



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN DE SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA

TALLER "MANEJO DE DEPRESIÓN EN ADULTOS"
IMPARTIDO EN EL CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS
"DR. GUILLERMO DÁVILA"

Informe Profesional de Servicio Social
para obtener el título de Licenciada en Psicología

Presentado por: Lic. Flor Ivonne Valenzuela Andrade

Director: Lic. Mario Pérez Zuviri

Ciudad Universitaria, Cd. Mx., octubre de 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



A mi V.: H.: Arq. Luis Arturo Barreiro
Amor, belleza y vida.

Son muchas las personas a quienes debo reconocimiento pues, de una u otra forma, contribuyeron a la confección de este escrito. Entre ellas están el Arq. Luis Arturo Barreiro, que me brindó un apoyo incondicional y fraterno en todo momento. La Dra. Luz de la Vega, quien haciendo honor a su nombre, me ha aportado sus luces y conocimientos generosamente.

Mi asesor en el proyecto, el Lic. Mario Pérez Zuviri, todo paciencia y tolerancia, me proporcionó la guía indispensable y certera para alcanzar el cumplimiento del informe en tiempo y forma.

Especial mención merece el Dr. Antonio Díaz por el material bibliográfico facilitado y por el tiempo dedicado a la aclaración de nociones y conceptos médicos. Vaya también un agradecimiento para el Dr. Segismundo Engelking, el Lic. Víctor Manuel López Wario y el Ing. Sergio Segura Saldaña por las sugerencias y materiales proporcionados.

Finalmente, mi agradecimiento a toda la Tropa de cafeteros dominicales: Mtra. Alejandra Díaz, Mtro. Juanito Campos, Ing. Alberto González Barcelata, Dr. Wilfrido Lozano, además de Antonio y Segismundo: por más que lo intenté, no pudieron formar parte de este estudio. Ora que... hay más tiempo que vida... quién sabe en lo futuro; pero gracias por la alegría y los buenos momentos. Yo sigo tomando nota.



"Uno se embarca hacia tierras lejanas,
o busca el conocimiento de hombres,
o indaga la naturaleza, o busca a Dios;
después se advierte que el fantasma
que se perseguía era Uno mismo."

Uno y el universo
Ernesto Sábato

*El ciruelo florece,
el ruiseñor canta,
pero yo estoy solo.*

Matsuo Bashō
(1644-1694)



ÍNDICE

ÍNDICE	4
RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN	6
DATOS GENERALES DEL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL	9
CONTEXTO DE LA INSTITUCIÓN Y DEL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL	11
DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL	16
OBJETIVOS DEL INFORME DE SERVICIO SOCIAL	32
MARCO TEÓRICO: LA DEPRESIÓN	34
SUS CAUSAS	39
GENERALIDADES SOBRE SU TRATAMIENTO	43
LA MELANCOLÍA	49
EL SUICIDIO	52
RESULTADOS	56
A MODO DE CONCLUSIÓN: REFLEXIONES Y SUGERENCIAS	70
LA DEPRESIÓN: MÁS QUE UNA ETIQUETA	73
LA MELANCOLÍA ENTRE LOS ANTIGUOS NAHUAS	77
GENERALIDADES	78
LA MEDICINA	82
LA MELANCOLÍA	91
LA EXPRESIÓN DE LA TRISTEZA EN LAS LETRAS Y LAS ARTES	107
MÁS ALLÁ DEL MANUAL... LA DEPRESIÓN	127
EPÍLOGO	152
BIBLIOGRAFÍA	154
ANEXOS	158



RESUMEN

*El dios está ausente;
sus hojas muertas están amontonadas,
y todo está desierto.*

Matsuo Bashō

Durante el periodo comprendido del 09 de Febrero 04 de Septiembre de 2015 fue realizado el Servicio Social en el Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila", en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México; el cual es un centro de formación para los alumnos de la Facultad, además de brindar atención al público general mediante una amplia gama de tratamientos.

Las actividades realizadas fueron:

- ❖ Participación en el proceso de admisión de usuarios.
- ❖ Integración y manejo de expedientes.
- ❖ Análisis estadísticos de motivos de baja de pacientes y Apoyo al sistema de Gestión de Calidad Norma ISO 9001:2008.
- ❖ Apoyo en labores administrativas.
- ❖ Planeación e impartición de tres talleres sobre depresión dirigidos al público adulto.

Como los talleres fueron sobre Depresión, el marco teórico está relacionado con esta materia: se describen sus causas y los tratamientos de que es objeto. También se aborda el fenómeno de la melancolía y del suicidio.

Derivado de la investigación bibliográfica, se agregaron tres capítulos más que enriquecen el tema central: los testimonios de personas que han padecido depresión, la tristeza (o melancolía) en el mundo nahua y, finalmente, un apartado dedicado a la representación de la tristeza en las letras y las artes.

Palabras clave: Depresión, tristeza, melancolía.



INTRODUCCIÓN

"La muerte es el puerto de todos los dolores."

Pedro Antonio de Alarcón

El construir un trabajo académico es emprender un camino fascinante en el cual se aprende tanto en el ámbito académico, como en el personal. Escudriñar un tema a profundidad y desde múltiples perspectivas enriquece el conocimiento que se tiene del mismo y, por ende, el de la condición humana.

El tema general de este Informe Profesional de Servicio Social, la depresión, ha estado presente de diversas maneras, y se hizo más notorio a raíz de mi desempeño como docente a nivel preparatoria, donde se constata la enorme variedad de manifestaciones que puede llegar a adquirir la depresión: desde la revisión de una tarea realizada con desgano, hasta dibujos con *prismacolor* negro en las exposiciones escolares de fin de curso.

El desarrollo del propio tema fue generando paulatinamente otras dudas e inquietudes: ¿cómo dieron cuenta de la tristeza los antiguos mexicanos?, ¿cómo han representado la tristeza los artistas plásticos o los poetas?, ¿cómo perciben la depresión aquellos que la padecen? Estas y otras interrogantes fueron haciendo necesaria la adición de capítulos y apartados donde pudieran ser desglosadas aunque fuese de forma sucinta y parca, pero con tal de no presentar la información en un denso y amorfo conglomerado.

Otro de los objetivos, indirecto, de estos nuevos capítulos fue el de quitarle un poco de aridez a un tema que ha sido explorado *ad nauseam* y, con ello, llevarlo hasta donde sea posible por rumbos que, se espera, resulten novedosos o, por lo menos, interesantes para el lector.

Las estrategias básicas para la elaboración de este Informe fueron, en primer lugar la investigación teórica, tanto bibliográfica como electrónica. En este sentido, el trabajo, dados sus alcances, no se basa en ningún enfoque psicológico en particular; lo importante era obtener un panorama lo más amplio y completo posible sobre la depresión.



Como parte del Servicio Social se impartieron una serie de talleres dirigidos al público adulto sobre la depresión. Desde la planeación de los mismos se tuvo muy claro que no eran terapéuticos ni mucho menos terapia de grupo. Sus objetivos eran simples y modestos: dar a conocer los mitos en torno a la depresión, proporcionar habilidades generales y recomendaciones puntuales para lograr una mejor calidad de vida; así como destacar la importancia de la constancia en su tratamiento (una vez que les fuera asignado) y el seguir las recomendaciones de su terapeuta y su psiquiatra (si ha lugar).

Los instrumentos empleados en los talleres fueron los Inventarios de Depresión y Ansiedad de Beck, los cuales forman parte obligatoria del expediente que se le abre al paciente que es atendido en el Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila". En nuestro caso, para tener alguna medida de la efectividad del taller, se decidió junto con la Jefa del mismo, la Dra. Noemí Díaz, que se aplicara previo al taller y posterior a éste. Los resultados de los inventarios arrojaron en general resultados positivos, mismos que se comentarán en el capítulo correspondiente.

Otra estrategia empleada consistió en la recolección de testimonios voluntarios de personas que hubieran padecido o padezcan depresión; lo cual tiene por finalidad conocer, aunque sea superficialmente, cómo es percibida por aquellos que se encuentran alejados del ámbito clínico o del sector salud. El capítulo se titula *La depresión: más que una etiqueta* y presenta declaraciones de personas con depresión; son mujeres y hombres de edades y profesiones variadas que voluntariamente escribieron sus experiencias. Por cuestiones de espacio y confidencialidad fue necesario editar los textos y dar algunos retoques a la ortografía y la redacción para hacerlos legibles.

Como parte de la estructura requerida para este Informe, es necesario desglosar aspectos generales sobre cómo, cuándo y dónde se realizó el Servicio Social, así como de las actividades cumplidas durante el mismo.

El capítulo dedicado a explorar la tristeza en el mundo nahua fue un desafío debido a la escasez de referencias, lo que hizo que su construcción fuese como ir reuniendo, poco a poco, granos de arena con los cuales formar un panorama



somero de este fenómeno y de los tratamientos de que era objeto. Hace falta mucha investigación profunda en este campo y, sobre todo, realizada por psicólogos con las herramientas y metodología adecuados.

Uno de los aspectos que más llamó la atención durante la investigación de lo referente al mundo nahua fue la ausencia de psicólogos en este campo. Hay una amplia interdisciplinariedad entre ramas tan diversas como la Botánica, la Química o la Medicina en conjunto con la Historia o la Antropología; pero la gran ausente es la psicología. Ello genera absurdos como el colocar diagnósticos clínicos a piezas arqueológicas, por mencionar sólo el más grave.

También fue un reto, no sólo recopilar la información, sino analizarla y depurarla tratando, en lo posible, de no sacarla de su contexto. Localizar imágenes pictóricas o escultóricas fue una ardua labor que requirió muchas horas de investigación pero, esperamos, que el resultado haya valido la pena.

La manifestación de la tristeza en el Arte es el centro del capítulo *Más allá del manual... la depresión*. Fue una experiencia interesante ver cómo artistas de diferentes épocas y nacionalidades plasman el dolor del alma. Para completar la visión artística se optó por incluir poesía y letras de canciones populares en español, pues este campo también es rico en expresiones de la tristeza.

Por último, deseo expresar mi gratitud al personal del Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" por el apoyo y enseñanzas que recibí durante el tiempo que presté mi servicio social, en especial a la Dra. Noemí Díaz; así como a la Lic. Consuelo Hernández y la Lic. Mary Ayala por las facilidades otorgadas y los gratos recuerdos.

Sin embargo, si pese a los ánimos y buena voluntad, tuviese este informe alguna deficiencia o error, la responsabilidad de ello es, desde luego, exclusivamente mía. En este sentido, son bienvenidas las observaciones con miras constructivas, pues no podemos renunciar a tratar de ser mejores.



DATOS GENERALES DEL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL

"La tristeza es un muro entre dos jardines."

Jalil Gibrán

El servicio social fue realizado en el programa "Práctica Clínica en el Centro de Atención Psicológica de Consulta Externa", con clave 2015-12/23-849 mismo que se llevó a cabo en el Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"¹, de la Facultad de Psicología, en la Universidad Nacional Autónoma de México, durante el periodo comprendido del 09 de Febrero al 04 de Septiembre de 2015.

Se cubrieron un total de 519 h² mismas que fueron supervisadas por la Dra. Noemí Díaz Marroquín, jefa de dicho centro. El servicio se realizó de lunes a viernes en un horario de 15:00 a 19:00 para cumplir con la cuota de veinte horas por semana.

En el Cronograma de Actividades del Servicio Social los objetivos del programa están predefinidos de la siguiente forma:

Iniciar al estudiante de servicio social en el campo de la atención a adultos y grupos, proporcionándole entrenamiento en habilidades clínicas básicas a través de un modelo de terapia supervisada.

Las principales actividades realizadas fueron:

Participación en el proceso de admisión de pacientes que consiste en: Entrevista Inicial; aplicación, calificación e interpretación de instrumentos diagnósticos de evaluación; elaboración e integración del reporte final del proceso de admisión del paciente. Integración y manejo de expedientes. Análisis estadísticos de motivos de baja de pacientes. Planeación e impartición de dos talleres sobre depresión dirigidos a la población que atiende el Centro, y otro más posterior a la conclusión del servicio social. Apoyo en labores administrativas como: atención a profesores, alumnos, pacientes y público general tanto telefónica como personalmente. Apoyo al sistema de Gestión de Calidad Norma ISO 9001:2008.

