Otro aspecto que este enfoque pone de relieve es la ganancia secundaria de la enfermedad, según esto a través de la enfermedad el sujeto logra metas anormales, por ejemplo atención, cuidados especiales, evitar responsabilidades etc. Colocándose así en una posición cómoda la cual no tendría si no fuese por la enfermedad.

### 2.3.3 AMBIENTE FAMILIAR

El ambiente familiar también ha sido centro de atención para explicar la incidencia de la depresión. En este sentido los sujetos que padecen de depresión, son generalmente miembros de familias quienes ponen en ellos expectativas altas en cuanto a metas, sujetos a los que se les ha exigido demasiado y por lo tanto han crecido con la idea de que el amor está condicionado a cumplir con todas las expectativas, ya que de lo contrario no serán dignos de ser amados.

La pérdida de los padres es otra línea de investigación sobre la vulnerabilidad hacia la depresión. De acuerdo a diferentes investigaciones la tasa de probabilidad de padecer la enfermedad se incrementa en personas que han sufrido la pérdida de un padre pues es un rol decisivo en la propensión a caer en estados depresivos (Jacobson, 2007).

Otro dato importante en el desarrollo de este trastorno mental es el que tiene que ver con las adversidades como disputas familiares: Psicopatología de los padres, abusos físicos o sexuales; en este sentido los adultos con depresión suelen recordar haber tenido relaciones más tensas e infelices con sus padres, que los adultos que no sufren depresión (Brewin, Andrews y Gotlib en Butcher et al., 2007).

### 2.4 FACTORES BIOLÓGICOS

La depresión involucra alteraciones a nivel orgánico, por lo que desde hace muchos años se ha planteado que la depresión puede proceder de alteraciones en el equilibrio de las sustancias neurotransmisoras, mismas que se encargan de la

regulación de la actividad de las células del sistema nervioso, de manera que esto ha hecho que se investigue en torno a ello. Sin embargo las alteraciones en el equilibrio de los neurotransmisores no son el único factor orgánico relacionado en la depresión. También se han encontrado deficiencias en el sistema neuroendocrino sin dejar a un lado los factores genéticos.

#### 2.4.1 HIPOTESIS AMINERGICAS

Postulada en 1965 por Schildkraut, en ella se plantea que la norepinefrina y la serotonina están estrechamente relacionadas con la depresión, debido a sus niveles en el organismo y/o la recaptación de los receptores aminérgicos de la misma.

La norepinefrina es un neurotransmisor, (y hormona), fundamentalmente excitatoria, asociado con la actividad del sistema nervioso simpático; tiene influencia sobre el humor y los centros de recompensa. La serotonina interviene en la regulación del estado de ánimo, en el control de la ingesta de alimentos, del sueño y del nivel de activación, y en la regulación del dolor (Carlson, 2006). Los niveles de ambos neurotransmisores están relacionados con la depresión.

Así, el exceso en los niveles de norepinefrina pueden generar estados maniacos mientras que por otro lado, los episodios depresivos tienen mayor probabilidad de ocurrencia cuando los niveles de serotonina son bajos, de manera que entonces la estabilidad de ambos neurotransmisores llevaría a un estado de ánimo óptimo.

#### 2.4.2 ALTERACIONES NEUROENDOCRINAS

El sistema neuroendocrino es también sujeto de cambios cuando se presentan episodios depresivos. En este sentido se han encontrado alteraciones en la segregación de sustancias como el cortisol, el cual se ha encontrado en niveles hasta 50% más altos en pacientes con depresión. Se trata de una afección denominada síndrome de Cushing, que puede producirse de diferentes maneras: como consecuencia de tumores hipofisarios, a partir de tumores de las glándulas suprarrenales que originan hipersecreción de cortisol o debido a tratamientos

terapéuticos con fármacos corticoesteroides. También, las víctimas de suicidios exhiben niveles muy altos de cortisol en circulación. (Rosenzweig, 2005).

#### 2.4.3 OTRAS ALTERACIONES ORGÁNICAS

Una diferencia entre sujetos con depresión y los que no la padecen, es el sueño, pues se han encontrado alteraciones en la latencia del sueño, despertares, así como disminución o por el contrario aumento. Las alteraciones del sueño son frecuentes en los pacientes: disminución de la latencia de la primera fase REM, aumento de la proporción de la fase REM en el primer tercio de la noche, disminución de las fases 3 y 4 ( correspondientes al sueño profundo), sueño fragmentado, insomnio de conciliación y despertar precoz (Ortuño, 2010).

#### 2.4.4 EL PAPEL DE LA GENÉTICA.

El papel de la genética es muy importante en el desarrollo de la enfermedad ya que los estudios de herencia sugieren que las anomalías genéticas son, en parte, responsables de este padecimiento. Al igual que otras enfermedades mentales, está claro que en una persona con antecedentes familiares de trastornos afectivos hay mayores probabilidades de padecer alguno de estos trastornos, sin embargo también se sabe que por lo general los trastornos mentales no son determinados por una mutación única, ni un gen específico; sino que la herencia es poligénica y multifactorial. (Sánchez, 2008), sin embargo las investigaciones continúan en pro de la especificación de estos genes que causan la depresión.

---

<b>Eje I</b>	<b>Trastornos psiquiátricos</b>
<b>Eje II</b>	Rasgos de personalidad.
<b>Eje III</b>	Factores neurobiológicos, genéticos, cerebrales, neuroendocrinos, sexo, edad, enfermedades médicas.
<b>Eje IV</b>	Acontecimientos vitales estresantes, antecedentes familiares psiquiátricos.
<b>Eje V</b>	Alteración del funcionamiento psicosocial.

---

*Tabla No. 3 Clasificación multiaxial de los factores de riesgo para los trastornos del humor (Extraído de Ortuño, 2010).*

### 3.0 TRATAMIENTO

#### 3.1 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.

El tratamiento farmacológico ha tenido gran eficacia en el tratamiento de la depresión, a lo largo de la historia se han empleado diversos medicamentos, mismos, que a partir de su uso y de las investigaciones, han ido mejorando en eficacia y especificidad. El efecto principal de los medicamentos es modificar los niveles de neurotransmisores y otros neuroquímicos relacionados (Barlow & Durand, 2001). Existen tres tipos de antidepresivos utilizados para combatir la depresión: Antidepresivos tricíclicos, Inhibidores de la monoamino oxidasa (MAO), y los Inhibidores específicos de la recaptación de serotonina (IERS).

##### 3.1.2 ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS.

Los antidepresivos tricíclicos reciben su nombre por su acción antidepresiva y porque en su estructura química incluyen una cadena de tres anillos; los antidepresivos tricíclicos impiden la recaptación de la serotonina y la noradrenalina, lo que da lugar, por tanto, a un aumento de sus niveles en el encéfalo (Pinel, 2001). El tiempo que tardan en actuar estos neurotransmisores es de aproximadamente 2 y 8 semanas, sin embargo durante este lapso se presentan una gran cantidad de efectos colaterales como visión borrosa boca reseca constipación dificultades para orinar, somnolencia, aumentos de peso, y quizá disfunción sexual (Barlow & Durand, 2001).

##### 3.1.3 INHIBIDORES DE LA MONOAMINA OXIDASA

Bloquean la enzima monoamino oxidasa que descompone neurotransmisores como la norepinefrina y la serotonina; el resultado es más o menos equivalente al de los tricíclicos. Como no se descomponen, los neurotransmisores se combinan en la sinapsis, lo que conduce en última instancia a una desregulación o insensibilización (Barlow & Durand, 2001). El principal efecto colateral de los MAO es el llamado “efecto queso” el cual se presenta al combinar el tratamiento con cierto tipo de alimentos que contienen aminas presoras, al hacerlo se

presenta una reacción simpática que conlleva serias taquicardias que pueden, en su caso más grave, producir la muerte.

#### 3.1.4 INHIBIDORES ESPECIFICOS DE LA RECAPTURA DE SEROTONINA (IERS)

Inhibidores específicos de la recaptura de la recaptura de serotonina (IERS)

Los IERS son los antidepresivos descubiertos más recientemente, estos se encargan de inhibir la recaptación de serotonina sin afectar la recaptación de otros neurotransmisores (Carlson, 2006), lo cual hace que aumenten temporalmente los niveles de serotonina en el receptor. A diferencia de los antidepresivos tricíclicos y los MAO, los IERS tienen mayor especificidad y por lo tanto menos efectos colaterales, sin embargo su consumo se relaciona con pensamientos suicidas, reacciones paranoides y violencia.

### 3.2 TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

La psicología ha jugado un papel importante en el tratamiento de la depresión. Se entiende por Psicoterapia al conjunto de técnicas específicas que tratan de cambiar mecanismos (cogniciones, conductas, sentimientos) patológicos en el enfermo psíquico. Entre los diversos tipos de terapia, existen tres que se han aplicado con eficacia en el tratamiento de la depresión: terapia cognitivo-conductual (TCC) terapia psicoanalítica y psicoterapia interpersonal (PI).

#### 3.2.2 Terapia Cognitivo-Conductual.

Dado que la TCC parte de la idea, como anteriormente se mencionó, de la depresión como un proceso de aprendizaje y creencias o perspectivas individuales y sesgadas de las experiencias en la vida, por el lado cognoscitivo, la tarea estriba en cambiar las perspectivas negativas que el paciente tiene de si mismo, del mundo y del futuro con el propósito de modificar la visión negativa de todo lo que abarca el marco de referencia del individuo (Nathan, Gorman & Salkind, 1999), de manera que como lo sustenta la teoría los pensamientos positivos, generan a su vez emociones positivas. La parte conductual está enfocada en la generación de

cambios ambientales que faciliten el incremento de estímulos positivos, la mejora de habilidades sociales.

### 3.2.3 TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO

La psicoterapia basada en la teoría psicodinámica tiene como objetivo la resolución de los episodios periódicos del paciente y conseguir un cambio en los conflictos de la personalidad subyacente, que es la que proporciona la base para la aparición de la enfermedad. Así, a través de la emergencia de los productos patológicos es posible estudiar la estructura psicopatológica y sus orígenes para tener una idea clara de cuáles son los elementos que la integran, para saber qué es lo que se espera cambiar y en qué dirección, es de suma importancia decir que una de las claves en la resolución de los conflictos estriba en poder establecer nuevas significaciones.

### 3.2.3 Psicoterapia Interpersonal (PTI).

Es una de las tres terapias que más eficacia ha demostrado en la depresión. Se trata de un tipo de terapia psicológica que basa su trabajo en la hipótesis de que las relaciones interpersonales del sujeto desempeñan un papel importante, tanto en el desencadenamiento, como en la duración de la depresión. La TIP se basa tanto en las teorías de Sullivan, Bowlby y otros, como en los hallazgos de investigación empírica que conectan el estado de ánimo con el entorno (Oldham et al, 2001). Es un tratamiento sencillo, práctico y optimista. Sus preceptos básicos son:

- Un modelo médico, es decir, el paciente tiene una enfermedad tratable que no es culpa suya.
- Los síntomas y los hechos de la vida diaria guardan una relación importante.
- Tratar las disputas de rol interpersonales.
- Ajustar la pérdida de una relación.