¹ Para evitar el tedio y la repetición, en adelante simplemente CSP o "Guillermo Dávila".

² La abreviatura de "hora" y "horas" es simplemente h : <http://www.fundeu.es/consulta/horas-16278/>



El Departamento de Servicio Social asignó a la Lic. Patricia Merino como supervisora, quien dictó los lineamientos bajo los cuales se realizaría el servicio social, los reportes mensuales que se habrían de suministrar y las fechas de entrega y revisión de los mismos. En cada cita se debía entregar un reporte, una evaluación por parte de la jefa del CSP y una evaluación a la Institución en la cual se prestó el servicio social.

Cada reporte entregado a la División de Servicio Social debía cubrir una serie de requisitos: encabezado institucional, nombre del alumno, número de expediente, periodo que cubre, número de reporte, horas cubiertas, descripción de las actividades realizadas en el período, marco teórico, si se tomaron talleres o cursos ofrecidos en la institución, número de horas cubierto, habilidades aprendidas, bibliografía, etc. Se entregaron cinco reportes mensuales de actividades.

Una vez concluido el servicio se debería elaborar un reporte final, mismo que debía tener, además de los puntos arriba descritos, un resumen, introducción, justificación y contexto, marco teórico, estrategias, resultados obtenidos, conclusiones, bibliografía y anexos.

Una vez concluido el servicio y habiendo entregado el reporte final se entrega la Carta de Liberación del Servicio Social.



CONTEXTO DE LA INSTITUCIÓN Y DEL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL

"Es sincero el dolor del que llora en secreto."

Marcial

El Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" se inauguró el 8 de mayo de 1982 por la directora en turno, la Dra. Graciela Rodríguez, con la finalidad de ayudar en la formación profesional de los estudiantes de la Facultad de Psicología en sus divisiones de licenciatura, maestría y doctorado³. El Centro tiene dos principales objetivos: brindar al estudiantado la oportunidad de desarrollar, actualizar y consolidar sus habilidades profesionales y, por otro lado, ofrecer a la comunidad universitaria y al público general un servicio de calidad desde una perspectiva social, humanista y cálida.

El Centro cuenta con las siguientes instalaciones: cuatro cámaras de Gesell, 15 consultorios individuales y uno anexo en el edificio B de la Facultad, dos áreas para trabajo docente y grupal, una sala de juntas, dos áreas acondicionadas para el trabajo de los alumnos/terapeutas, área de Recepción y Jefatura, área de archivo de expedientes de pacientes y área de archivo de expedientes de alumnos.

Los profesores y académicos se dividen en las siguientes áreas:

Formación en la Práctica: 18

Programas Especiales: 4

Residencia Infantil: 5

Familiar: 7

Neuropsicología Clínica: 4

Adolescentes: 1

Especialidad Niños y Adolescentes: 2

Adultos y Grupos: 2

Sistema Universidad Abierta: 1

Prácticas de licenciatura: 4

³ Todo este apartado está elaborado con información proporcionada por la Lic. Consuelo Hernández y los manuales del Sistema de Gestión de Calidad del propio centro.



Voluntarios: 5

Profesionistas: 6

Lo cual da un total de 59 personas. Esto sin contar al personal administrativo y de intendencia, aproximadamente unas diez personas más.

Algunos de los programas de atención psicológica que se imparten son:

1. Entrenamiento en entrevista
2. Entrevista clínica psicoanalítica
3. Psicoterapia del duelo
4. Terapias narrativas y posmodernas
5. Intervención psicoanalítica
6. Terapia Racional Emotiva
7. Intervención Psicoeducativa
8. Violencia de género
9. Evaluación diagnóstica infantil
10. Intervención en niños
11. Habilidades de crianza
12. Formulación de casos clínicos
13. Terapia de grupo
14. Terapia familiar con perspectiva de género
15. Medicina conductual
16. Control de emociones
17. Trastornos alimenticios
18. Atención a niños con necesidades educativas especiales
19. Atención plena
20. Terapia Integrativa Sensorial
21. PUEP Niños y adolescentes
22. PUEP Adultos y grupos
23. Residencia de Psicoterapia infantil
24. Residencia de Neuropsicología
25. Residencia de psicoterapia familiar
26. Residencia de psicoterapia para adolescentes



Se atendió a un total de 515 alumnos en el año 2014, y se abrieron 837 expedientes en total. En el transcurso de dicho año hubo cuatro fechas de recepción de solicitudes quedando distribuidas de la siguiente forma:

Enero: 238

Marzo: 525

Agosto: 215

Octubre: 263

para un total de 1,241 solicitudes de servicio recibidas. El costo de la sesión individual de terapia tiene un precio de \$100.00 y de \$150.00 en la modalidad familiar o de pareja.

Cabe destacar que la discrepancia entre las cifras de 837 expedientes abiertos, es decir, tratamientos asignados contra el total de solicitudes recibidas (1,241) se debe a que los problemas que no pueden ser atendidos en el Centro (en total 407) se canalizan a otras entidades, principalmente el Instituto Nacional de Psiquiatría, el Programa de Terapeuta Invitado, la Comisión Nacional contra las Adicciones, etc.

Mención especial merece el Programa de Terapeuta Invitado: consiste en que la Coordinación de los Centros tiene un directorio con alumnos egresados de la facultad, (titulados, con especialidad y que cuentan con un consultorio debidamente establecido), a quienes les deriva, vía el CSP, a los pacientes que tienen dificultades para asistir a Ciudad Universitaria, o que viven fuera de la zona conurbada o que tienen ingresos económicos superiores a los 15,000 pesos mensuales (aproximadamente) para que reciban el tratamiento correspondiente por un costo muy similar (\$150.00 la sesión) fuera de la facultad de Psicología.

Ahora bien, como parte del Sistema de Gestión de Calidad, se ha puesto énfasis en la adecuada integración del expediente clínico, con la finalidad de que éste cuente con los requisitos pertinentes para su consulta, seguimiento y archivado; por lo cual, los documentos, y el orden, en que han de resguardarse son:



- ❖ Solicitud de servicio
- ❖ Identificación oficial
- ❖ Comprobante de domicilio
- ❖ Comprobante de ingresos económicos
- ❖ En caso de ser menor Acta de Nacimiento
- ❖ Ficha de admisión
- ❖ Consentimiento informado
- ❖ Entrevista Inicial
- ❖ Instrumentos de evaluación
- ❖ Resumen de evaluación psicológica (en su caso)
- ❖ Historia clínica (en su caso)
- ❖ Plan de tratamiento (según el modelo)
- ❖ Notas clínicas
- ❖ Reportes de alta o baja
- ❖ Interconsulta (en su caso)
- ❖ Nota de referencia (en su caso)
- ❖ Ajuste de cuota (en su caso)
- ❖ Encuesta de satisfacción del usuario.

Es digno de mención que bajo ninguna circunstancia los expedientes salen del "Guillermo Dávila", tampoco pueden ser fotocopiados, grabados o escaneados; y nadie, salvo el terapeuta y/o supervisor tiene acceso a los mismos, incluso si alguna autoridad judicial los demandase, se le proporciona un resumen con los aspectos básicos que para el caso se requieran; lo mismo con de menores de edad: los padres pueden hablar con el terapeuta, pero nunca se les permite el expediente clínico. Esta seguridad en el manejo de datos, propicia en el paciente la confianza indispensable para llevar a buen término su tratamiento psicológico y le brinda al terapeuta las herramientas necesarias para la óptima realización de su labor.

En una institución que debe trabajar con la precisión de un reloj, se hace indispensable que todos sus miembros realicen la parte que les corresponde en



tiempo y forma; para ello el Comité de Gestión de Calidad ofrece constantemente el curso *Inducción al Sistema de Gestión de Calidad*, en el cual se ofrecen desde la historia de la formación del CSP "Dr. Guillermo Dávila" y su funcionamiento hasta la integración y manejo del expediente clínico. Además, continuamente se llevan a cabo reuniones del personal académico y administrativo para realizar la implementación de los ajustes correspondientes, aperturas de fechas de recepción de solicitudes, etc.

Toda la información recibida se registra tanto en soportes físicos como electrónicos, incluida la plataforma Google Drive, para lo cual, por cierto, también se dan cursos de inducción y actualización a todo el personal que desee tomarlo.

Gracias a este enorme y conjunto esfuerzo es que el Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" ha alcanzado, y mantenido, la Certificación de Calidad en el Servicio Norma ISO-9001: 2008 desde el año 2013 hasta la fecha.



DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL

"Cuando el dolor es insoportable, nos destruye; cuando no nos destruye, es que es soportable."

Marco Aurelio

Las actividades realizadas a lo largo del servicio social fueron las siguientes:

✿ Participación en el proceso de admisión de usuarios que consiste en: Entrevista Inicial; aplicación, calificación e interpretación de instrumentos diagnósticos de evaluación; elaboración e integración del reporte final del proceso de admisión del paciente.

Se realizaron un total de **treinta y cinco**⁴ entrevistas iniciales distribuidas de la siguiente forma:

Febrero: 6

Marzo: 6

Abril: 6

Mayo: 10

Junio: 1

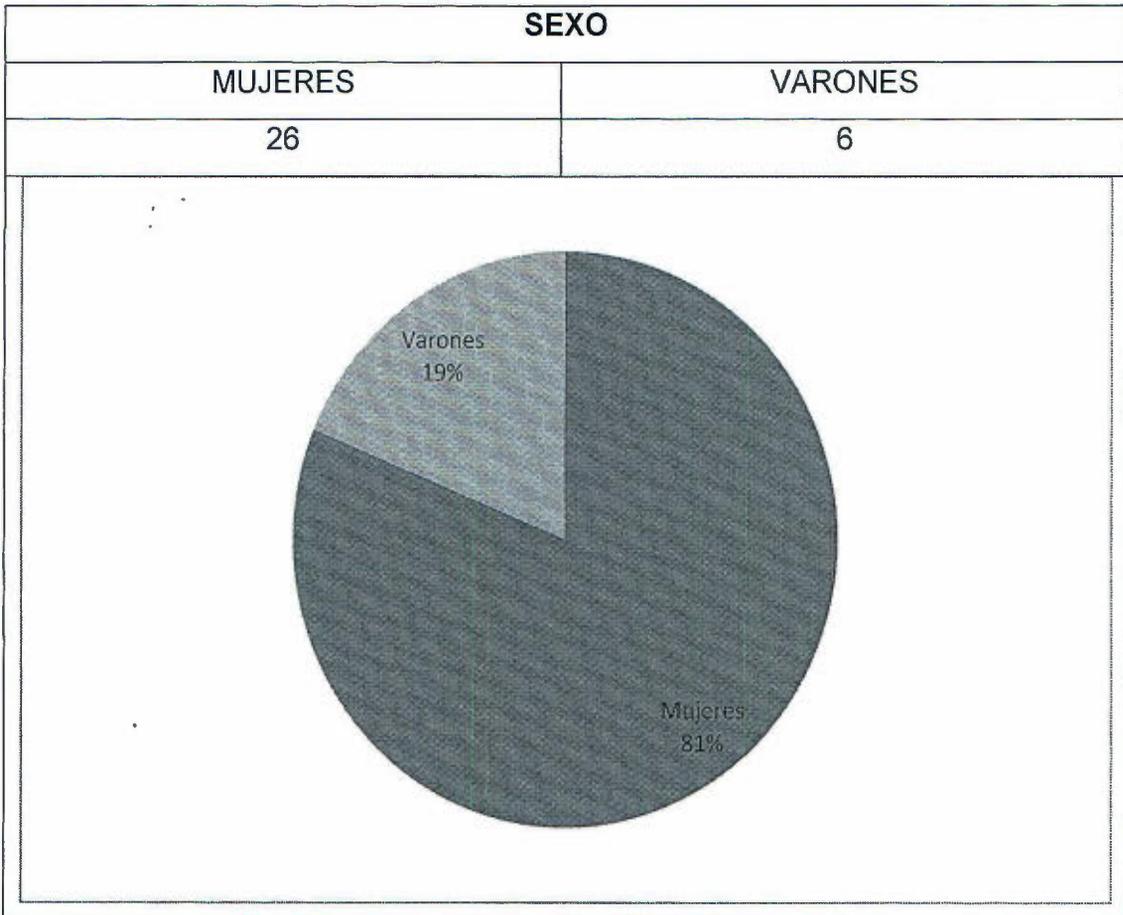
Agosto: 6

La entrevista inicial se realiza con base en un formato⁵, diseñado sin enfoque alguno, que proporciona el propio CSP, el cual tiene por finalidad recabar información clara y precisa para facilitar a los directivos y supervisores la decisión sobre la modalidad de terapia más conveniente para cada paciente.