- Adquirir nuevas relaciones.
- Identificar y corregir las deficiencias en las destrezas sociales.

### 3.2.4 Tratamientos físicos.

#### 3.2.4.1 Terapia electro-convulsiva (TEC).

La Terapia Electro Convulsiva, (TEC) por sus siglas, es el tratamiento somático de mayor tradición en Psiquiatría y muy utilizado en los trastornos de ánimo, especialmente cuando el paciente no responde a la medicación. Surge a partir de observaciones hechas por Von Meduna en Italia a principios del siglo XX, pero es perfeccionado y usado por primera vez para el alivio de los trastornos depresivos por Ugo Cerletti y su discípulo Bini. De esta manera la TEC es un tratamiento biológico que consiste en inducir una convulsión tónico-generalizada de forma controlada, mediante la administración de un estímulo eléctrico superior al umbral convulsivo. El Procedimiento consiste en anestesiarse al paciente para reducir la incomodidad y se les aplica medicamentos de relajación muscular para evitar la fractura ósea por las convulsiones que suceden durante los ataques. Se administra una descarga eléctrica directamente al cerebro por menos de un segundo, lo que genera un ataque y una serie de breves convulsiones que por lo común, duran algunos segundos. Finalmente las convulsiones generadas provocan que se liberen diversos transmisores que a su vez inducen masivos cambios funcionales y estructurales en el cerebro, lo que al parecer es terapéutico (Barlow & Durand, 2001).

Al ser un tipo de terapia física, la TEC conlleva una serie de cuidados previos a su realización, así como otros posteriores, pues tiene diversos efectos secundarios, además también requiere el consentimiento informado por parte del paciente.

### 3.2.4.2 Estimulación magnético-craneal.

La estimulación magnético- craneal es una técnica que ha demostrado tener cierta eficacia en la depresión, su principal ventaja es la de no ser invasiva. Se trata de una técnica de estimulación relativamente reciente basada en el principio de la inducción electromagnética que modula la estimulación de zonas relativamente pequeñas de la corteza cerebral. En la estimulación magnética transcraneal, se utiliza un potente imán colocado en la mano para crear un campo magnético con diferencial temporal. Cuando se coloca en el cuero cabelludo, este potente campo magnético induce corrientes eléctricas en la corteza superficial, una forma de estimulación eléctrica sin electrodos. Así la estimulación magnética transcraneal tienen una duración transitoria puede despolarizar las neuronas por provocar cambios en las zonas de conexión del cerebro (Greden, 2003).

## 4.O LOS ANIMALES Y EL HOMBRE.

Los animales y el hombre han convivido desde épocas prehistóricas. Cuentos, leyendas, mitos, novelas y demás han plasmado la relación del hombre con los animales, así como la simbolización de ellos.

Sin embargo la relación que se tiene en la actualidad con los animales no siempre fue la misma, pues ha ido evolucionando según las circunstancias. Así en un principio, los animales fueron vistos sólo como una fuente de alimento o abrigo, sin embargo con el tiempo el hombre los fue incorporando cada vez más a su vida hasta otorgarle un lugar importante en ella.

### 4.1 DOMESTICACIÓN

Como ya se dijo en la relación entre hombres y animales hubo marcados cambios, el más grande de ellos y que a su vez dio un giro a la humanidad, fue la domesticación.

La domesticación de los animales comenzó hace unos 15.000 años, en el inicio de la Revolución Neolítica. Los humanos evolucionaron desde recolectores de plantas silvestres y cazadores de animales salvajes, para ser ganaderos,

obteniendo sus alimentos de plantas cultivadas y animales domesticados. Así, apareció la agricultura y el pastoreo, y ambos procedimientos para la producción de alimentos han sido practicados hasta hoy día (Pond & Pond, 2000).

La domesticación, de acuerdo a la Real Academia Española es el acto de reducir, acostumbrar a la vista y a la compañía del hombre, al animal fiero y salvaje otra definición dada también por la RAE es la de hacer tratable a alguien que no lo es, moderar la aspereza de carácter.

Sin duda alguna, la domesticación surgió de la satisfacción de necesidades, convirtiéndose en un acto redituable, tanto para el hombre como el animal, el primero porque se ayudaba de los animales para sus tareas, mientras que el segundo satisfacía sus necesidades más básicas como las de alimento, es decir se volvió un relación simbiótica provechosa para ambos.

La domesticación de los lobos (*Canis lupus*), considerados como los antepasados de los perros domésticos (*Canis familiaris*) comenzó probablemente hace unos 12.000 años (Pond & Pond, 200) Los perros descendentes de los lobos, comenzaron a integrarse a la vida del hombre en una relación de trabajo, dada su capacidad para pastorear animales, como las ovejas, como por su colaboración en la protección de los rebaños del ataque de depredadores.

La domesticación del perro, sin embargo, fue el precedente para la domesticación de otros animales. El gato, otro animal que es muy común en los hogares, fue domesticado tiempo después, así, los primeros registros de gatos se encuentran en el antiguo Egipto, donde se los consideraba sagrados y estaba prohibido matarlos. Sin embargo, el gato a diferencia del perro y de otros animales domésticos, es la única especie domesticada no gregaria que ocupa poco espacio y generalmente son más independientes, a diferencia de otros animales.

Posteriormente el caballo entró a la vida humana pero sobre todo, al servicio del hombre, su domesticación tuvo lugar hace aproximadamente cinco mil años en la región que rodea al Turquestán. El primer registro de un caballo montado se halla en Egipto, alrededor del 1500 a. C. Muy pronto, una vez que fueron más bien

camaradas que esclavos, los caballos resultaron importantes en la guerra y en la caza. (Sheldrake, 2001).

Así fue como poco a poco el hombre logró domesticar a los animales, satisfaciendo, como ya se mencionó, mutuamente sus necesidades, y aunque este hecho fue un importante avance para el hombre y conllevó muchas ventajas, también las desventajas se hicieron presentes, pues, al controlar a los animales se provocaron, también, una serie de cambios morfológicos, fisiológicos y conductuales, lo cual favoreció su adaptación al hábitat doméstico pero al mismo tiempo, desfavoreció su capacidad para sobrevivir en ambientes naturales.

En la actualidad aún cuando la mayor parte de la gente ya no necesite gatos para cazar ratones ni perros para cuidar el rebaño ni para cazar, se sigue manteniendo estos animales a millones junto con una multitud de otras criaturas que no desempeñan ninguna función utilitaria: hámster, cuyos, peces incluso iguanas, y otro tipo de animales, algunos de ellos exóticos, o mejor dicho, la función de estos animales ha cambiado.

#### 4.2 EL PAPEL DE LOS ANIMALES EN LA VIDA DEL HOMBRE.

Los animales han sido importantes en la vida del hombre, uno se ha servido de otro para cubrir sus necesidades. Así los animales han sido desde alimento, cazadores, recolectores de ganado, guardianes y más íntimamente han llegado a ser camaradas, compañeros y confidentes.

Como se ha visto anteriormente, la relación con los animales de compañía, así como la utilidad que se les ha dado y el papel que han jugado, ha evolucionado, esto ha hecho que, tanto animal, como hombre, sean imprescindibles: el uno para el otro en la vida cotidiana. Poco a poco los animales, se han incorporado más profundamente en la vida del hombre, y cada vez son utilizados en diversos trabajos, a continuación se revisaran algunos de ellos.

## CAZA

La primera relación con los animales se trató, casi exclusivamente de trabajo, antiguamente los animales eran usados para ayudar en la caza además de que cuidaban y defendían al ganado de intrusos o peligros.

## CARGA

Dada su fuerza han sido usados como animales de carga en diferentes áreas, un ejemplo clásico son las mulas de carga, los caballos los cuales también soportan una gran cantidad de fuerza y cómo olvidar las yuntas, jaladas por bueyes. Posteriormente con la introducción de diversas maquinas, el trabajo de los animales fue menos necesitado hasta sustituirlo casi por completo.

## AGRICULTURA

En la agricultura, los animales han ayudado de dos maneras: la primera de ellas como ya se dijo es la carga; antes de la aparición de los tractores, la agricultura dependía del trabajo de caballos, asnos, mulas y bueyes, así, la resistencia y la fuerza de estos animales fueron fundamentales en esta actividad. Por otro lado, está el empleo del estiércol de los animales para ayudar a la fertilización de la tierra y por lo tanto ayudar a la estabilidad ecológica.

## USO BÉLICO

Pronto el hombre se dio cuenta de su utilidad en las actividades bélicas; utilizados como localizadores de bombas, agilizadores para movilizarse, advirtiendo el avance de las tropas enemigas, espionaje, abejas para detectar minas entre otros usos determinantes en la guerra.

## PERROS POLICIAS

Se trata de perros que son entrenados para colaborar en los servicios policíacos. Ejemplos de ellos son los clásicos perros detectores de drogas, explosivos perros que contribuyen a la investigación de crímenes, búsqueda de indicios, búsqueda de cadáveres.

## SEGURIDAD Y PROTECCIÓN

Los animales han servido también como prestadores de seguridad y protección, el ejemplo más común es el de los perros que se tienen en casas y negocios para cuidar y proteger de quien sea necesario.

## RESCATE.

Una de las más nobles tareas realizadas por los animales, principalmente perros. Estos animales entran en acción cuando sucede alguna catástrofe como deslizamiento de tierra, derrumbamientos, temblores, avalanchas de nieve u otra situación en la que se requiera su rastreo. Los casos más conocidos son en los sismos, en los que se llevan para buscar sobrevivientes.

## EXPERIMENTACIÓN BÁSICA

Alguna vez se ha dicho *“La rata es el animal que ha salvado más vidas”* esto debido a la gran cantidad de uso experimental que se le ha dado a estos animales, aunque no son los únicos, pues conejos, gatos y otro tipo de animales han sido usados para fines científicos y aunque su uso es y ha sido controversial lo cierto es que han sido fundamentales en los avances científicos. Casi todos los avances en medicina humana y veterinaria durante los últimos 100 años han estado fundamentados en la investigación animal. Así fueron definidos los procesos metabólicos, y establecida la eficacia y la seguridad de productos para consumo, fármacos, aparatos y procedimientos médicos. Algunos de los avances con un beneficio directo para el hombre incluyen la inmunización contra la polio, paperas, sarampión, difteria rubeola y hepatitis; antibióticos de amplio espectro y otros fármacos contra las infecciones; anestésicos y analgésicos técnicas de diagnóstico tales como electrocardiograma, electroencefalograma, el angiograma y endoscopia. Así es como estos sujetos involuntarios han ayudado al hombre a salvaguardar su integridad (Pond & Pond, 2000).

## DIVERSIÓN.

Circos, zoológicos, ferias y más son un claro ejemplo del uso que se le ha dado a los animales para la diversión, sin embargo se trata de un uso controversial, puesto que si bien existen lugares dedicados a este tipo de diversión donde los animales son procurados y tratados de una manera en la cual puedan asegurar su integridad también los hay en los que los animales viven en condiciones deplorables, sometidos a malos tratos y exponiéndolos a ambientes poco saludables.

## REHABILITACIÓN SOCIAL

La interacción con animales favorece también la interacción e interacción de grupos por lo que se han utilizado también para la rehabilitación social. Específicamente se tienen registros de intervenciones de animales en cárceles con internos donde han dado buenos resultados. En ellas los animales son un medio a través del cual los internos pueden expresar sentimientos, ayudan a sobrellevar el estrés del encierro.

### 4.3 EL USO DE ANIMALES EN LA CIENCIAS DE LA SALUD.

Un número creciente de investigaciones han demostrado que tener animales puede resultar beneficioso para la salud tanto física como psicológica. De entrada se sabe de la tranquilidad que se experimenta al convivir con una mascota.

De esta manera se han incorporado los animales a las ciencias de la salud para ayudar a combatir ciertas enfermedades, ayudar a la rehabilitación de los pacientes, como detectores de ciertas enfermedades. En la salud mental son empleados para ayudar a socializar, reducir la ansiedad, el estrés, soledad, tristeza etc. Sin dejar a un lado el valioso papel que han jugado para las investigaciones, y en las que gracias a ellos, se han probado medicamentos, sin duda alguna salvando muchas vidas.

- REHABILITACION

Es la utilización de animales para ayudar en la rehabilitación de personas con discapacidades físicas y/o psicológicas (Gross, 2000). Los ejemplos más comunes son la Hipoterapia y Delfinoterapia que a lo largo de los años han ayudado a muchos pacientes a recuperar la salud o bien a mejorar su calidad de vida.

- DETECCIÓN DE ENFERMEDADES

Muchos animales han demostrado contar con la habilidad para la detección de algunas enfermedades como el cáncer, ataques epilépticos. A decir verdad, aun no existe una explicación científica en este tipo de conducta, sin embargo se sugiere que dicho comportamiento se debe a la capacidad que tienen algunos animales para detectar cambios bioquímicos que se presentan en dichas enfermedades.

- LAZARILLOS

Son perros entrenados para ayudar a la movilidad de una persona ciega. Los perros lazarillos se reclutan entre ciertas razas compatibles y se prueban a la edad de 13 semanas. Si se consideran cualificados, el perro es entrenado por particulares durante un año y vuelto a probar. La mayoría de los perros seleccionados para el entrenamiento superan la prueba final. Los perros lazarillos pueden ser también entrenados para servir como “oídos” para los sordos. (Anderson, Keith & Novak, 2003).

- Xenotransplatación.

Se trata del trasplante de órganos y tejidos entre especies diferentes, inclúyase el hombre, mediante la manipulación genética, se trata de una novedosa práctica desarrollada por la ingeniería genética en la cual se albergan esperanzas de salvar vidas, sin embargo, uno de los principales problemas y sobre los que se está trabajando duramente, es la histocompatibilidad.

## 5.1 USO DE ANIMALES EN PSICOTERAPIA

Como se menciona anteriormente existen múltiples beneficios al convivir con mascotas, y muchos de estos beneficios han sido utilizados para el tratamiento de ciertas enfermedades mentales y aunque el trabajo en psicología con animales tiene relativamente poco tiempo, se ha sabido de muchos resultados positivos al introducir a esos seres vivos en los algunos tratamientos psicológicos.

## 5.2 ANTECEDENTES DEL USO DE ANIMALES EN LA SALUD MENTAL

El uso de animales como medio terapéutico se comienza a dar en civilizaciones antiguas entre ellas egipcias y griegas, las cuales, atribuían a los animales la capacidad de curar diversos padecimientos, incluso el mismo Hipócrates consideraba que la actividad con caballos era muy relajante para sus pacientes.

Sin embargo, el primer uso histórico de animales en una institución se da en el año 1792, en un asilo en York, Inglaterra. Este centro incluía animales como parte del entorno habitual y estimulaba a los pacientes a que los cuidaran, así, el asilo en York adoptó medios positivos, en vez de medios punitivos para controlar el comportamiento.

Posteriormente Bethel, una institución alemana que brindaba tratamiento a pacientes epilépticos y posteriormente a otras enfermedades, incorporó animales de granja y un parque natural para animales salvajes además de animales de compañía habituales así como un programa ecuestre de mucho éxito.

Sin embargo es hasta el año de 1953, cuando el psiquiatra Boris M. Levinson sienta las bases de la Terapia Asistida por Animales. Así, se dice que un día estando en su consultorio con su perro junto a él, un paciente del doctor se presentó muy nervioso antes de la cita. Se trataba de una madre con su niño que acusaba gran retraimiento y aquella tarde estaba muy alterado. El perro del doctor

Levinson se acercó al niño y comenzó a jugar con él, siendo así como le surge la idea de incorporar al animal al tratamiento. Después de esto Levinson realizó una serie de trabajos terapéuticos con niños remarcando la importancia del uso de animales. De aquellas experiencias con niños bajo tratamiento psicológico apoyado por animales, Levinson publicó varios trabajos entre ellos “El perro como co-terapeuta” y “Psicoterapia Infantil Asistida por animales”.

Después de Levinson, médicos y psicólogos pusieron los ojos en los beneficios que podía tener el incorporar animales en el tratamiento y rehabilitación de diversas enfermedades.

Se dice que el mismo Sigmund Freud, médico y psiquiatra austriaco, realizaba sus consultas acompañado por su perro porque le facilitaba la comunicación con el paciente.

Un ejemplo más reciente es el de la residencia Robert Chiene para personas ancianas en Montreal en donde cada piso cuenta con una pajarera, los ancianos la visitan diariamente, les hablan, y se ocupan de su cuidado, lo cual marca claramente los beneficios puesto que los ancianos que nunca salían de sus cuartos tienen una razón para hacerlo,

Actualmente existen muchas instituciones alrededor del mundo dedicadas a la salud mental con la ayuda de animales, claro está, sin olvidar aquellas que atienden enfermedades orgánicas y problemas escolares, pues el apoyo de los animales para solucionar problemas, se ha extendido a muchas más áreas

### 5.3 BENEFICIO DE LOS ANIMALES EN LA SALUD.

Como ya se ha dicho, el contacto con animales aporta múltiples beneficios en la salud en general. Diversas investigaciones han arrojado datos sorprendentes sobre este hecho de manera que en este apartado se verán algunos de los beneficios en la salud.

- En pacientes con cardiopatías disminuye la ansiedad y baja la presión, esto debido a que concentrarse en un estímulo externo agradable disminuye la activación simpática.
- Incremento del tiempo de supervivencia en pacientes con patologías cardíacas graves (Friedman y Katcher, Universidad de Pensilvania).
- Mejora en tono muscular, ayuda en la habilidad del manejo de silla de ruedas.
- Sentido de equilibrio.
- Estimulación de la actividad física.

#### 5.4 BENEFICIOS DEL CONTACTO CON ANIMALES EN LA SALUD MENTAL

Entre los beneficios en la salud mental se encuentran los siguientes:

- Disminución del estrés y la ansiedad.
- Brindan protección y seguridad
- Ayudan a la socialización.
- Obligan a asumir responsabilidades.
- Pueden mejorar la integración de la familia.
- Propician la actividad física. Las necesidades y cuidados que tienen los animales son una buena razón para ponerse en actividad, el jugar con ellos, correr con ellos son también razones que ponen en movimiento a sus dueños
- Brindan compañía.
- Facilitan las relaciones sociales.
- Contribuyen al desarrollo emocional saludable de niños.
- Estimulan la exploración del entorno.
- En psicoterapia facilitan la comunicación paciente- médico.
- Despejan la mente.

Boris Levinson, pionero en la utilización de animales de compañía como método de tratamiento, elaboró en 1978 una lista de los beneficios que aporta el papel terapéutico de los animales:

- La importancia del animal de compañía para los humanos es psicológica, no física.
- La relación entre un humano y un animal puede a menudo ser más saludable que una relación entre humanos.
- Un animal puede satisfacer la necesidad humana de lealtad, confianza y respeto.
- Una relación con un animal puede ser menos amenazadora que una relación con un humano.
- Los animales están vivos y por lo tanto, proporcionan mejores oportunidades terapéuticas que los juguetes.
- Los animales están a nuestra disposición las veinticuatro horas del día, si así los necesitamos.

## SOLEDAD TRISTEZA E INUTILIDAD

Como ya se menciona anteriormente, la idea del presente trabajo surge a partir del contacto con pacientes diagnosticados con depresión y bajo tratamiento médico-psicológico. En las sesiones de terapia, muchos de los pacientes expresaban tres sentimientos en común: soledad, tristeza e inutilidad; muchos de ellos hablaban de la satisfacción que experimentaban al ser requeridos por sus familiares para ayudar y realizar algún tipo de actividad ya que sentían que alguien necesitaba de ellos. Así mismo, muchos de ellos presentaban deterioradas redes de apoyo, ya sea por problemas, o simplemente por el hecho de no contar con ellas. Es así como la idea previa del trabajo con animales en psicoterapia, encontró una población sugerida para trabajar.

## SOLEDAD.

Existen diversas definiciones para la soledad en términos psicológicos; como sentimiento, como mecanismo adaptativo, como estado afectivo, como inhabilidad personal, o bien como experiencia displacentera resultante, entre otros (Montero, 1993). De acuerdo a la RAE, se refiere a soledad a la carencia voluntaria o involuntaria de compañía. Por otro lado Peplau y Perlman se refieren a la soledad como:

- Resultado de las deficiencias en las relaciones interpersonales.
- Una experiencia subjetiva que contrasta con la evidencia física del aislamiento social.
- Una experiencia estresante y displacentera.

Este trabajo tiene la visión del animal de compañía, no como un sustituto de las personas alrededor del paciente, sino como una herramienta de la cual se pueda echar mano en el momento en el que sea necesario. Un animal tiene la capacidad para brindar compañía, anteriormente se señalaron algunas cualidades de los animales como el hecho de no juzgar a las personas, así como la aceptación que

tienen por sus dueños sin importarles algo más, cualidades que acrecentan y vuelven más saludable el contacto hacia ellos incrementando los beneficios de su compañía.