En los siguientes cuadros se detallan las características principales de la población atendida durante el servicio social.

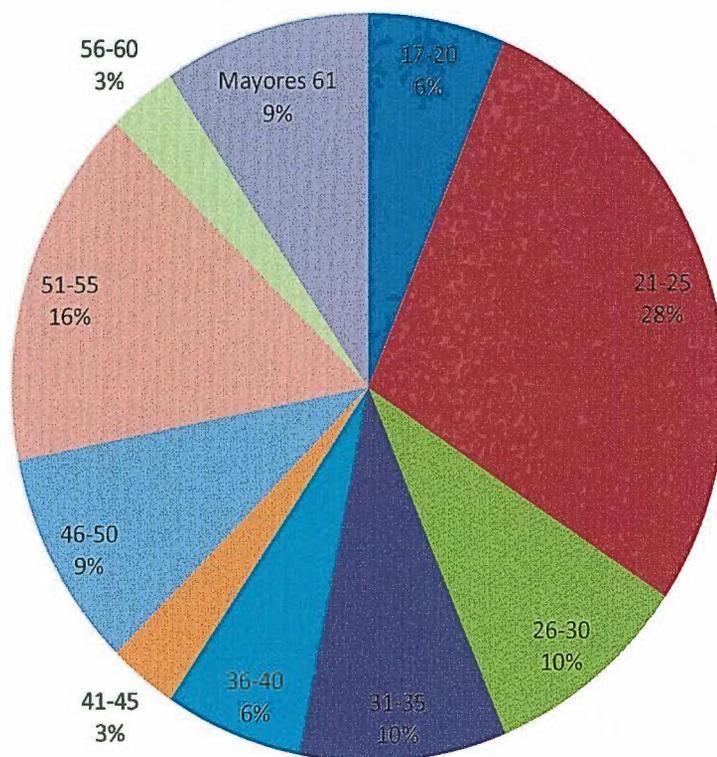
⁴ De las cuales, tres entrevistas fueron realizadas a menores de edad, porque la encargada no asistió. Se tomarán en cuenta para las estadísticas las 32 personas restantes.

⁵ No se anexa copia del formato porque el reglamento interno del CSP estipula que no está permitido sacar, ni hacer uso de ningún material de uso interno, fuera de sus instalaciones.



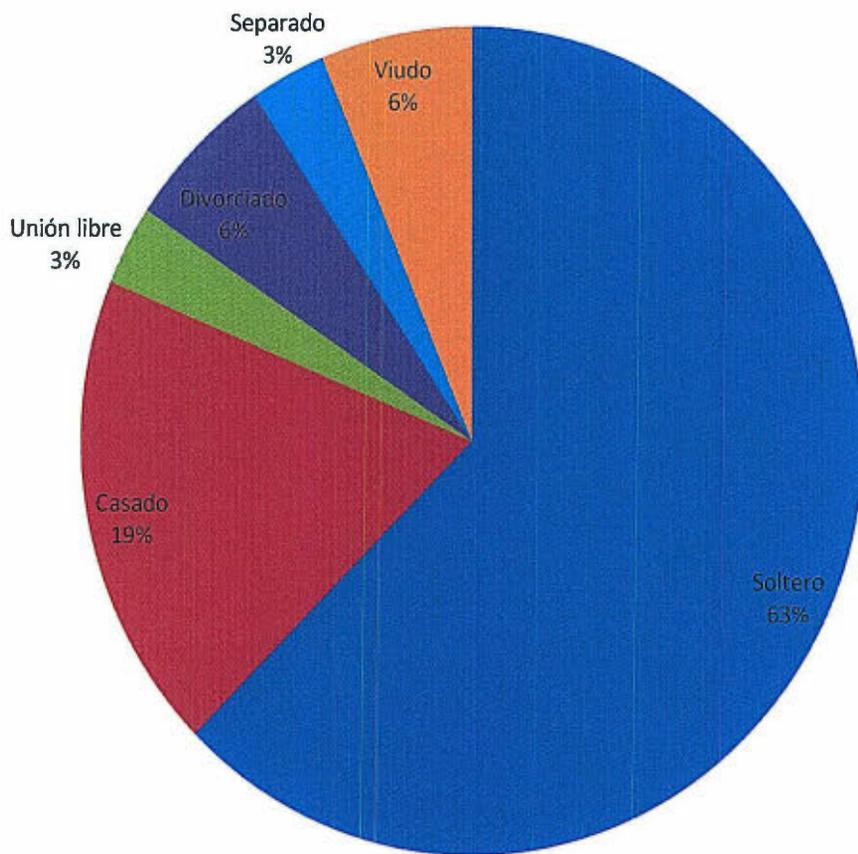


EDAD		
RANGO	MUJERES	VARONES
17-20	2	
21 - 25	8	1
26 -30	1	2
31 - 35	3	
36- 40	2	
41 - 45	1	
46 - 50	3	
51- 55	4	1
56- 60	1	
+ 60	1	2



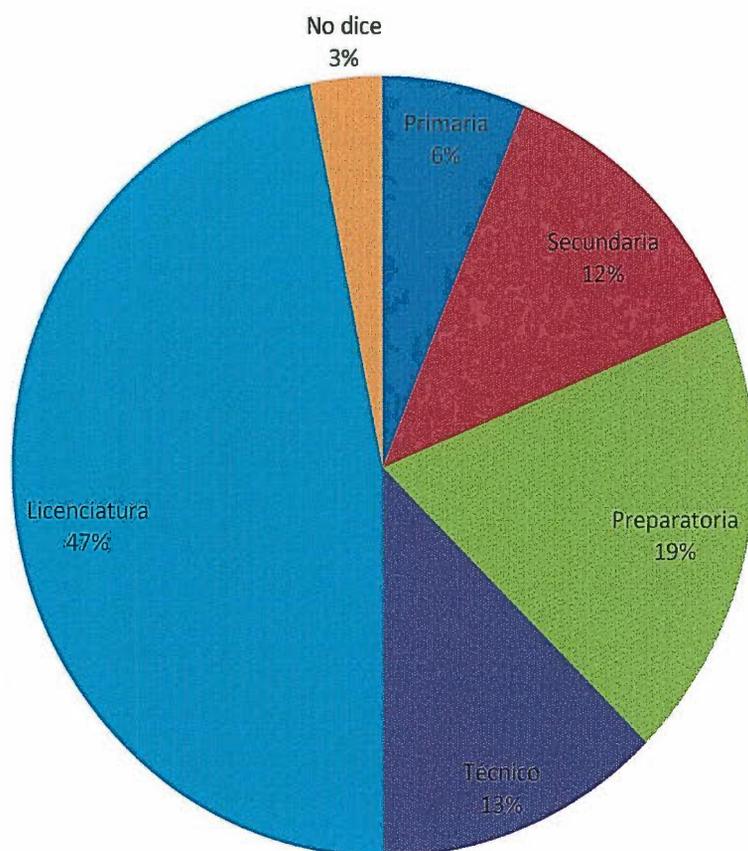


ESTADO CIVIL		
	MUJERES	VARONES
Soltero	15	5
Casado	5	1
Unión libre	1	
Divorciado	2	
Separado	1	
Viudo	2	



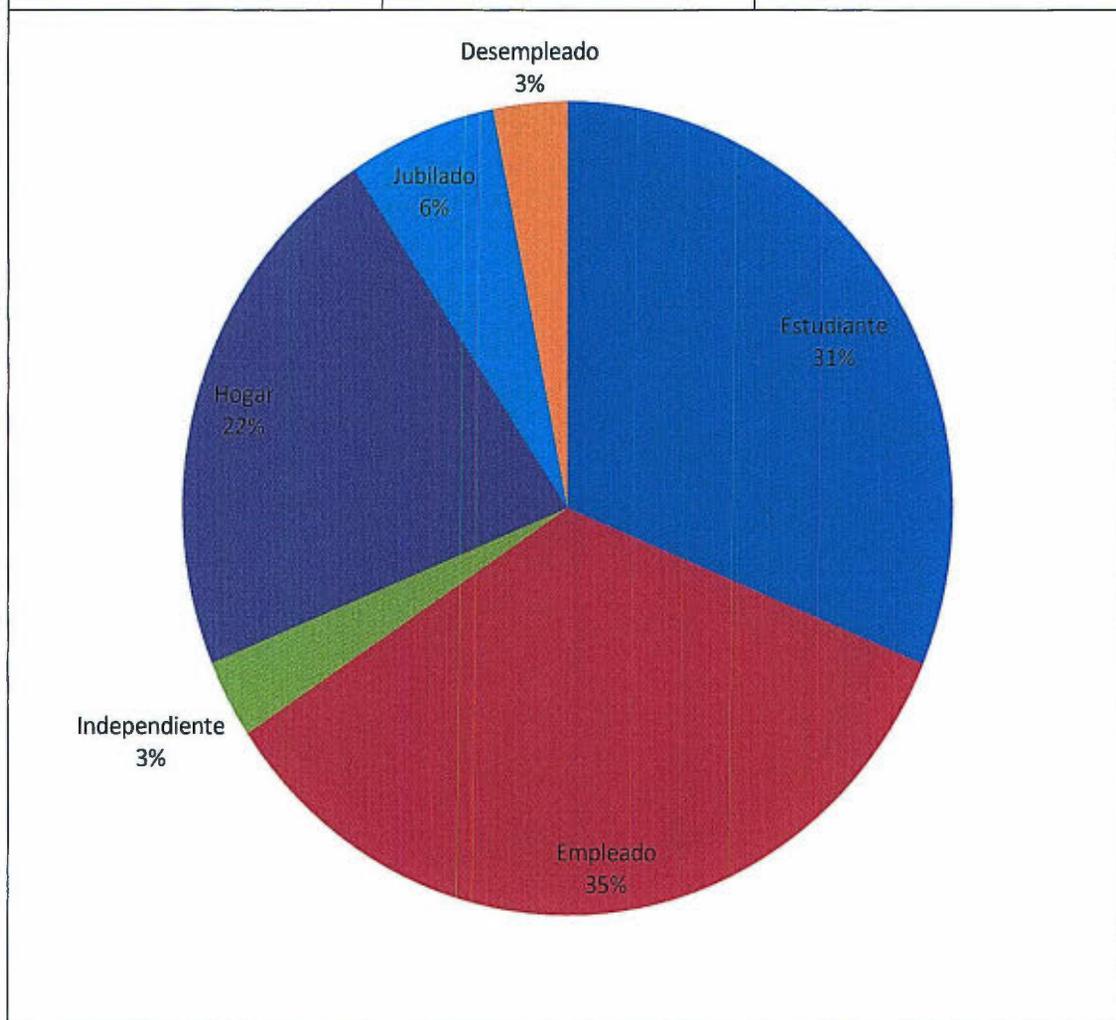


ESCOLARIDAD		
NIVEL	MUJERES	VARONES
Primaria	2	
Secundaria	4	
Preparatoria	3	3
Técnico	2	2
Licenciatura	14	1
No dice	1	





OCUPACIÓN		
	MUJERES	VARONES
Estudiante	8	2
Empleado	9	2
Independiente	1	
Hogar	7	
Jubilado	1	1
Desempleado		1