Pero no solo se trata de disminuir el sentimiento, sino también de impulsar la interacción social y en este sentido existen evidencias sobre los animales como lubricantes sociales, abriendo y estimulando el contacto con otras personas; un estudio, por ejemplo, mostró que el salir a pasear con un perro aumenta la posibilidad de comenzar una plática con desconocidos, pues quienes lo hacen tienen más contactos sociales, eran más amistosos, conversaban más y daban paseos más largos, que quienes caminaban solos (Estivill, ). Otros estudios donde se han introducido animales, como por ejemplo, residencias, se ha visto que las personas platican más, las conversaciones giran menos en torno a sus problemas y enfermedades y mejoran la relación con el personal de las instituciones, dejando ver como los animales ayudan a la interacción con las personas alrededor del paciente. Estos estudios nos muestran la enorme ayuda que pueden brindar los animales a los pacientes en la interacción con otras personas y reduciendo paralelamente el sentimiento de soledad.

## TRISTEZA.

Uno de los beneficios más conocidos y, sin embargo más olvidado de los animales, es que ponen de buen humor y hacen reír. Los animales permiten que las personas rían de sus gracias, pero también que se rían de ellas mismas y de lo que los rodea (Estivill, 1999)Lo anterior nos lleva a pensar en los beneficios que pueden ofrecer los animales en el estado de ánimo de las personas con depresión pues, es hecho que muchas personas hemos experimentado la alegría y lo gracioso que es el jugar con un animal ya sea cachorro o adulto.

Ahora bien la tristeza es una de las características mas presentes en pacientes con depresión, la cual es tan intensa que merma la vida del paciente por lo que ha dejado de ser adaptativa. Podemos definir *tristeza como es un sentimiento*

*negativo acompañado de deseo de aislamiento y pasividad, que está provocado por una pérdida, desgracia o contrariedad.*

Aunque un animal no puede sustituir la compañía de una persona, si puede ayudar a minimizar los sentimientos de tristeza. Los animales pueden estar permanentemente disponibles, a diferencia de las personas, y aunque no responden verbalmente, expresan de manera convincente su amor y afecto hacia sus dueños. Como se dijo anteriormente los animales tienen la bondad de aceptar a las personas sin importarles nada más, son capaces de percibir el estado de ánimo de las personas, brindando al tiempo confort, el cual se potencia en el momento en que se dificulta obtenerlo de las personas próximas al paciente. Un punto importante es que el hecho de que convivir con un animal ayuda a mantener el foco de atención en un estímulo externo, alejándola así de uno mismo de sus problemas y sus temores.

Otro de los principales problemas que se observó en los pacientes, fue el relacionado con la falta de apoyo y de red social. Se sabe que cuando una persona atraviesa por un evento estresante, el apoyo de los seres queridos es fundamental para poder salir adelante de manera exitosa, es decir, las redes de apoyo se convierten en amortiguadores de este tipo de eventos. Sin embargo en muchas ocasiones no se cuenta con las redes de apoyo adecuadas para satisfacer este tipo de contención. De aquí que se propongan los animales de compañía como una alternativa compensatoria accesible, ya se dijo que no se pueden sustituir las relaciones humanas por las de los animales, sin embargo ante un evento estresante, la compañía de un animal puede ser de gran utilidad, el simple hecho de sentirlo físicamente, acariciarlo o abrazarlo, después de todo, los animales sin duda alguna constituyen una fuente inagotable y disponible de calor, seguridad y amor incondicional.

## INUTILIDAD

De acuerdo a Aaron Katcher el intercambio afectivo con el animal mejora el estado emocional del propietario que se siente acompañado y se mantiene activo porque debe llevarlo de paseo y asumir la responsabilidad de su cuidado (Katcher, 1985) Un hecho es que los animales son seres indefensos que en muchos casos dependen totalmente de sus dueños para satisfacer sus necesidades incluso para sobrevivir lo cual obliga al propietario a asumir obligaciones hacia con el animal, llevando en muchas ocasiones a sentirse necesario incluso pueden ser motivadores para la realización de actividades tales como salir a pasear o simplemente para atender sus necesidades.

Claro está que para algunas personas cuidar de un animal puede no hacerlos sentir tan útiles pero habrá casos en los que el cuidar del animal puede ayudar a contrarrestar este sentimiento, esto dependerá del vinculo que se logre crear con el animal así como el lugar que esté ocupe en la vida de la persona, pues hay que recordar que un animal puede adoptar el papel para una persona sin hijos, un hijo, para una persona sola, un compañero; El hecho de que un ser vivo necesite de las persona para sobrevivir puede dar un sentido de ser importante. Otro punto es que un animal de compañía obliga a mantener actividad física, lo cual puede ser de gran ayuda en pacientes con depresión quienes suelen presentar una baja en su energía y por lo tanto en sus actividades diarias.

### 5.6 ANIMALES DE COMPAÑÍA: MASCOTAS, ANIMALES DE ASISTENCIA Y ANIMALES DE TERAPIA.

Como ya se ha mencionado anteriormente, la relación que hombre- animal han llevado ha evolucionado a lo largo de los años, así como la utilidad que se les ha dado ha sido muy variada hasta llegar a tenerlos sin recibir alguna utilidad más que su sola compañía. Los animales de compañía se dividen en mascotas, animales de asistencia y animales para terapia, esto de acuerdo al tipo de relación que posee con el hombre.

- Mascota. Es un animal de compañía quien tiene una relación con el hombre meramente recreativa o social y como su nombre lo dice, de compañía, para escoger una mascota se basa principalmente en el físico, raza, tamaño, sexo. El vínculo que se tiene con las mascotas es físico que se convierte posteriormente en psicológico.
- Animales de Actividad Asistida. Son animales que se utilizan para asistir a personas en actividades que por alguna razón, física o mental no pueden realizar, actividades como guiar por la calle a alguien, abrir las puertas, acercar objetos, es decir pueden ser los ojos de quien no ve, las manos de quien las necesita, pero no buscan la rehabilitación ni la restauración de la salud de la persona. Los animales de A.A. se escogen por sus habilidades más que por su aspecto físico y el vínculo que se tiene con el animal es primordialmente psicológico.
- Animales de Terapia Asistida.  
Son los animales entrenados y utilizados para la rehabilitación, tratamiento y cura de personas con algún tipo de enfermedad. A diferencia de los animales de asistencia, los animales de terapia están encaminados a la recuperación de la salud de las personas. Por ejemplo, un animal de asistencia va ayudar a una persona a agarrar objetos mientras que el animal de terapia va a ayudar a recuperar el movimiento. Estos animales son seleccionados por sus habilidades pero también por su personalidad, carisma y paciencia. El vínculo de esta relación se fundamenta en el impacto que se da en la salud y el bienestar del hombre (Palomino & Gaitán, 2004).

## EL VÍNCULO AFECTIVO EN LA RELACION HOMBRE ANIMAL EN TERAPIA.

Se trata sin duda alguna de un elemento básico en la terapia asistida por animales. Aun cuando no se trata de una relación meramente terapéutica toda persona que posee una animal como mascota desarrolla un vínculo y cariño hacia el animal como éste hacia su dueño: hay una preocupación cuando se encuentran

enfermos, se les procura e incluso es lastimoso cuando hay una separación como cuando mueren. Sin embargo cuando se trata de una terapia asistida por animales este vínculo afectivo cobra una mayor importancia. Primeramente veamos la definición de vínculo; de acuerdo a la RAE, se entiende por *vínculo afectivo a la unión o atadura de una persona o cosa con otra*. Palomino & Gaitan , 2004, establecen que para que se trate de un animal de compañía debe existir necesariamente el vínculo y se refieren a este vínculo hombre-animal como, *la expresión de una serie de estímulos de doble guía que se genera entre estos dos seres vivos, el cual puede ser positivo o negativo*. En el caso de de una terapia asistida por animales, este vínculo debe ser positivo, puesto que existe un beneficio el cual se fundamenta en el impacto que se da en la salud y bienestar del hombre.

Por lo tanto, para establecer una terapia que será asistida con animales es necesaria la construcción del vínculo que pueda llevar a establecer un lazo psicológico con el animal, de lo contrario el paciente solo estará vinculado con el animal física, sensorial y visualmente.

Un punto importante es que muchos pacientes diagnosticados con depresión suelen tener problemas para crear vínculos afectivos con otras personas lo que también puede llevarles a tener problemas para establecer relaciones. Un animal puede ayudar a establecer un vínculo sin embargo de ninguna y en ningún caso puede esto ser sustituido por el vínculo hacia una persona, salvo en algunas casos en los que son de gran ayuda en personas quienes por alguna causa no poseen alguna persona con quien lo puedan establecer y entonces lo animales se vuelven ese ser quien los acompaña, un ejemplo claro está en las personas de la tercera edad abandonados por sus familiares, en los que se ha comprobado que el tener un animal de compañía mejora notablemente tanto su salud física como emocional.

## 5.6 ELECCION DEL ANIMAL

Para el éxito de una terapia asistida por animales, un aspecto muy importante es la elección del animal, pues de esta va depender gran parte de los resultados del tratamiento. Para la correcta selección del animal se deben considerar tres aspectos principalmente:

- Animal.
- Paciente.
- Padecimiento.

Comenzando por el animal, existen varios aspectos a considerar a la hora de hacerse de él, pues así como existe una gran variedad de animales, también hay un gran variedad de razas. Así, para saber que animal es el apropiado para el trabajo en terapia debe de tomarse en cuenta primeramente qué es lo que se espera del animal y para qué se le requiere, las necesidades del paciente así como las posibilidades que tiene éste para la atención y cuidado del animal, esto último es importante dado que se trata de un ser vivo que al igual que cualquier otro, y no solo por retribución a su ayuda, necesita de cuidados, atención, amor y respeto.

- Sexo. Se debe tomar en cuenta las diferencias entre ambos sexos. En cuanto a las hembras tienen las ventajas de ser más afectivas, apegadas, gentiles, dóciles y con un gran instinto maternal, lo que las hace una excelente compañía. En cuanto a los machos tienen la ventaja de contar con más fuerza así como de energía lo cual los vuelve ideales para los niños, sin embargo una desventaja es que por su condición de machos necesitan marcar territorios volviéndolos menos limpios que las hembras, esto sobre todo en el caso de los perros.
- Tamaño. El tamaño del animal está relacionado con el espacio donde el animal vivirá y trabajará. En la actualidad es muy común encontrar en los hogares animales como mascotas como hurones, hámsters, cuyos, conejos entre otros que por su tamaño pueden vivir en espacios muy reducidos.

- Edad. Cuando se adquiere una mascota generalmente se hace cuando está es pequeña, el animal entonces tendrá una más rápida aceptación a su nuevo hogar,
- Carácter y agresividad. Al nacer, los animales que van a trabajar en terapia son seleccionados de los otros en función de su carácter, reactividad, empatía. Después de esto, son entrenados. Sin embargo aunque los animales que trabajan con pacientes suelen estar acostumbrados a tolerar ciertos tratos, lo cierto es que no dejan de ser animales, animales que en cualquier momento pueden dar muestra de su instinto por lo que se debe tener cuidado.

Como ya se menciona, todo esto siempre va a estar en función de las necesidades del paciente así como del padecimiento. Los cuidados y necesidades del animal también deben ser considerados seriamente puesto que el animal dependerá del paciente, de lo contrario el desenlace sería realmente indeseable.

En cuanto a al paciente, se deben considerar sus necesidades, enfermedad, edad, sexo además de otras enfermedades que pudieran existir. Por ejemplo si un paciente padeciera algún tipo de alergia se tendría que ser muy cauteloso en encontrar un animal que no le causará algún problema de alergia. Otro caso sería cuando se trata de niños, puesto que ellos se encuentran en una etapa de desarrollo y aprendizaje y es muy común el trato un tanto tosco con los animales, se tendría que buscar un animal con muy baja agresividad y alta tolerancia.

Finalmente el padecimiento. De igual importancia es considerar el padecimiento pues no todos los animales podrían utilizarse para ciertas enfermedades.

Como se puede ver, la elección del animal es clave en el tratamiento asistido, una mala elección llevada por impulsos y sin considerar lo que realmente se quiere puede llevar a una situación además de frustrante, desastrosa tanto para el paciente como para el animal. En resumen una correcta elección contempla aspectos tanto del animal como del paciente para junto con el terapeuta poder formar lo que es un equipo de trabajo, pues finalmente se trata de un equipo que

como tal debe funcionar de manera correcta pues de ello dependerá el éxito o fracaso de la terapia.

## 5.8 INSTITUCIONES QUE OFRECEN APOYO TERAPEUTICO POR MEDIO DE ANIMALES EN MÉXICO.

### FUNDACION PURINA.

Fundación purina cuenta con un programa de terapia asistida con animales de compañía.

Para Fundación PURINA promover una mejor calidad de vida entre personas con alguna discapacidad mediante actividades y terapia asistida con animales de compañía, es una labor esencial. ¿Cómo lo hacen? Apoyando programas e instituciones de asistencia con animales de compañía como CASI “Conexión Animal de Servicio Institucional, A.C.” y “Grupo de Entrenamiento Canino Echegaray, A.C.”, con la finalidad de beneficiar la salud de personas con discapacidades, brindándoles alegría y ánimo en momentos difíciles o adversos.

Objetivos del programa:

- Proporcionar ayuda y calidad de vida mediante terapia asistida a niños, adolescentes, adultos y ancianos con discapacidad.
- Especializar el trabajo y entrenamiento adecuado a perros de terapia y de asistencia, mediante visitas regulares a instituciones con personas discapacitadas.
- Sensibilizar al público, a los propietarios de perros y a los entrenadores de animales de compañía para crear una cultura de ayuda y respeto hacia los enfermos que requieren

animales de terapia.

- Formar, capacitar y adiestrar a los equipos humano- animal que participarán en las visitas y terapia a los enfermos.
- Realizar estudios e investigaciones para elaborar planes y programas relacionados con las tareas y objetivos.
- Proveer asesoría y consulta oportuna al sector público y privado fomentando el intercambio de información con otras asociaciones o escuelas de terapia asistida con perros dentro y fuera de la Republica Mexicana.
- Promover la organización de cursos, seminarios, conferencias y congresos, así como la publicación de todo tipo de materiales referentes a los perros de terapia y asistencia.
- Solicitar y gestionar becas de estudio en instituciones educativas.
- Emitir con la aprobación y colaboración de la Federación Canofila Mexicana A.C. títulos, certificados y constancias o diplomas a perros de terapia y asistencia.

#### CASI CONEXIÓN ANIMAL DE SERVICIO INSTITUCIONAL MÉXICO.

Se trata de una de las asociaciones de mayor importancia en México, es una asociación dedicada al trabajo terapéutico con animales, específicamente con perros. En su página web encontramos que tiene como misión brindar una mejor calidad de vida a las personas contribuyendo a la salud mental, física y emocional por medio de perros de terapia, esta asociación brinda sus servicios en diferentes instituciones privadas, donde los animales son llevados con los pacientes.

Algunos de los lugares que visitan para ofrecer sus servicios incluyen:

- Hospitales y clínicas.
- Residencias para personas de la tercera edad.

- Centros de rehabilitación.
- Casas propias de sus necesidades.

## LIMITACIONES

El trabajo terapéutico asistido con animales se enfrenta a diversos obstáculos. Dada la naturaleza de la intervención de animales, y la poca información que se tiene sobre los trabajos realizados las limitaciones se acentúan más. A continuación se mencionan algunas de las limitaciones de la terapia asistida por animales.

- Falta de expectativas. Quizá por la poca información que hay sobre el trabajo de los animales en terapia, quizá también por lo reciente que tiene este tipo de terapia o quizá simplemente por la poca fe en la intervención de animales en psicoterapia, lo cierto es que la falta de expectativas en el resultado de la terapia es uno de los más grandes problemas a los que se pudiera enfrentar la psicoterapia asistida por animales.
- Sanidad. La introducción de animales en instituciones de salud debe ser controlada debidamente, esto, dado los riesgos de infecciones que se corren en estas instituciones; no hay que olvidar que el animal más limpio y cuidado puede ser un foco de enfermedades, esto limita el trabajo con mascotas en hospitales.
- Alergias. Algunos pacientes suelen ser alérgicos al pelaje de algún animal, así, es de suma importancia para la elección del animal, interrogar al paciente si es alérgico para así decidir si es apto o no para este tipo de terapia, si es así determinar qué tipo de animal es el indicado para el paciente.
- Agrado por los animales. A muchos pacientes pueden no agradales los animales, esto depende en gran parte de la experiencia que lo largo de la vida se haya tenido con ellos, esto entonces puede dificultar el trabajo asistido con animales y más aun si se tienen pocas expectativas sobre la ayuda de los animales a la salud mental.
- Obtención de un animal. El adquirir un animal como mascota conlleva una serie de responsabilidades y cuidados que en muchos casos las personas no pueden satisfacer, las razones pueden ser muchas, sin embargo si no se

toman en cuenta pueden llevar a un resultado negativo en el cual se podría poner en peligro la integridad y salud del animal.

- Aceptación y ayuda por parte de la familia del paciente. Existen los casos en los que algún familiar del paciente se rehusó al hecho de tener un animal en casa lo cual dificulta la aceptación hacia este, el problema toma mayor importancia al tratarse de un paciente con algún tipo de discapacidad puesto que es necesaria la ayuda de los familiares quienes en ocasiones no pueden brindar tanto al paciente como al animal.

## CONCLUSIONES

El objetivo fue conocer, a través de los trabajos previamente realizados sobre el uso de animales en psicoterapia, los beneficios que los animales brindan a la salud tanto física como mental para poder proponer su uso en pacientes diagnosticados con depresión, trabajando en los síntomas de tristeza, inutilidad y soledad característicos de estos pacientes.

Así se concluye:

Un animal de compañía aporta grandes beneficios para el estado emocional de las personas, pudiendo ayudar a reducir los síntomas de tristeza, inutilidad y soledad en determinados pacientes, con determinados animales, de manera que se pueden proponer como una herramienta, un plus, dentro de una terapia, sin embargo es de gran importancia tener presente los siguiente:

Un animal no es un sustituto de las relaciones humanas, sino por el contrario, un facilitador para el desempeño social y personal.

El tener una mascota no es suficiente, es necesario que el paciente sienta algún tipo de sentimiento positivo hacia la mascota, lo cual está determinado por diferentes factores, entre ellos la experiencia previa con los animales.

Por lo tanto el vínculo y apego hacia el animal de compañía es fundamental para obtener resultados en una terapia asistida por animales.

La conducta del animal es un factor determinante en el vínculo que se tenga con la mascota.

Las expectativas que se tengan hacia la utilización de animales dentro de un trabajo terapéutico juegan un papel importante en la terapia.

La correcta elección del animal es una clave importante para lograr los resultados esperados dentro de una terapia asistida por animales.

## **Inventario de depresión de Beck.**

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor lea con atención cada una. A continuación señale, cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana incluyendo el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo hay más de una afirmación que considere aplicable en su caso, márkela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones de cada grupo antes de efectuar la elección.

**1.-** No me siento triste.

Me siento triste.

Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.

Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo.

**2.-** No estoy particularmente desanimado con respecto al futuro.

Me siento desanimado con respecto al futuro.

Siento que no puedo esperar nada del futuro.

Siento que el futuro es irremediable y las cosas no pueden mejorar.

**3.-** No me siento fracasado.

Siento que he fracasado más que una persona normal.

Cuando miro hacia el pasado lo único que puedo ver en mi vida es un montón de fracasos.

Siento que como persona soy un fracaso completo.

**4.-** Sigo obteniendo tanto placer de las cosas como antes.

No disfruto de las cosas como solía hacerlo.

Ya nada me satisface realmente.

Todo me aburre o me desagrada.

**5.-** No siento ninguna culpa particular.

Me siento culpable buena parte del tiempo.

Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.

Me siento culpable todo el tiempo.

**6.-** No siento que esté siendo castigado.

Siento que puedo estar siendo castigado.

Espero ser castigado.

Siento que estoy siendo castigado.

**7.-** No me siento decepcionado de mi mismo.

Estoy decepcionado conmigo mismo.

Estoy harto de mi mismo.

Me odio a mí mismo.

**8.-** No me siento peor que otros.

Me critico por mis debilidades o errores.

Me culpo todo el tiempo por mis faltas.

Me culpo por todas las cosas malas que suceden.

**9.-** No tengo ninguna idea de matarme.

Tengo ideas de matarme pero no las llevo a cabo.

Me gustaría matarme.

Me mataría si tuviera la oportunidad.

**10.-** No lloro más de lo habitual.

Lloro más que antes.

Ahora lloro todo el tiempo.

Antes era capaz de llorar, ahora no puedo llorar aunque tenga ganas.

**11.-** No me irrito más ahora que antes.

Me enojo o irrito más fácilmente ahora que antes.

Me siento irritado todo el tiempo.

No me irrito para nada con las cosas que solían irritarme

12.- No he perdido interés en otras personas.

Estoy menos interesado en otras personas de lo que solía estar.

He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.

He perdido todo interés en los demás.

13.- Tomo decisiones como siempre.

Dejo de tomar decisiones más frecuentemente que antes.

Tengo mayor dificultad que antes en tomar decisiones.