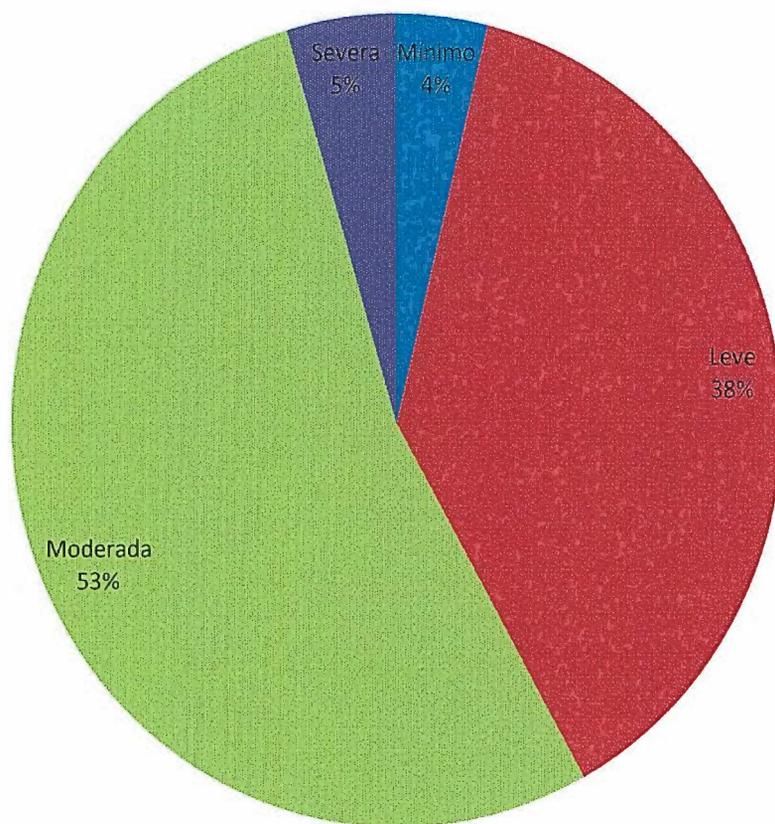




RESULTADOS DEL INVENTARIO DE BECK DEPRESIÓN

NIVEL	MUJERES	VARONES
Mínimo	0	1
Leve	9	1
Moderado	11	3
Severo	6	1

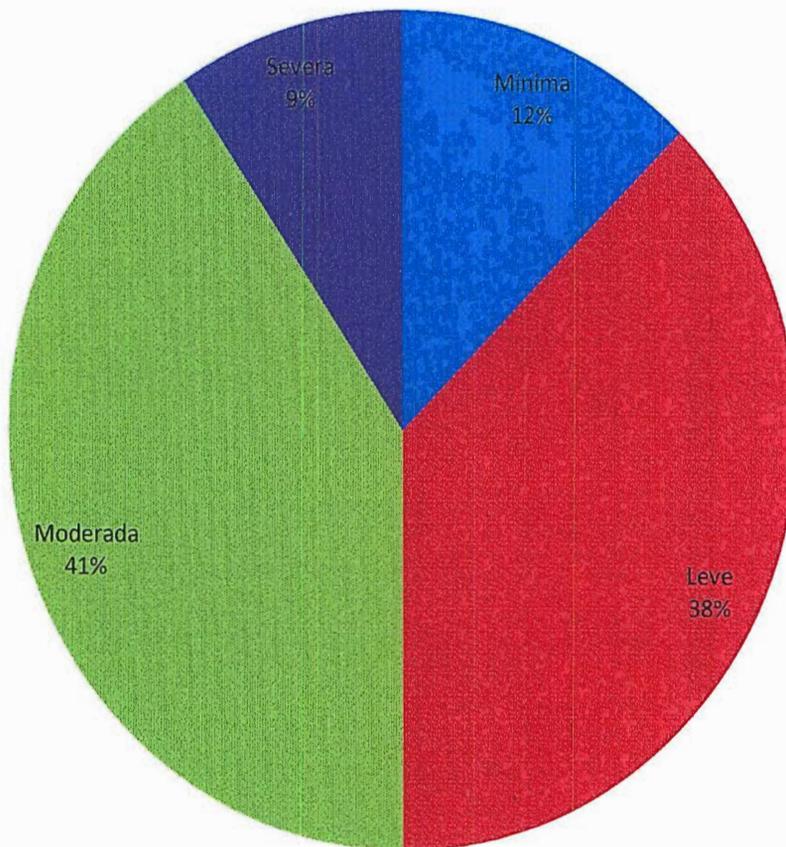
Depresión





RESULTADOS DEL INVENTARIO DE BECK ANSIEDAD		
NIVEL	MUJERES	VARONES
Mínimo	3	1
Leve	11	1
Moderado	9	4
Severo	3	0

Ansiedad





✿ Integración y manejo de expedientes.

La integración del expediente consta de la siguiente estructura y documentación:

- ✓ Solicitud de servicio: es un formato que debe ser requisitado⁶ por parte del interesado (excepto menores de edad) cuando acude al CSP en las fechas para ello estipuladas.
- ✓ Identificación oficial, Comprobante de domicilio, Comprobante de ingresos económicos y en caso de ser menor Acta de Nacimiento; todos en original y fotocopia para su cotejo. Se anexan al expediente en el orden mencionado.
- ✓ Ficha de admisión. También debe ser completada por la persona que solicita el servicio.
- ✓ Consentimiento informado con nombre, fecha y debidamente firmado.
- ✓ Carnet de citas: el personal administrativo o de servicio social escribe en él los datos de paciente antes de entregárselo.
- ✓ Entrevista Inicial. Puede ser en modalidad individual, de pareja o de familia; es realizada por alumnos de la facultad inscritos en algún programa, por prestadores del servicio social o por los profesores. Tiene la finalidad de hacer un compendio lo más amplio posible de la problemática del paciente para facilitar la toma de decisiones respecto al tratamiento más adecuado para su padecimiento. En el formato de entrevista inicial, además de los datos personales, número de expediente y generales del paciente, se debe elaborar un panorama general del problema, las situaciones en que se presente, sintomatología, familiograma (o genograma), la conveniencia de aplicar algún instrumento y finalmente una impresión diagnóstica.
- ✓ Instrumentos de evaluación. Todo paciente ha de realizar los inventarios de Beck para Depresión y Ansiedad. Si el profesional que realiza la entrevista inicial considera de deben aplicarse otros instrumentos, determinará la

⁶ Esta voz está plenamente reconocida por la Academia Mexicana de la Lengua: "Este uso de *requisitado* es correcto pues no se deriva del verbo *requisitar*, sino del sustantivo *requisito*. El sufijo *-ado* forma adjetivos que expresan la presencia de lo significado por el sustantivo primitivo del que se derivan. Entonces, en la frase *documento requisitado*, este adjetivo señala que el documento tiene los requisitos necesarios para cumplir su función". Recuperado de: <http://www.academia.org.mx/esp/Detalle?id=5>





fecha de aplicación de los mismos, así como su calificación y evaluación antes de integrarlos al expediente.

- ✓ Resumen de evaluación psicológica (si ha lugar).
- ✓ Historia clínica.
- ✓ Plan de tratamiento.
- ✓ Notas clínicas. Una vez que el paciente ha sido asignado a tratamiento, el profesional que lo atiende debe elaborar esta nota clínica posteriormente a cada una de las sesiones que realice con el paciente, las cuales deben estar firmadas por un supervisor.
- ✓ Reportes de alta o baja.
- ✓ Ajuste y carta de cuota (En su caso).
- ✓ Encuesta de satisfacción del usuario.

Estos pasos tienen varias finalidades: unificar la cantidad y calidad de la información, facilitar la consulta de la situación del paciente, contar con una herramienta confiable tanto para la designación y seguimiento del tratamiento, como para su ulterior análisis y consulta didáctica.

El expediente del paciente se abre hasta que asiste a su Entrevista Inicial, el número se asigna conforme van llegando las personas en un orden estrictamente consecutivo. El CSP cuenta con dos expedientes físicos donde se anotan los números de expediente junto con los principales datos del paciente, uno se encuentra en el área administrativa y el otro en la jefatura del centro; además se registran electrónicamente para dar seguimiento al tratamiento y también para elaborar bases de datos y estadísticas.

Los expedientes se encuentran resguardados en un área restringida, ordenados por numeración; de tal forma que no hay manera de saber el nombre o datos del paciente si no es accediendo a las base de datos. Esto tiene por finalidad asegurar la confidencialidad de la identidad y datos del usuario. Cuando un profesor o alumno (debidamente identificado) solicita un expediente, primero ha de registrarlo en el formato diseñado para tal fin, incluyendo su nombre y firma; cuando lo entrega también debe firmar en el espacio correspondiente.



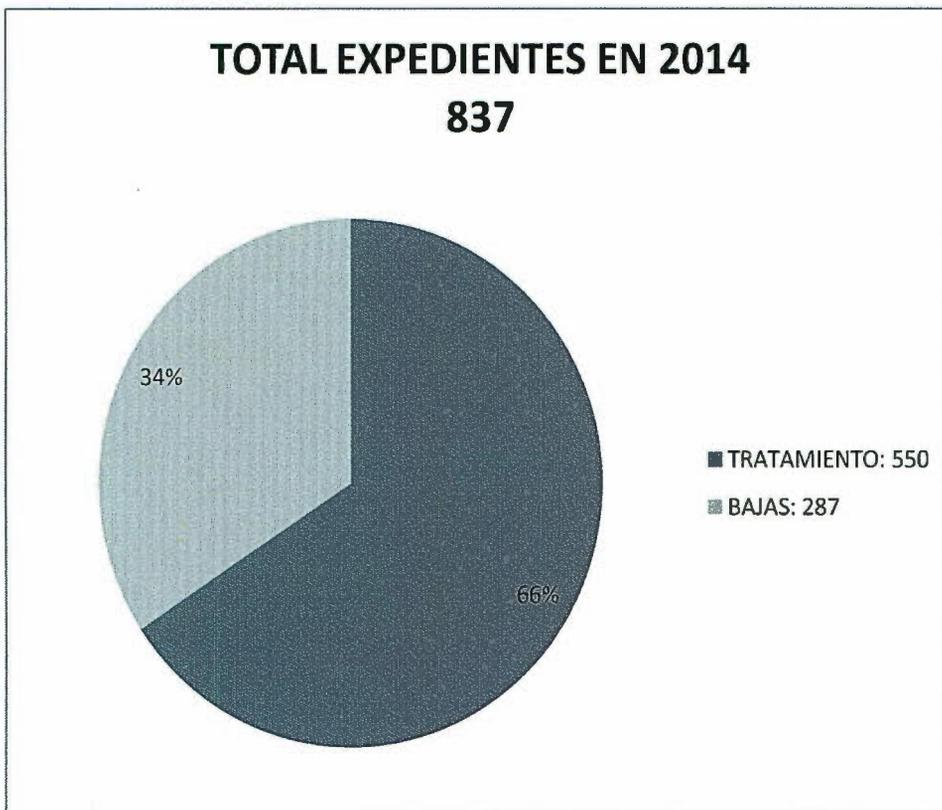
✿ Análisis estadísticos de motivos de baja de pacientes y Apoyo al Sistema de Gestión de Calidad Norma ISO 9001:2008.

A petición de la jefa del CSP, la Dra. Noemí Díaz, y como parte del Sistema de Gestión de Calidad, se realizó un minucioso análisis de todos los expedientes abiertos durante el año 2014 para determinar los motivos por los cuales se daban de baja los expedientes.

La finalidad de la investigación fue el conocer las fallas o deficiencias en las diferentes partes del proceso de atención a los usuarios para su corrección en aras de mejorar la calidad del servicio prestado a la comunidad.

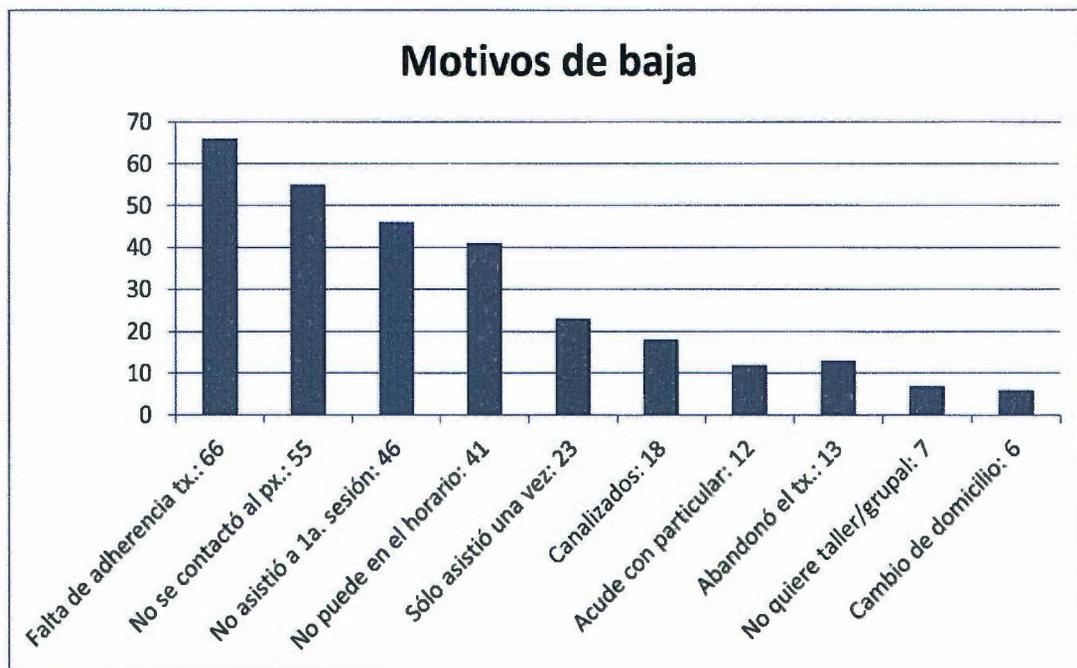
En líneas generales se observaron los siguientes hechos:

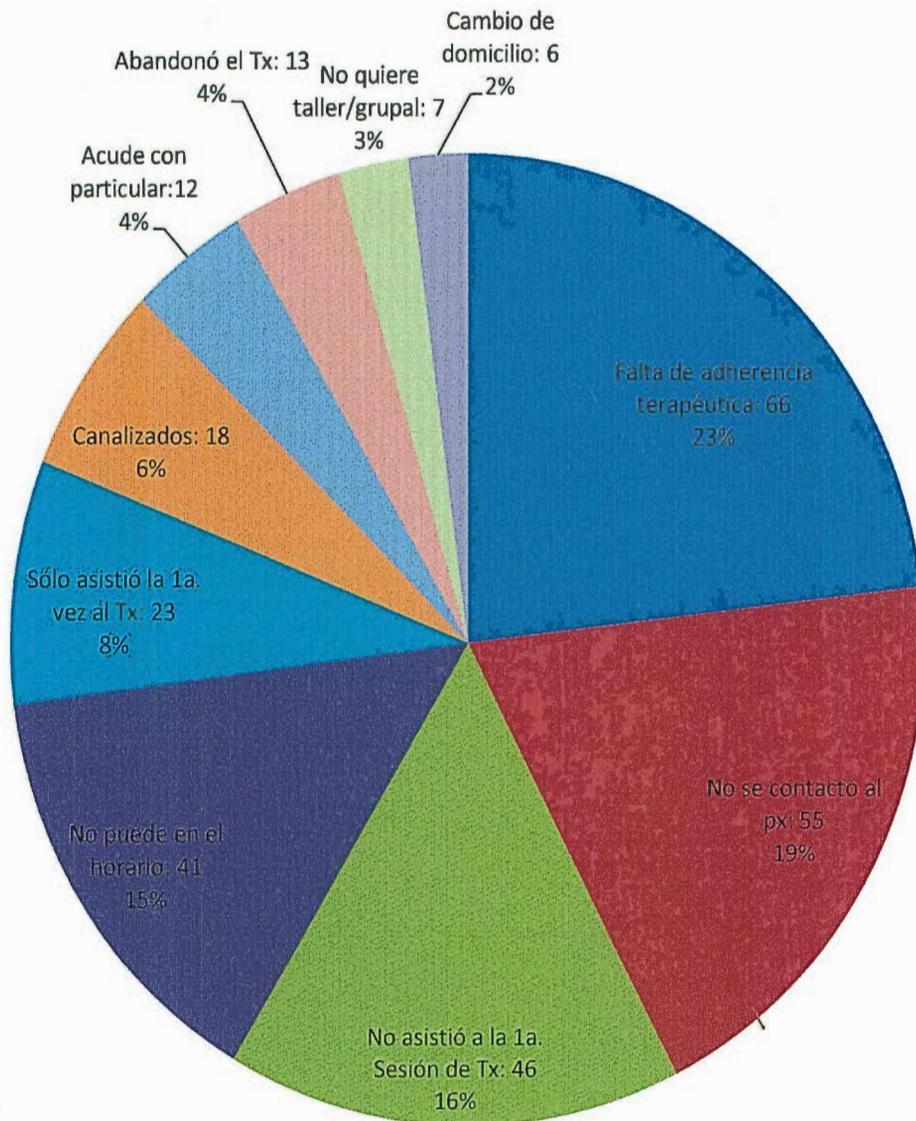
Total de expedientes abiertos durante el 2014: **837**





Los motivos de baja se detallan en los siguientes cuadros:





De lo anterior se desprenden las siguientes observaciones:

1) La falta de adherencia terapéutica consiste en que el paciente no se compromete con su tratamiento; lo cual se manifiesta, entre otros, en faltas constantes, pagos no realizados, asistencia irregular, dice que asistirá y no lo hace, etc., pese a los intentos de rescate por parte del terapeuta.



- 2) No se contactó al paciente: El terapeuta realiza tres (o más) llamadas telefónicas a domicilio o celular para establecer fecha para realización de pruebas psicométricas o para el tratamiento del paciente. Es común que en los números estén escritos de tal forma que se presten a confusión, o que sean inexistentes, que nadie conteste; que si alguien contesta, no conozcan al paciente, o incluso que el usuario se niegue a tomar la llamada. Hay terapeutas que además de las llamadas de rescate, envían un correo electrónico; mismo que suele ser ignorado.
- 3) No asistió a la 1ª. sesión de tratamiento. Es cuando el paciente ha concluido el proceso de admisión y se le asigna tratamiento, pero no se presenta a la primera sesión. El terapeuta suele realizar llamadas de rescate para reagendar la cita, pero sin éxito.
- 4) No puede en el horario que le asigna el CSP. Debido a la alta demanda de solicitudes de servicio que recibe el Centro, en el consentimiento informado se le dice al paciente que los tratamientos están sujetos a la disponibilidad de los terapeutas y los espacios, aunque sí se les pide una preferencia sobre el turno: matutino o vespertino; sin embargo, aún con este aviso, hay pacientes que afirman no poder adaptarse a la opción terapéutica que se les brinda.
- 5) Sólo asistió a la primera sesión de tratamiento. El paciente ya tiene tratamiento asignado, según su preferencia de horario, asiste a su primera sesión y no vuelve a presentarse. Cuando el terapeuta lo contacta, el paciente ofrece gran variedad de pretextos o, sencillamente, no responde los llamados.
- 6) Pacientes que fueron canalizados a otras instituciones, según sus necesidades. En el caso de pacientes psiquiátricos, se encauzan al Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón De la Fuente Muñiz".
- 7) Acude con un terapeuta particular. Hay ocasiones en que el terapeuta llama al paciente para iniciar tratamiento, pero el paciente decide ya no utilizar los servicios del Centro, porque asiste con un particular.
- 8) No quiere taller o terapia grupal. Otra de las advertencias que se le hace al paciente en el Consentimiento Informado es que la opción de tratamiento asignado no puede cambiarse. Los pacientes suelen abandonar el tratamiento cuando no es en la modalidad esperada.



9) Cambio de domicilio. Ya se asignó tratamiento y se logró adherencia terapéutica, pero el tratamiento se abandona porque el paciente cambia lugar de residencia.

10) Abandonó el tratamiento. Se trata de pacientes que asisten con regularidad a su tratamiento y repentinamente lo suspenden. Es en estos casos en que se realizaron una serie de llamadas telefónicas, con base en el Sistema de Gestión de Calidad, para averiguar el motivo por el cual el paciente ya no concluyó su tratamiento. Se elaboró un cuestionario para recabar la información⁷.

Ahora bien, con base en el Sistema de Gestión de Calidad, se trató de contactar con estos trece pacientes que abandonaron tratamiento para averiguar el motivo por el cual dejaron de asistir; de los cuales: siete no contestaron en ningún teléfono u horario, en un caso contestó una persona que dijo no saber de quién se trataba y sólo seis tomaron la llamada personalmente; de éstas, una no quiso responder la encuesta. Las restantes quedaron como sigue:

No me sentí a gusto con el terapeuta: 2

La facultad no cuenta con estacionamiento: 1

Falta de dinero: 1

Quería modalidad individual: 1

✿ Planeación e impartición de dos talleres sobre depresión dirigidos a la población que atiende el Centro, y otro más posterior a la conclusión del servicio social. Este punto se desglosará en el apartado Resultados.

✿ Apoyo en labores administrativas y atención a profesores, alumnos, pacientes y público general tanto telefónica como personalmente. El CSP es un organismo que requiere la coordinación de sus miembros para cubrir adecuadamente todos los aspectos que implica, los cuales van desde atender las demandas de informes sobre los servicios prestados (fechas de recepción de solicitudes de servicio, costo de las sesiones, tipos de terapias, atención en situaciones de emergencia y/o contención, etc.), solicitud de espacios por parte de profesores y alumnos,

⁷ Ver Anexo 1, p. 158.



orientación sobre el proceso de admisión y/o conformación del expediente clínico, apoyo a docentes y/o alumnos para la instalación o el uso del material electrónico del CSP, captura de datos en las plataformas de Google Drive, manejo del archivo físico y electrónico, etc.



OBJETIVOS DEL INFORME DE SERVICIO SOCIAL

"Negar la existencia de los sentimientos tristes porque son tristes,
es negar al Sol cuando no es mediodía."

Gustave Flaubert

Los objetivos son modestos y de carácter meramente descriptivo, ya que el análisis metodológico o comparativo rebasaría los límites de un Informe Profesional de Servicio Social para convertirse en materia de una tesis de maestría o doctorado; por lo cual el presente Informe estaría más próximo al testimonio riguroso de quien estuvo en cierto lugar durante cierto tiempo, que del científico con microscopio en mano. Tampoco hay la intención de "calificar" o "evaluar" los métodos del Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila", ni mucho menos de poner las cosas en términos de "bueno" o "malo"; es por ello que se insiste en la simple presentación y descripción de los hechos.

Las actividades que se enfatizan en el presente Informe son el análisis de los motivos de baja de expedientes del año 2014; las entrevistas de Primera Vez y, por último, la realización de los talleres "Manejo de depresión en adultos", donde se partirá de un marco de referencia sobre la depresión, la estructuración de las sesiones, así como su número en cada taller, la impartición propiamente dicha y los resultados alcanzados al finalizar cada uno de los mismos.

Al ser la depresión un fenómeno cotidiano en el mundo actual, surgió la duda sobre qué pasaría en nuestro país en tiempos anteriores a la llegada de los conquistadores. Por esta razón se decidió dedicarle un capítulo entero porque, además, es un fenómeno muy poco estudiado por las dificultades que presenta y porque no ha sido enfocado por psicólogos. Pensamos que los egresados de la Facultad tienen un campo rico y vasto de investigación que contribuya a indagar, analizar y aportar nuevos conocimientos para entender un poco mejor el ámbito psicosocial de nuestros pueblos originarios.

Otra esfera que está muy poco estudiada por los psicólogos es el relativo a las artes. Al hacer la investigación surgió la duda sobre cómo los artistas han dado



cuenta de la tristeza o la depresión, al ser éste un fenómeno que no conoce fronteras, razas o clases sociales. Por ello, nos pareció importante dedicarle un capítulo aunque fuese solamente a la presentación de obras en que el tema fuese la tristeza o la melancolía, ya sea un poema, un lienzo, una escultura o una canción popular. En este sentido y con vistas a futuras investigaciones, la psicología con sus herramientas y conocimientos sobre la condición humana puede arrojar muchas luces para entender una pieza de arte, su proceso de gestación o su impacto en el espectador.