Ya no puedo tomar ninguna decisión.

14.- No creo que me vea peor que antes.

Me preocupa que este pareciendo avejentado o in atractivo.

Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen parecer  
In atractivo.

Creo que me veo horrible.

15.- Puedo trabajar tan bien como antes.

Me cuesta un mayor esfuerzo empezar a hacer algo.

Tengo que hacer un gran esfuerzo para hacer cualquier cosa,

No puedo hacer ningún tipo de trabajo.

16.- Puedo dormir tan bien como antes.

No duermo tan bien como antes.

Me despierto 1 o 2 horas más temprano de lo habitual y me cuesta volver a dormir

Me despierto varias horas más temprano de lo habitual y no puedo volver a dormir.  
irme.

17.- No me canso más de lo habitual

Me canso más fácilmente de lo que solía cansarme.

Me canso al hacer cualquier cosa.

Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa

18.- Mi apetito no ha variado.

    Mi apetito no es tan bueno como antes.

    Mi apetito es mucho peor que antes.

    Ya no tengo nada de apetito.

19.- Últimamente no he perdido mucho peso, si es que he perdido algo.

    He perdido más de 2 kilos.

    He perdido más de 4 kilos.

    He perdido más de 6 kilos.

20.- No estoy más preocupado por mi salud de lo habitual.

    Estoy preocupado por problemas físicos tales como malestares y dolores de estomago o constipación.

    Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en otra cosa.

    Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no que no puedo pensar en nada más.

21.- No he notado cambio reciente en mi interés por el sexo.

    Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estar.

    Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.

    He perdido por completo mi interés por el sexo.

Escala de Hamilton para la Depresión.

ITEMS	CRITERIOS OPERATIVOS DE VALORACIÓN
<p>1. Humor deprimido (Tristeza, desamparo, intensidad)</p>	<p>0. Ausente</p> <p>1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado.</p> <p>2. Sensaciones comunicadas no verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz, la tendencia al llanto.</p>
<p>2. Sensación de culpabilidad.</p>	<p>0. Ausente</p> <p>1. Se culpa a asimismo, cree haber decepcionado a la gente.</p> <p>2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones.</p>
<p>3. Suicidio</p>	<p>0. Ausente.</p> <p>1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida.</p> <p>2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse.</p> <p>3. Ideas de suicidio o amenazas.</p> <p>4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se califica 4)</p>
<p>5. Insomnio precoz</p>	<p>0. Ausente.</p> <p>1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo más de media hora</p> <p>2. Dificultades para dormirse cada noche.</p>
<p>6. Insomnio medio</p>	<p>0. Ausente.</p> <p>1. El paciente se queja de estar</p>

	<p>inquieto durante la noche.</p> <p>2. Está despierto durante la noche: cualquier ocasión de dejar a cama se califica 2 (excepto si está justificada: orinar, tomar, medicación etc.)</p>
7. Insomnio tardío	<p>0. Ausente.</p> <p>1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse.</p> <p>2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama.</p>
8. Trabajo y actividades.	<p>0. Ausente</p> <p>1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga y debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones.</p> <p>2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo, manifestado directamente por el paciente o indirectamente por su desatención, indecisión o vacilación.</p> <p>3. Disminución en el tiempo dedicado a las actividades o descenso en la productividad.</p> <p>4. Dejo de trabajar.</p>
9. Inhibición	<p>0. Palabra y pensamiento normales.</p> <p>1. Ligero retraso en el dialogo.</p> <p>2. Evidente retraso en el dialogo.</p> <p>3. Dialogo difícil.</p> <p>4. Torpeza absoluta.</p>

10. Agitación	<ul style="list-style-type: none"> <li>0. Ninguna</li> <li>1. Juega con sus manos, cabellos etc.</li> <li>2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira los cabellos, etc.</li> </ul>
11. Ansiedad psíquica	<ul style="list-style-type: none"> <li>0. No hay dificultad.</li> <li>1. Tensión subjetiva e irritable.</li> <li>2. Preocupación por pequeñas cosas.</li> <li>3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla.</li> <li>4. Terrores expresados sin preguntarle.</li> </ul>
12. Ansiedad somática.	<ul style="list-style-type: none"> <li>0. Ausente.</li> <li>1. Ligera.</li> <li>2. Moderada.</li> <li>3. Grave.</li> <li>4. Incapacitante.</li> </ul>
13. Síntomas somáticos gastrointestinales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>0. Ninguno</li> <li>1. Pérdida del apetito, pero come sin ser estimulado.</li> <li>2. Sensación de pesadez en el abdomen.</li> <li>3. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales.</li> </ul>
14. Síntomas somáticos generales	<ul style="list-style-type: none"> <li>0. Ninguno.</li> <li>1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias. Pérdida de energía y fatiga.</li> <li>2. Cualquier síntoma bien definido se</li> </ul>

	califica con 2.
15. Síntomas genitales.	<p>0. Ausente.</p> <p>1. Débil.</p> <p>2. Grave</p> <p>3. Incapacitante.</p> <p>Síntomas como: Pérdida de la libido Trastornos menstruales.</p>
16. Hipocondría	<p>0. No la hay.</p> <p>1. Preocupado de sí mismo (corporalmente).</p> <p>2. Preocupado por su salud.</p> <p>3. Se lamenta constantemente, solicita ayudas, etc.</p>
17. Pérdida de peso. Completar A o B	<p>A Según manifestaciones del paciente (primera evaluación).</p> <p>0. No hay pérdida de peso.</p> <p>1. Probable pérdida de peso asociada con la actual depresión.</p> <p>2. Pérdida de peso definida (por el paciente).</p> <p>B Según el pesaje hecho por el profesional</p> <p>0. Pérdida de peso inferior a 500g. en una semana</p> <p>1. Pérdida de peso de más de 500g. en una semana.</p> <p>2. Pérdida de peso de más de 1kg. en una semana.</p>
18. Insight.	<p>0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo.</p> <p>1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala a exceso de trabajo etc.</p> <p>2. Niega que esté enfermo.</p>

## ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA DEPRESIÓN DE ZUNG

A continuación se presentan 20 enunciados. Lea cada uno de ellos y decida con qué frecuencia el enunciado describe la forma en la que usted se ha sentido en los últimos días.

<b>Por favor marque la columna adecuada.</b>	<b>Poco tiempo.</b>	<b>Algo de tiempo.</b>	<b>Una buena parte del tiempo.</b>	<b>La mayor parte de tiempo.</b>
1. Me siento decaído y triste				
2. Por la mañana es cuando me siento mejor.				
3. Siento ganas de llorar o irrumpo en llanto.				
4. Tengo problemas para dormir por la noche.				
5. Como la misma cantidad de comida de siempre.				
6. Todavía disfruto el sexo.				
7. He notado que estoy perdiendo peso.				
8. Tengo problemas de estreñimiento.				
9. Mi corazón late más rápido de lo normal.				
10. Me canso sin razón alguna.				
11. Mi mente esta tan clara como siempre.				
12. Me es fácil hacer lo que siempre hacía.				
13. Me siento agitado y no puedo estar quieto.				

14. Siento esperanza en el futuro.				
15. Estoy más irritable de lo normal.				
16. Me es fácil tomar decisiones.				
17. Siento que soy útil y me necesitan.				
18. Mi vida es bastante plena.				
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.				
20. Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes.				

## ESCALA DE ROJAS PARA VALORAR RIESGO SUICIDIO

Nombre de paciente:	Fecha:
---------------------	--------

1. Estado de ánimo deprimido:
  0. No me encuentro deprimido
  1. Me siento ligeramente deprimido (a), bajo de ánimo. No tengo ganas de nada.
  2. Tengo bastante pena.
  3. Estoy profundamente triste y abatido.
  4. Tengo tal tristeza que ya no puedo más.
2. Importancia para la vida:
  0. Me siento capaz de realizar mi vida.
  1. Me encuentro con poca fuerza para vivir.
  2. Me veo con pocas posibilidades de salir adelante. Estoy cansado de la vida.
  3. Soy impotente para llevar mi vida hacia adelante. No tengo ganas de vivir.
  4. No puedo seguir así. No tengo fuerzas para nada. ES imposible la vida.
3. Diselpidia:
  0. No me siento desesperado.
  1. Estoy algo desalentado o decepcionado.
  2. Estoy desmoralizado. Veo muy mal el futuro.
  3. Tengo una gran desesperación. Es muy difícil salir de donde estoy.
  4. Tengo una profunda desesperanza. Ya no puedo esperar nada mío ni de nadie.
4. Inhibición de agresiones:
  0. Cuando es necesario, manifiesto claramente mis reacciones agresivas y mi descontento por algo.
  1. A veces contengo mis reacciones agresivas.
  2. Suelo contener con frecuencia mis reacciones agresivas.
  3. La mayoría de las veces me abstengo de protestar cuando me hacen algo desagradable.
  4. Siempre inhibo (contengo) mi agresividad y me retraigo de protestar, sea lo que sea y ante quien sea.

- 5 Aborrecimiento de sí mismo:
0. No me aborrezco.
  1. A veces estoy descontento conmigo mismo.
  2. Con bastante frecuencia reniego de mí mismo.
  3. La mayoría de las veces me odio y desprecio.
  4. Me detesto como persona
- 6 Llanto:
0. No lloro casi nunca.
  1. A veces lloro.
  2. Ahora lloro más de lo normal.
  - 3 Me paso el día llorando.
  - 4 Quisiera llorar y desahogarme y ya ni eso puedo.
- 7 Sentimiento de culpa.
0. No me siento culpable.
  1. A veces me siento culpable.
  2. Muchas veces veo que tengo la culpa de todo.
  3. Siempre pienso que es mi culpa, por mis errores.
  4. Soy absolutamente culpable de todo, no tengo perdón.
8. Sentimiento de fracaso.
0. No me siento fracasado.
  1. A veces me siento fracasado.
  2. Muchas veces me veo como una persona malograda y desengañada.
  3. La mayoría de las veces tengo delante el infortunio y el fracaso de mi vida
  4. He fracasado en la vida y me encuentro absolutamente frustrado. No valgo Nada.
9. Plano cognitivo.
- 0 Percibo todo igual que antes. Mis observaciones, pensamientos, ideas y juicios son como han sido siempre. Me veo a mi mismo, a mi futuro y a lo que me rodea igual que siempre.
  - 1 Últimamente lo que veo, mis recuerdos, mis pensamientos, mis juicios, son

Menos positivos. Me veo peor, al igual que mi futuro y a todo lo que me rodea.

- 2 Noto que tengo menos capacidad para concentrarme, menos memoria, mi Mis pensamientos son negativos y mis juicios, pesimistas. Todo lo persivo como problemático y difícil de superar.
- 3 Tengo grandes dificultades para concentrarme. Leo y no capto el contenido. Estoy muy abstraído. Me falla mucho la memoria. Mis pensamientos son tristes. Tiendo a fijarme sólo en detalles negativos, a agrandar los problemas y a pensar en términos extremistas.
- 4 Todo lo que veo, recuerdo o enjuicio es tremendamente triste. No puedo concentrarme en nada. Veo la vida negra, llena de obstáculos y sin sentido. Me siento vacío de todo y sin apoyo. Estoy en una situación límite.

#### 10. Aislamiento.

- 0 Me comunico y me relaciono igual que siempre.
  - 1 Me cuesta más establecer relaciones, comunicarme, salir, distraerme.
  - 2 Me cuesta bastante establecer relaciones.
  - 3 Es muy difícil para mí tener relaciones sociales y paso el día solo y sin hablar con nadie.
  - 4 Estoy solo, no puedo hablar con nadie, me es imposible comunicarme y relacionarme. Mi soledad e incomunicación son totales.

#### 11. Asertividad.

0. Tengo la misma habilidad social que siempre he tenido. Capto normalmente el compromiso de los demás y los que significa; sé responder a os estímulos exteriores del mismo modo que siempre.
  1. Últimamente doy más explicaciones que antes sobre mi comportamiento. Tengo algo menos de habilidad que antes para las relaciones sociales.
  2. Tengo bastante menos habilidad social que antes. Me cuesta expresar opiniones contrarias a las que escucho. Me quedo un poco parado ante la

gente. Me cuesta trabajo decir que no. He perdido bastante el contacto con los demás.

3. Mis habilidades sociales han quedado reducidas al mínimo. Ante la gente me quedo sin saber qué hacer ni que decir. Me es imposible decir que no. La relación con los demás se me hace imposible.
4. Mis habilidades sociales son nulas. Jamás digo que no. Cuando estoy con gente no sé en absoluto que hacer ni que decir. No tengo ningún interés en entenderme con los demás. Si tuviera que ponerme una nota en participación social, no tendría mas remedio que ponerme un cero.

12. Deseos de muerte:

0. No deseo morirme.
1. A veces deseo morirme.
2. Muchas veces pienso que sería mejor morirme.
3. Estoy deseando morirme. Yo así no puedo vivir.
4. Ya no puedo más. Esto es insoportable, mi única ansia ( deseo, aspiración) es morirme cuanto antes.

13. Impulso suicida:

0. No tengo inclinaciones de hacer nada contra mí mismo.
1. A veces tengo ganas de hacerme daño.
2. Con bastante frecuencia tengo inclinaciones suicidas.
3. Siento fuertes y casi constantes arrebatos suicidas.
4. Lo mejor para mi sería suicidarme, si tuviera fuerzas para ello.

14. concreción de la inclinación suicida:

0. No he tenido ideas de suicidio.
1. A veces he tenido ideas de suicidarme, pero sin pensar en hacerlo de Verdad.
2. Bastantes veces he pensado en quitarme la vida e incluso como hacerlo.

3. Tengo permanentemente ideas de suicidio, he pensado mucho en cómo Hacerlo.
15. Pérdida del apetito:
0. Tengo el mismo apetito de siempre.
  1. Últimamente he notado que tengo menos ganas de comer.
  2. Tengo bastante menos apetito que antes.
  3. Tengo cada día menos apetito.
  4. He perdido totalmente las ganas de comer.
16. Pérdida de peso:
0. Peso igual que antes.
  1. Creo que he perdido uno o dos kilogramos.
  2. He perdido tres o cuatro kilogramos.
  3. He perdido de unos cinco a siete kilogramos.
  4. He perdido últimamente más de siete kilogramos.
17. Imposibilidad para trabajar:
0. Puedo trabajar igual que antes.
  1. A veces no puedo trabajar, se me han quitado las ganas.
  2. Muchas veces me siento sin fuerzas para realizar mi trabajo habitual.
  3. Estoy sin ninguna facultad para trabajar.
  4. Soy incapaz de llevar a cabo ningún tipo de trabajo.
18. Libido:
0. Siento que el sexo me atrae ahora igual que antes.
  1. A veces me siento menos atraído hacia el sexo.
    2. Veo que cada vez todo lo referente al sexo me interesa menos. Lo hago por Cumplir con mi pareja, pero cada día con menos ganas.
    - 3 La vida sexual no me dice nada, me es casi indiferente.
  - 4 He perdido todo el interés por las cuestiones relacionadas con la sexualidad

19 Sueños de muerte y aniquilación:

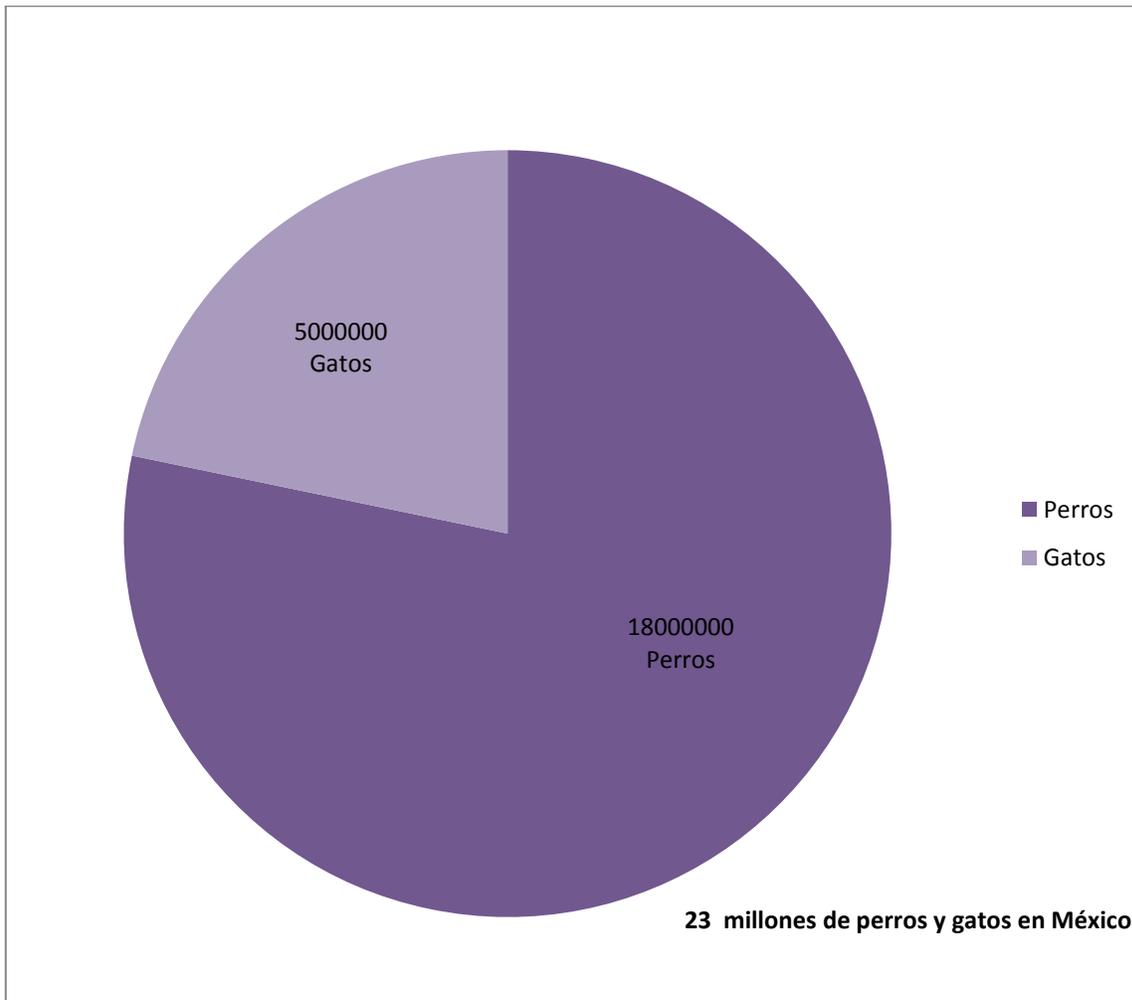
0. No he soñado últimamente con cosas de muertos, ni de nada por el estilo.
1. Últimamente, en alguna ocasión, he tenido sueños de muertos.
2. He tenido sueños en los que la gente que yo conocía moría. Eran angustiosos.
3. Sueño con mucha frecuencia que personas que conozco y que viven se mueren. Son sueños tristes. Otras veces sueño que me destruyo y que acabo conmigo.
4. Ahora siempre sueño con escenas en las que alguien a quien yo quiero o conozco se muere. Sueño frecuentemente que me mato, que me quito de en medio.

20.- Insomnio:

0. Duermo igual que siempre.
1. A veces, de tarde en tarde, duermo mal de noche.
2. Con bastante frecuencia duermo mal por la noche.
3. Casi siempre duermo mal de noche.
4. Tengo un insomnio casi total. Duermo sólo tres o cuatro horas.

Observación. La escala debe ser aplicada por el profesional. Cada factor debe ser valorado de 0 a 4 puntos. A partir de 0 puntos es necesario seguir un tratamiento médico. Una puntuación cercana a 50 indica un riesgo elevado autodestructivo.