MARCO TEÓRICO: LA DEPRESIÓN

"El dolor siempre cumple lo que promete."

Anne Louise Gemaine Madame de Staël

La depresión es un fenómeno del que se escucha hablar con demasiada frecuencia; es como el cajón de sastre a donde todo va a parar. Como tal la palabra se emplea para significar muchas cosas, y ha permeado su uso a tal grado en la sociedad que se utiliza hasta para las nimiedades cotidianas. Esto se debe, en parte, a que la terminología clínica se maneja a la ligera, con valor de insulto o adjetivo, por cualquiera que la haya escuchado y le "suene interesante" para calificar, por ejemplo, de *bipolar* a una persona voluble; se le dice *histérica* a una mujer que llora, o sencillamente el aficionado se *deprime* porque perdió su equipo de fútbol. De esta manera se banaliza la terminología psiquiátrica o psicológica, la cual va perdiendo paulatinamente su función de herramienta diagnóstica para transformarse en un producto de consumo, o en un calificativo con el cual humillar o etiquetar al otro.

Se escucha hablar sobre la depresión en todos lados: tanto en las charlas del metro o del café como en los programas televisivos, donde los "expertos" dictan cómo superar la depresión; Internet está inundado de artículos de dudosa veracidad sobre el tema donde se dan "consejos" para vencer la depresión, como si ésta fuese una competencia. Hernáñez Criado (2000) lo describe de esta manera:

La palabra 'depresión' ha pasado así a formar parte de nuestro lenguaje cotidiano (...) el fenómeno depresivo se ha convertido en una de las psicopatologías más 'populares'. Al empleo común del término se le añaden infinidad de adjetivos... que, más que aclarar, contribuyen a enturbiar la comprensión de un concepto ya de por sí muy complejo. (p. 13)⁸

Más adelante advierte que "no se debe confundir la depresión con las reacciones que normalmente se tienen ante acontecimientos negativos o estresantes... a no

⁸ Todas las citas están elaboradas conforme a los criterios de la APA 2016. Ver Galán Govea, 2015.



ser que impliquen una intensidad o duración excesivos". (Hernangómez Criado, 2000, pág. 17).

Otra autora, Liz MacLaren (2014), lo expresa así:

El principal problema con la palabra *depresión*, es que coloquialmente se utiliza de maneras inadecuadas, aplicándose a una serie de actitudes o situaciones que tergiversan el verdadero significado, sugiriendo la presencia de una enfermedad mental (...) comúnmente se utiliza para expresar un estado de ánimo decaído o una forma de tristeza que puede ser muy ligera y temporal. El hecho de que muy a menudo digamos que nos encontramos deprimidos, por ejemplo, cada vez que estamos más desanimados o menos felices que de costumbre, dificulta la posibilidad de entender con claridad si la persona (...) realmente sufre una enfermedad. (p. 8)

Peor aún, en una sociedad donde la felicidad es una obligación, quienes realmente padecen depresión suelen negarla; otros, atribuyen sus síntomas a rasgos de carácter; y hay quienes lo sospechan, pero no buscan ayuda profesional para no ser considerados débiles, inútiles o poco inteligentes. Fromm (2000) lo sintetiza de la siguiente manera: "En el cuadro clínico tan frecuente en la actualidad no son sólo inconscientes las causas sino también el efecto de estar deprimido; a menudo esas personas no tienen conciencia de sentirse deprimidas". (Fromm, 2000, pág. 252).

En este punto es pertinente realizar una distinción entre duelo y depresión, ya que con frecuencia se les confunde; el primero está generado por la pérdida (de alguien amado, de un empleo, etc.) que "pueden originar en cualquier persona un estado de tristeza o pena (...) y que se considera normal en el sentido de que se espera que ocurra, dada una situación determinada (...) incluye tres periodos: el de desesperación, el de depresión y el de adaptación (...) la duración del duelo es variable, y va desde unas cuantas semanas hasta varios meses" (Calderón Narváez, 1984, pág. 17)

Todo lo anterior nos lleva a pensar que en torno a la depresión hay una gran cantidad de mitos, ideas erróneas y prejuicios.



Pero, a todo esto, ¿qué es la depresión? Como tal, la palabra proviene del latín: *de* y *premere*; oprimir. S. XVI. Aplastar, agobiar. (Corripio, 1996, pág. 139).

En su diccionario, La Real Academia Española propone estas definiciones:

1. f. Acción y efecto de deprimir o deprimirse.
2. f. En un terreno u otra superficie, concavidad de alguna extensión.
3. f. Período de baja actividad económica general, caracterizado por desempleo masivo, deflación, decreciente uso de recursos y bajo nivel de inversiones.
4. f. Psicol. y Psiquiatr. Síndrome caracterizado por una tristeza profunda y por la inhibición de las funciones psíquicas, a veces con trastornos neurovegetativos. (Real Academia Española, 2001, pág. 750).

En latín, *depressus* significa: hundido, que se hunde profundamente, bajo, profundo, humillado. (Vox, 1990, pág. 133).

Ahora bien, en su página de internet la Organización Mundial de la Salud explica que la depresión es:

un trastorno mental frecuente, caracterizado por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa, falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración⁹.

Agrega que también puede hacerse crónica o recurrente, obstaculizar la vida cotidiana, que afecta a más de 350 millones de personas en el mundo, es la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial de morbilidad, afecta más a la mujer que al varón y, en casos extremos puede conducir al suicidio¹⁰.

En los manuales clínicos suele ubicarse la depresión dentro de los trastornos del humor: "La sección de los trastornos del estado de ánimo incluye los trastornos que tienen como característica principal una alteración del humor" (APA, 2003, pág. 323).

Por su parte en el CIE-10 afirma que:

⁹ http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

¹⁰ ídem.



La alteración fundamental en estos trastornos es una alteración del humor o de la afectividad, por lo general en el sentido de la depresión (acompañada o no de ansiedad) o en el de la euforia. Este cambio suele acompañarse de uno del nivel general de actividad (vitalidad). La mayoría del resto de los síntomas son secundarios a estas alteraciones del humor y de la vitalidad o son comprensibles en su contexto. La mayoría de estos trastornos tienden a ser recurrentes y el inicio de cada episodio suele estar en relación con acontecimientos o situaciones estresantes.¹¹

Si hablábamos que entre los legos la palabra "depresión" suscita todo tipo de connotaciones negativas y un abanico de significados, este fenómeno no es ajeno del todo al ámbito clínico. Chemama (2007) lo explica de esta manera:

Permite agrupar perturbaciones muy diversas, perturbaciones de las que se puede tener la impresión de que no tienen nada de específico. Se recurre a este diagnóstico tanto para nombrar los momentos de ansiedad como los momentos de profundo sufrimiento psicológico (...) como la reacción a las dificultades de la vida. (p. 16)

Muriana et al. hablan incluso de que "lo que es cierto es que actualmente estamos frente a un abuso de diagnóstico de depresión: parece que todo lo que antes se identificaba como funcional, o por medio de una fuerte etiología psicológica -en la acepción médica-, ahora se diagnostique como depresión". (Muriana, Pattenó, & Verbitz, 2007, pág. 26).

Si el sobrediagnóstico es preocupante por sus implicaciones y consecuencias, Chichilla (1999) puntualiza otro aspecto substancial de la clínica psicológica o psiquiátrica:

Los antagonismos o extremismos doctrinales, psicologizantes frente a biologizantes son grupos de ignorancia o especulaciones doctrinales (...) Su posible riesgo de confusión semántica (síntoma, síndrome, enfermedad primaria o secundaria, sentimiento anímico normal) y también doctrinal o epistemológica (...) hacen que a veces se tengan visiones complejas

¹¹ (Organización Mundial de la Salud, 2016)



heterogéneas del tema y, por lo general, un tanto meramente mecanicistas.

(p. IX)

Por otro lado, la depresión no es estática y puede, incluso, tener aspectos sutiles que no siempre resulta fácil detectar: "el depresivo no tiene esperanzas ni alternativas para el futuro. Todo está parado, cancelado, nada es posible... Tiene la sensación de estar abrumado por todo". (Chinchilla Moreno, 2008, pág. 12). Además "el deprimido tiende a la pasividad y al abandono porque percibe la futilidad de sus esfuerzos y su incapacidad para encontrar satisfacciones". (De la Fuente Muñiz, 1960, pág. 216). Y "es la tragedia de la impotencia, que deja espacio, a veces, solamente a la lamentación. El paciente es una marioneta con los hilos cortados". (Muriana, Pattenó, & Verbitz, 2007, pág. 35); ello se debe a que "la depresión involucra todo un conjunto complejo de proyecciones de uno mismo, de la vida, del universo, de todo lo que rodea. Por proyección quiero decir la manera en que interpretamos el significado de algo ambiguo o poco claro". (Yapko, 2006, pág. XVI).

Un aspecto poco tomado en cuenta, cuando de la depresión se trata, es el que involucra a las personas que se encuentran alrededor del enfermo:

la vida de las personas deprimidas se altera profundamente en las esferas familiar, ocupacional y social. La depresión es un estado que afecta siempre a los que conviven con la persona que sufre, quienes, por lo general, no comprenden las razones del cambio a veces dramático del enfermo y se sienten incapaces de ayudarlo. (De la Fuente R. , 2000, pág. 439).

Lo anteriormente expuesto nos lleva a pensar que no existe *la* depresión, sino una amplísima variedad de presencias de ella, cada una con sus causas y manifestaciones particulares. Por lo cual su oportuno diagnóstico puede prevenir que la enfermedad se prolongue innecesariamente o, incluso, impedir la posibilidad de un suicidio.



Sus causas

Hemos visto que la depresión está considerada dentro de los trastornos del humor, es una enfermedad que puede llegar a ser incapacitante y afecta no sólo a quien la padece, sino a los que le rodean; se caracteriza, entre otros, por un estado continuo de tristeza, desánimo, incapacidad para contemplar soluciones objetivas a los problemas, autorreproches, pesimismo, autocrítica; así como alteraciones del sueño, del apetito y de la esfera psicomotriz.

La depresión puede tener un origen interno o *endógeno*, ocasionado por alteraciones estructurales y bioquímicas del cerebro, además de tener un fuerte componente hereditario. Entre sus características se encuentran:

- Naturaleza constitucional-hereditaria.
- Historia familiar de trastornos afectivos.
- Personalidad premórbida adaptada.
- Constelación clínica específica:
 - *Trastornos cronobiológicos: mejoría vespertina, despertar precoz, inicio en primavera/otoño.
 - *Tristeza vital, que el paciente identifica con claridad diferente de la experimentada ante un problema cotidiano.
 - *Anhedonia total.
 - *Trastornos psicomotores, en especial, inhibición.
 - *Anorexia y pérdida de peso.
 - *Ideas deliroides: culpa, ruina, hipocondría.
 - *Mayor riesgo suicida. (Vallejo Ruiloba, 2012, pág. 11)

El segundo tipo de depresión es el denominado *exógeno* o reactivo. En esta categoría los motivos que desencadenan un proceso depresivo pueden ser muy variados y complejos e interactúan de manera distinta en cada caso. Dichas causas pueden ser:

- 1) Una pérdida, de cualquier índole, que sea considerada como importante para el paciente, por ejemplo: de un ser querido (por muerte o por separación), el trabajo, un objeto cotidiano, la estabilidad financiera, etc.



- 2) El detonante también puede ser una situación que irrumpe, como una fractura en la vida de la persona, como un accidente grave, divorcio, un cambio de domicilio o de residencia, el exilio, etc., situaciones todas ellas que también suelen ir acompañadas de mucho estrés y/o ansiedad.

Cabe destacar que no es la experiencia en sí o la pérdida como tal lo que genera la depresión, sino la significación particular que esto tiene para el paciente, como lo explica De la Fuente (1960):

en la depresión neurótica, la pérdida de confianza, el desaliento, el desinterés, la perturbación del apetito, del sueño y de la capacidad para el trabajo aparecen como desproporcionadamente intensos en relación con una situación frustrativa que no es tan obvia o que ni siquiera es discernible. Lo que ocurre es que por circunstancias internas, la pérdida actual tiene implicaciones más graves para el sujeto. (p. 216)

- 3) La personalidad del paciente. Entre los factores que predisponen a la depresión están la rigidez de pensamiento que dificulta la adaptación a los cambios de la vida, tendencia a la negatividad y a pasividad, baja autoestima y perfeccionismo. Dichos factores pueden, incluso, tener su raíz en una infancia desprovista de cariño y respeto. Para Bellak (1993) tiene nueve variables: a) problemas en la regulación de la autoestima, b) superyó severo, c) (Intra) agresión, d) pérdida, e) desilusión, f) decepción, g) hambre de estímulos (oralidad), h) dependencia de nutrientes narcisistas externos e i) negación (p. 46). Por otro lado, para Chinchilla (1999) el psicoanálisis explica la depresión: "como el resultado de la agresividad introyectada (dirigida contra el propio individuo), la pérdida del objeto (real o simbólico) y el fracaso ante el narcisismo". (pág. 71)
- 4) En las mujeres, además de los factores ya expuestos, hay otro tipo de circunstancias que les pueden suscitar algún grado de depresión. Ello fue ampliamente estudiado por Dio Bleichmar (1995), quien enfatiza: "lo que deprime a las mujeres son las consecuencias derivadas de la forma en que deben vivir su feminidad. (...) poseemos características que nos definen, características que tienen mucho más que ver con la forma en que hemos



sido educadas a lo largo de la Historia que con la naturaleza misma de nuestro cuerpo" (pág. 13). En las sociedades patriarcales las mujeres son más vulnerables que los hombres a la depresión, debido a:

- a. la esencial importancia de las relaciones, su intimidad -grado de- y permanencia; a lo cual se agregan condiciones adversas para sustituir relaciones frustradas.
- b. La mujer se vuelve especialista en aliviar el dolor ajeno y dar alegría y consuelo; pero no se lo proporciona a sí misma (p. 16).

Además, la depresión puede presentarse en momentos específicos en la vida de una mujer, como después del parto, en la mediana edad y en la etapa posmaternal en lo que se conoce como síndrome del "nido vacío" (pp. 25-26). Dio Bleichmar también señala los síntomas no por fuerza han de experimentarse en conjunto, muchas mujeres no perciben estar deprimidas o simplemente pueden padecer lo que ella denomina *depresión encubierta*, que aunque no son inhabilitantes, los síntomas pueden entorpecer una existencia plena. Es necesario hacer notar que la autora menciona una serie de antecedentes que resultan significativos para el esclarecimiento de la depresión en la mujer:

- a) Muerte de la madre durante la infancia.
 - b) Condiciones de aislamiento social: migración, exilio, cambio de residencia.
 - c) Más de dos o tres hijos pequeños a su cargo.
 - d) Carencia de una red de apoyo (pág. 52).
- 5) También existen causas sociales o ambientales que pueden propiciar la aparición de la depresión y/o prolongar la enfermedad, como la pobreza, inseguridad, un conflicto armado, por mencionar algunos; García Toro (2014) menciona también que:

"El riesgo de padecer depresión también cambia en función de la raza y el color de la piel. La raza blanca muestra tasas de prevalencia más altas que la raza negra, latina o asiática" (p. 61). Este último criterio nos parece poco convincente, ya que el autor no especifica con base en qué se eligen estos



parámetros. Cabe pensar si en latitudes fuera de Europa o América del Norte se debe a sistemas de salud deficientes o inexistentes, pues ¿cómo saber si una indígena de la sierra tarahumara padece o no depresión? No hay quien dé testimonio de ello, quizá ella buscó ayuda en la herbolaria a falta de otra alternativa; quizá piense que es "pasajero"; quizá nunca lo sepa y pase el resto de su existencia con depresión. Si de los blancos y ricos se conoce más, es porque tienen acceso a los servicios de salud y el dinero para médico y farmacia. El que grupos no blancos no tengan índices altos de depresión no tiene nada que ver con el color de la piel, sino con sus posibilidades de acceso a los servicios de salud competentes y a los medicamentos que ha lugar.

Además, diversos periódicos en línea (como la BBC¹², RT¹³, etc.) hablan del aumento de las tasas de suicidio en China o México... poblaciones que, supuestamente, padecen menos depresión.

Si la tónica para tener depresión fuera esa, habría que preguntarse qué hay de grupos no claramente identificados en una "raza", como los turcos, los argelinos, los libaneses (que se consideran a sí mismos *fenicios*) o los bosnios; por no hablar de las etnias americanas como los navajos, los rarámuri o los quechuas.

Ahora bien, hay una serie de problemas que dificultan aún más el diagnóstico adecuado y el acceso al tratamiento de la depresión, a saber, que el paciente no tenga conciencia de la enfermedad, que no consulte a un especialista por miedo o prejuicio, que el cuadro clínico se presente enmascarado (angustia, insomnio, etc.) en cuyo caso el paciente acude con el médico general y no recibe un diagnóstico preciso, prejuicios hacia la medicación y la falta del medicamento ideal (Chinchilla Moreno, 1999, pág. 2). Por lo tanto, según Chinchilla "el tema que nos ocupa, el

¹² "La región donde los jóvenes se matan" en

http://news.bbc.co.uk/hi/spanish/science/newsid_3596000/3596071.stm

"Ola de suicidios en China" en http://news.bbc.co.uk/hi/spanish/specials/newsid_2527000/2527445.stm

"Aumenta el suicidio de jóvenes en México" en

http://www.bbc.com/mundo/america_latina/2009/09/090914_2331_mexico_jovenes_suicidio_gm

¹³ "¿Quiénes son los rarámuris, el pueblo indígena que se cuelga en los árboles por la tristeza?" en

<https://actualidad.rt.com/sociedad/208635-pueblo-indigena-ramuris-suicida>



de las depresiones, habrá que mirarlo, pues, desde este modelo biopsicosocioambiental. Es necesario conocer una serie de variables en cuanto a los problemas sociosanitarios que generan las depresiones, al igual que otras variables relacionadas con los aspectos clinicoepidemiológicos". (Chinchilla Moreno, 1999, pág. 1).

Generalidades sobre su tratamiento

Si el adecuado y oportuno diagnóstico de la depresión es complejo por la gran cantidad de causas y orígenes que puede tener, su tratamiento es relativamente más sencillo, ya que desde organismos internacionales del más alto nivel hasta literatura de autoayuda ofrecen medidas y recomendaciones para su cura. Algunas de ellas son las siguientes.

La Organización Mundial de la Salud establece como parámetros para el adecuado tratamiento de la depresión:

- ❖ Antidepresivos.
- ❖ Psicoterapia estructurada breve.
- ❖ Activación conductual.
- ❖ Enseñanza de la relajación.
- ❖ Actividad física¹⁴.

En este apartado no se profundiza sobre las características que han de tener dichos parámetros, sino que los presenta más bien como directrices a tomar en cuenta; sin embargo, en la página web de la Organización Panamericana de la Salud se ofrece una guía en PDF para el tratamiento integral de la depresión, la cual se basa en seis ejes: comunicación, evaluación, tratamiento y monitoreo, movilización del apoyo social, derechos humanos y atención al bienestar general (Organización Panamericana de la Salud, 2016). De manera sucinta cada uno implica lo siguiente:

¹⁴ http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/depression/es/



Comunicación:

- Asegurarse que la comunicación sea clara, comprensiva y sensible a las diferencias de edad, género, cultura e idioma.
- Ser amistoso, respetuoso e imparcial en todo momento.
- Responder con sensibilidad a la revelación de información privada y problemática.
- Brindar información a la persona acerca de su estado de salud en términos que sea capaz de entender.
- Preguntar a la persona cuál es su entendimiento respecto de la condición que padece.

Evaluación:

- Obtener una historia médica, de la sintomatología, su pasado e historia familiar, según sea necesario.
- Realizar una evaluación física general.
- Evaluación para detectar problemas psicosociales, observando los problemas en las relaciones sociales actuales y pasadas, las condiciones de vida y circunstancias financieras, y cualquier otro acontecimiento estresante en curso.

Tratamiento y monitoreo:

- Determinar la importancia del tratamiento para la persona, así como su disposición para participar en el mismo.
- Determinar las metas para el tratamiento y realizar un plan que respete las preferencias de atención (también las de sus cuidadores, si corresponde).
- De acuerdo con el paciente, diseñar un plan para la continuación y seguimiento.
- Explicar las dudas e inquietudes de manera realista, así como las expectativas de un mejor funcionamiento y recuperación.
- Evaluar de manera continua los efectos y resultados del tratamiento, las interacciones de los medicamentos, ajustándolo según corresponda.



- Registrar en la historia clínica los aspectos claves de la relación de la persona con su familia.
- Solicitar sesiones de seguimiento más frecuentes para los adultos mayores con trastornos prioritarios y pérdida de independencia o que están en situación de aislamiento social.
- Asegurarse que las personas sean tratadas de manera integral.

Movilización del apoyo social:

- Ser sensible a los retos sociales a los que puede tener que enfrentarse la persona y observar cómo estos retos pueden influir en la salud física y mental y en su bienestar.
- Cuando sea apropiado, involucre al cuidador o familiares.
- Promover la participación en grupos de auto ayuda.
- Identificar y activar posibles fuentes de apoyo social y comunitario en el área local, incluyendo el educativo, de vivienda y vocacional.
- Para los niños y adolescentes, coordine con las escuelas el apoyo educativo y social, cuando sea posible.

Derechos humanos:

- Prestar atención a los estándares nacionales e internacionales de los derechos humanos.
- Promover la vida autónoma e independiente en la comunidad.
- Brindar servicios que respeten la dignidad de la persona, que sean culturalmente sensibles y apropiados y libres de discriminación a causa de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra clase, origen nacional, étnico, indígena o social, propiedad, nacimiento, edad u otras condiciones.
- Asegurarse que la persona entienda el tratamiento propuesto y que otorgue un consentimiento libre e informado.
- Con el consentimiento de la persona, mantener a los cuidadores informados acerca de su estado de salud, incluyendo los asuntos relacionados con la evaluación, tratamiento, seguimiento y cualquier posible efecto secundario.



- Evitar el estigma, la marginalización y la discriminación, y promover la inclusión social de las personas fomentando vínculos sólidos con los sectores de empleo, de educación, el sector social (incluyendo vivienda) y otros sectores relevantes.

Atención al bienestar general:

- Ofrecer consejos sobre la actividad física y el mantenimiento de un peso corporal saludable.
- Informar a las personas sobre el consumo perjudicial del alcohol y conductas de riesgo (por ejemplo, sexo sin protección).
- Continuar, en la medida de lo posible, con las actividades que solían ser interesantes o placenteras.
- Tratar de mantener un ciclo de sueño regular: acostarse a dormir a la misma hora todas las noches, tratar de dormir la misma cantidad de horas que antes y evitar dormir en exceso.
- Mantener actividad física periódica.
- Hacerle ver al paciente la importancia de realizar actividades sociales periódicas.
- Reconocer los pensamientos negativos de autolesión o suicidio y buscar ayuda cuando se presenten.
- Preguntar sobre los factores psicosociales estresantes actuales y, en la medida de lo posible, abordar las dificultades y la capacidad para resolver problemas.
- Evalúe y maneje cualquier situación de maltrato, abuso y descuido.

El National Institute of Mental Health de los Estados Unidos, ofrece en su página web información importante para el tratamiento de la depresión¹⁵ enfatiza, lo cual nos parece interesante, la actitud adecuada de las personas que están en contacto con el enfermo, y además ofrece una guía de autoayuda para el paciente. Los principios más destacados son los siguientes:

¹⁵ <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression/index.shtml>



- 1) Si conoce a alguien que está deprimido, esto también le afecta a usted. Lo primero y más importante que puede hacer es ayudarlo a conseguir un diagnóstico y tratamiento adecuados. Tal vez necesite pedir una cita a nombre de su amigo o familiar y acompañarlo a ver al médico. Anímelo a no abandonar el tratamiento.
- 2) Ofrézcale apoyo emocional, comprensión, paciencia y ánimo. Si entabla una conversación, escuche con atención.
- 3) Nunca desacredite los sentimientos, pero señale las realidades y ofrezca esperanza.
- 4) Nunca ignore los comentarios acerca del suicidio y comuníquelos a los familiares, terapeuta de su amigo o familiar.
- 5) Invítelo a hacer caminatas, excursiones, y otras actividades. Aunque se niegue, siga intentándolo, pero no lo presione a hacer demasiadas cosas, pues las exigencias pueden aumentar los sentimientos de fracaso.