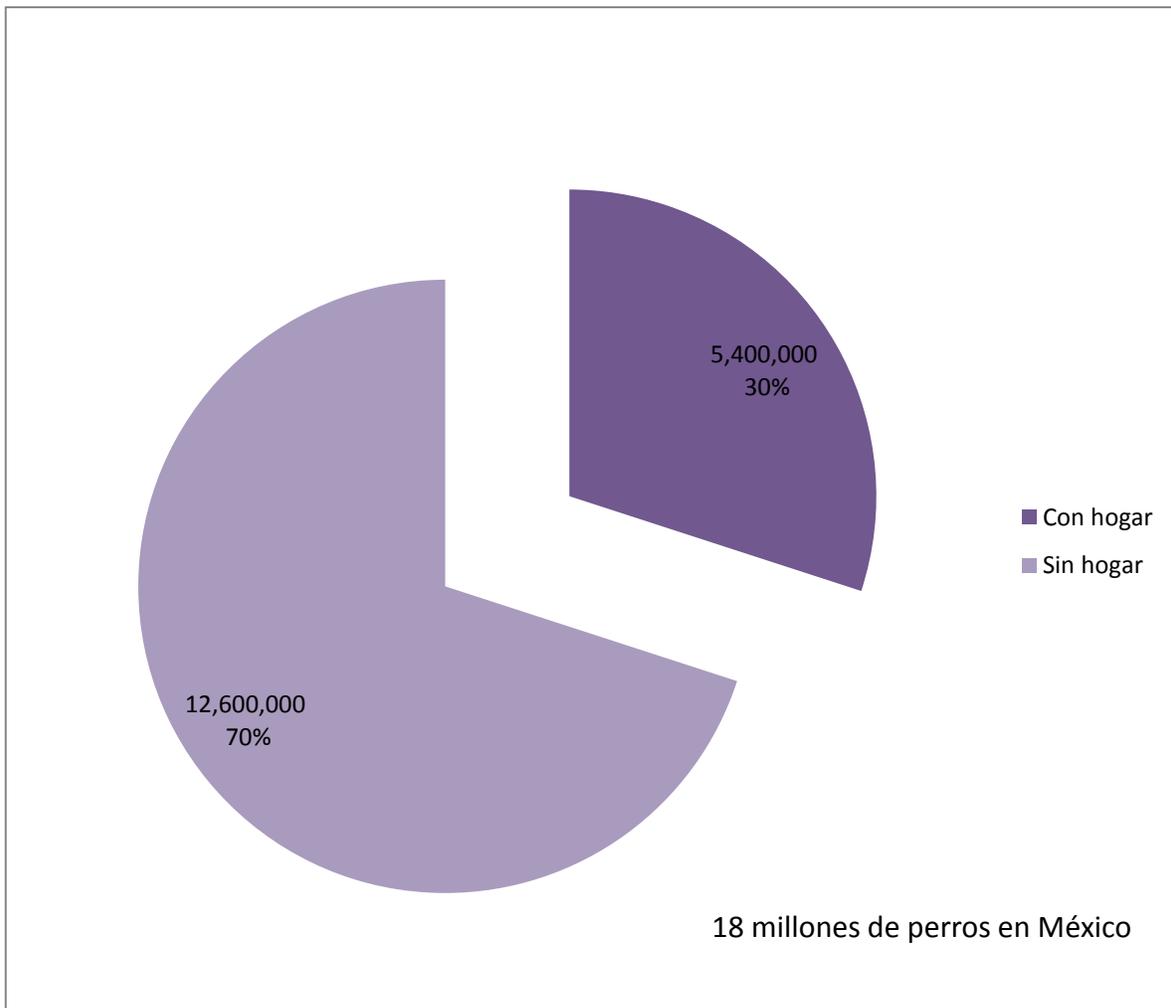
Gráfica No. 1



*Número de perros y gatos que hay en México.*

*Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) Enero 2011.*

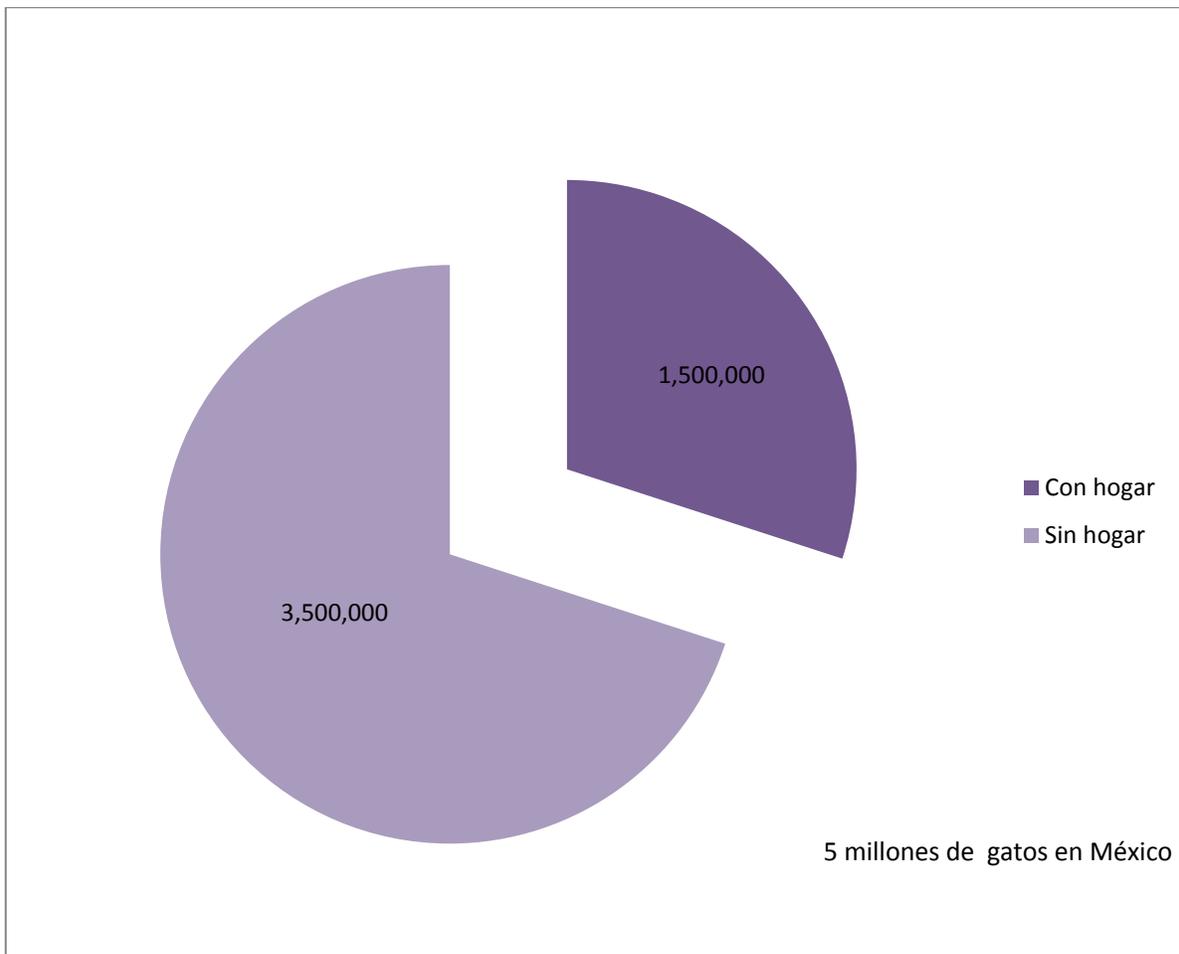
Gráfica No. 2



*Número aproximado de perros con y sin hogar en México.*

*Fuente: INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA Y GEOGRAFÍA (INEGI). Enero 2011.*

Gráfica No. 3



*Número aproximado de gatos en México.*

*Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Enero 2011.*

## BIBLIOGRAFÍA

- Calderón, G. (1990) *Depresión*. México. Editorial Trillas.
- Jacksón, S. (1989). *Historia de la melancolía y la depresión: desde los tiempos hipocráticos a la época moderna*. Madrid. Turner.
- Rojtenberg, S. (2006) *Depresiones: bases clínicas, dinámicas, neurocientíficas y terapéuticas*. (1° Edición). Buenos Aires. Editorial Polemos.
- Moreno. A., Ch. (2008) *La depresión y sus máscaras, aspectos terapéuticos*. 2008. España. Editorial Médica Panamericana
- Ortiz, M. (1997) *Trastornos psicológicos (1° Edición)*. Ediciones Aljibe.
- Solloa, G. L. (2001) *Los trastornos psicológicos en el niño, etiología, características, diagnóstico y tratamiento*. (1° Edición) México. Trillas.&
- Mesa, P. J. & Rodríguez, J. (2007) *Manual de psicopatología general* . (1° Edición). Madrid. Ediciones pirámide.
- Retamal, P. *Depresión*. 1999, Santiago de Chile. Editorial Universitaria. Segunda edición.
- CIE 10. (1994) *Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid. Meditor.
- Beloch. A. *Manual de psicopatología*. 1995 España. Mc Graw Hill. Primera edición.
- Clasificación Internacional de las Enfermedades CIE-10
- Clasificación Internacional de las Enfermedades. Capitulo V Pautas Diagnosticas y de actuación ante los trastornos mentales en Atención Primaria. 1994
- Stahl, S. (2002). *Psicofarmacología esencial de la depresión y trastorno bipolar*. Barcelona. Ariel.
- Davison, G. (2002) *Psicología de la conducta anormal*. (2° Edición). México. Limusa Wiley.
- Gabbard, D. (2002). *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica*. (3° Edición). Argentina. Editorial Médica Panamericana.
- Rosenzweig, M. (2005). *Psicobiología. Una introducción a la neurociencia conductual, cognitiva y clínica*. (2° Edición). España. Ariel.

- Seligman, M. (1981). *Indefensión: en la depresión, el desarrollo y la muerte*. Madrid. Débate.
- Buthcher M. & Hooley M. J. (2007) *Psicología Clínica*. (12° Edición) Madrid Pearson.
- Carlson N.(2006) *Fisiología de la conducta*. (8° Edición) España. Editorial Pearson.
- Nathan, E. & Gorman, J., M., (2002). *Tratamiento de los trastornos mentales: una guía de tratamientos que funcionan*. Madrid. Alianza.
- Oldham, J. Skodo, E., & Bender, S., Donna. *Tratado de los trastornos de la personalidad*. (2007) España. (1° Edición). Elsevier Masson.
- Sánchez , P., (2008) *Psicología Clínica*. (1° Edición) México. Manual Moderno
- Barlow D. & Duran V. M. (2001) *Psicología anormal* (2° Edición) México Thomson Editores.
- Greden, J. (2003). *Tratamiento de la depresión recidivante*. (1° Edición). BarcelonaPsiquiatría editores.
- Pinel, J. (2001). *Biopsicología*. (4° Edición). España. Prentice Hall.
- Real Academia de la Lengua Española
- Sheldrake R. (2001) *De perros que saben que sus amos están en camino de casa y otras facultades inexplicables de los animales*. España. Paídos.
- Douglas, K., & Novak, P. D. Diccionario Mosby: medicina, enfermería y ciencias de la salud. 2003. Volumen 2. Sexta edición. España. Elsevier science.
- Pond K., Pond G. W. (2000). *Introducción a la ciencia animal*. España. Editorial Acribia.
- Jacobson, E. (2007). *Depresión: estudios comparativos de condiciones normales neuróticas y psicóticas*. (1° Edición). Buenos aires. Amorrortu editores.
- Hergenhahn, B. R., (2001) *Introducción a la historia de la psicología*. (1° Edición). España. Thomson Learning.
- Leahey, T. (2005) *Historia de la psicología*. (6° Edición) España. Pearson.

Palomino, G. & Gaitán, M. (2004) *Hipoterapia. El encanto de la terapia a caballo.* (1° Edición) Colombia. Editorial carrera.

[www.inegi.gob.mx](http://www.inegi.gob.mx) Consultado el 16 de octubre del 2012

[www.fundaciónpurina.com.x](http://www.fundaciónpurina.com.x) Consultado el 23 de agosto del 2012

[www.CASI.com.mx](http://www.CASI.com.mx) . Consultado 29 agosto del 2010