Entre las recomendaciones para el autocuidado, el National Institute of Mental Health¹⁶ hace estos señalamientos:

- Comience a practicar actividades o ejercicios físicos moderados. Vaya al cine o a algún otro evento o actividad que solía disfrutar. Participe en actividades religiosas, sociales o deportivas.
- Asígnese metas realistas.
- Divida las tareas grandes en tareas pequeñas, establezca algunas prioridades, y haga lo que pueda cuando pueda.
- Trate de pasar tiempo con otras personas y elija un amigo o familiar de confianza como confidente. Trate de no aislarse y deje que los demás lo ayuden.
- Espere que su ánimo mejore poco a poco y no de inmediato. Frecuentemente, durante el tratamiento de la depresión, el sueño y el apetito comenzarán a mejorar antes de que su estado de ánimo deprimido desaparezca.

¹⁶ Ídem.



- Aplazue las decisiones importantes, tales como contraer matrimonio, divorciarse o cambiar de empleo, hasta que se sienta mejor. Hable sobre decisiones con otras personas que lo conozcan bien y tengan una visión más objetiva de su situación.
- Recuerde que los pensamientos positivos reemplazará los pensamientos negativos a medida que su depresión responda al tratamiento.

En la bibliografía consultada se ofrecen parámetros de tratamiento similares a lo ya expuesto hasta ahora, si bien, varía el énfasis que se hace ya sea en la medicación, en los aspectos ambientales, en la psicoterapia o el autocuidado, todos coinciden en que el tratamiento debe adaptarse lo mejor posible a las condiciones personales del paciente, ser oportuno, involucrar al enfermo y a su red de apoyo; también se insiste en que la medicación ha de ser administrada por un especialista (no por el médico general), su ingesta ha de realizarse conforme a la prescripción otorgada, nunca suspender de golpe el medicamento ni hacer ajustes del mismo por parte del paciente.

En cuanto a la modalidad de psicoterapia, ésta puede ser individual o grupal y todos los autores coinciden en que ésta es necesaria; el enfoque a seguir estará determinado por la gravedad de los síntomas, su duración, el acceso a los servicios profesionales, las posibilidades económicas del paciente, su grado de compromiso, etc.

Respecto a las metas terapéuticas los autores consultados también coinciden en aspectos esenciales: que el paciente no tome decisiones importantes, que haga ejercicio físico, que establezca patrones de sueño y alimentación adecuados, que mantenga contacto con amigos y familiares, que continúe con sus actividades cotidianas en la medida de lo posible, que realice las actividades que resultaban de su agrado, que, mediante las técnicas adecuadas, controle su ansiedad y pensamientos catastrofistas, y que recobre paulatinamente su independencia y una visión positiva de la vida. En síntesis: "básicamente los principios terapéuticos, psicológicos y somáticos deben complementarse y no excluirse entre sí" (Benkert, 1981, pág. 46).



Actualmente existen una serie de escalas y test para medir la presencia de la depresión y su grado de severidad, entre las más comunes están el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 (MMPI-2), la Escala de Hamilton, el Inventario de Beck y la Escala de Autoevaluación de Zung, entre otras.

Algo que llama poderosamente la atención es que no se habla, ni siquiera la OMS, de un aspecto esencial: la prevención.

Finalmente, con respecto a la psicoterapia, Muriana et al. dicen lo siguiente: "El arte de hacer terapia es el arte de persuadir a alguien para que haga algo diferente de lo que hace o piensa, pero que no funciona, o a que haga algo más útil, puesto que lo que hace no es suficiente". (Muriana, Pattenó, & Verbitz, 2007, pág. 167)

La melancolía

"Cuidado con la tristeza. Es un vicio."
Gustave Flaubert

Nada concerniente a lo humano es simple o directo. En cada uno de sus aspectos se hace indispensable ver los fenómenos desde variadas perspectivas para alcanzar una comprensión lo más amplia posible de sus causas, efectos y alcances. Es por ello que parece pertinente hablar sobre un fenómeno ligado fuertemente a la depresión, como es la melancolía, para lograr una aproximación más profunda a la tristeza no sólo como patología.

El reconocimiento, orígenes y tratamiento de las enfermedades mentales ha ocupado no sólo a médicos, sino a pensadores y religiosos desde tiempos muy remotos en la historia de la humanidad. Un mismo fenómeno puede cambiar, no sólo de nombre, a la luz del tiempo, del lugar, de nuevas observaciones, creencias o tradiciones para hacerlo accesible al entendimiento. Este fenómeno también abarca, desde luego, la percepción que se tiene de las enfermedades mentales y su tratamiento; en este sentido la depresión es un excelente ejemplo de ello: sus orígenes se han atribuido a múltiples causas, que van desde la influencia de los astros o las divinidades, hasta la alimentación o el desequilibrio de sustancias corporales.



En casi toda la bibliografía consultada se expone la evolución de lo que hoy se denomina 'depresión'; por supuesto, no siempre ha tenido este nombre, anteriormente en Europa se le conocía como *melancolía*.

El vocablo melancolía proviene del latín tardío *melancholia* 'atrabilis', y este del gr. *μελαγχολία* *melancholia*, cuyos significados son:

1. f. Tristeza vaga, profunda, sosegada y permanente, nacida de causas físicas o morales, que hace que quien la padece no encuentre gusto ni diversión en nada.
2. f. Med. Monomanía en que dominan las afecciones morales tristes.
3. f. desus. Bilis negra o atrabilis. (Real Academia Española, 2001).

Melancolía: "De acuerdo con su etimología, humor negro. En el lenguaje común, tristeza sin motivo." (Abbagnano, 2010, pág. 700).

En la Grecia clásica, la teoría hipocrática partía de la idea que la salud y la enfermedad, así como el temperamento humano, estaban dominados por cuatro sustancias corporales denominadas "humores"; su equilibrio era sinónimo de salud, la carencia o exceso de alguno de ellos traía consigo la enfermedad.

Los cuatro humores eran la sangre y su exceso daba pie al temperamento sanguíneo, caracterizado por lo que hoy se denominaría 'manía'. El segundo humor era la flema y el temperamento flemático en que dominaba la apatía. El tercero era la bilis amarilla, la de la cólera y su consecuencia, la ira (hoy estaría relacionada con el control de impulsos). Y por último la bilis negra, propia del temperamento melancólico, cuyo exceso daría paso a la tristeza continua.

El cambio más significativo en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad llegaría varios siglos después:

Durante el Renacimiento la melancolía seguía siendo un concepto vago que comprendía el terreno medio entre la insensatez y la locura... Richard Burton en su *Anatomía de la melancolía* (1621), pensaba que la melancolía podía tener un origen multicausal, desde los factores psicológicos hasta la herencia y la falta de afectos en la infancia... Paracelso postulaba la existencia de mecanismos fisiológicos de índole iatroquímica, y proponía medidas terapéuticas a través de la administración de sustancias químicas. (Chinchilla Moreno, 2008, pág. 22)



Otro avance importante en el estudio de la depresión se presenta cuando Kraepelin "clasifica y define, sobre la base de los síntomas, pronóstico y proceso subyacente, los diferentes tipos de enfermedades mentales (...) En 1896 introdujo el concepto de locura maníaco-depresiva y en 1899 describe la melancolía involutiva" (Chinchilla Moreno, 2008, pág. 19).

Estudios más recientes hablan no sólo de una personalidad melancólica, sino de la melancolía como tal en tanto síndrome.

Entre las características de la personalidad melancólica mencionadas por Chinchilla (2008), con base en los estudios de Tellenbach, están las siguientes:

- El depresivo está acostumbrado a su orden y espacio y a rendir al máximo en ello.
- Al cambiar, por el motivo que sea, aparece la ineludencia, se pone en peligro su orden establecido y conocido, cambia su espacio, su orden.
- La depresión aparecería por un cambio de situación sobre una persona con predisposición endógena.
- No es capaz de trascender sus propias barreras.
- En cuanto a la remanencia, no poder con las exigencias, con "sus exigencias", estar en deuda frente al rendimiento propio, no rendir, quedar rezagado, no poder cumplir con su deber.
- Todo ello genera culpa y riesgos.
- En cuanto a la personalidad melancólica (Tellenbach):
 - *Se trata de enfermos muy exigentes.
 - *Con exageración por el orden.
 - *Autoexigentes e intolerantes.
 - *Concienciosos y escrupulosos.
 - *Inflexibles e inseguros.
 - *Trabajadores ejemplares.
 - *Pesimistas, poco dados a las fantasías.
 - *Dependientes de los demás.
 - *Influenciables.



*Verbalizan poco las emociones.

*No les gusta deber nada." (Chinchilla Moreno, 2008, pág. 14)

Por su parte, Fenichel considera incluso que puede ser un estado psicótico cuando "en forma leve, la depresión se presenta en casi todas las neurosis (al menos, bajo la forma de sentimientos neuróticos de inferioridad). En su forma más intensa, es el más terrible de los síntomas que caracterizan el angustioso estado psicótico de la melancolía" (2006, pág. 436).

Suele pensarse que el término 'melancolía' se encuentra en desuso; sin embargo, hay autores como Vallejo Ruiloba (2012) que estiman que la melancolía es un síndrome como tal, con características propias y sintomatología definida:

La melancolía es un síndrome depresivo con una entidad psicopatológica específica, consistente en una disfunción recurrente y debilitante, que cursa con una afectación cualitativa diferencial del humor, la psicomotricidad y las funciones neurovegetativas, que puede acompañarse de síntomas de la esfera psicótica, y en la que es frecuente la existencia de disfunciones neuroendocrinas relacionadas con el eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal(...) Es un síndrome que puede presentarse en diferentes entidades y bajo diversos epígrafes, como el trastorno bipolar, la depresión psicótica, la depresión estúpida o la depresión puerperal. (p. 17)

Por ser la consecuencia extrema y, quizá, la más dolorosa de la depresión o la melancolía, sea porque se le considere un tabú, un pecado o una insensatez nos vemos obligados a detenernos por un instante en el fenómeno del suicidio.

El suicidio

El vocablo significa: quitarse voluntariamente la vida. (Real Academia Española, 2001). De todas las definiciones consultadas, la de Durkheim (2007) nos pareció la más completa y descriptiva: "se llama suicidio todo caso de muerte que resulte,



directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado" (p. 23).

En su *Diccionario de Filosofía*, Abbagnano (2010) le dedica un extenso apartado al tema del suicidio, cuyos puntos esenciales enlistamos a continuación: Los filósofos han condenado el suicidio por los siguientes motivos:

- 1) Por ser contrario a la voluntad divina. (Platón, San Agustín, Santo Tomás)
- 2) Porque el suicidio no llega a separar suficientemente el alma del cuerpo. (Plotino, Schopenhauer)
- 3) Por ser la transgresión de un deber hacia uno mismo por cuanto, como dice Kant, "el hombre está obligado a la conservación de la propia vida precisamente por el hecho mismo de ser persona".
- 4) Por ser un acto vil. (Fichte)
- 5) Por ser injusto hacia la comunidad a la que pertenece el suicida. (Aristóteles)

Por otro lado, los filósofos han considerado al suicidio lícito y obligado por los siguientes motivos:

- 1) Porque puede ser un deber el renunciar a la vida cuando el continuar haría imposible el cumplimiento del propio deber. (Cicerón, los estoicos griegos)
- 2) Por ser una afirmación de la libertad del hombre contra la necesidad. (Epicuro, Nietzsche)
- 3) Porque puede ser el camino de salida de una situación insostenible y la única manera de salvar la propia dignidad y libertad (Hume, Sartre, Jaspers). (Abbagnano, 2010, págs. 996-997)

Aunque el suicidio es una decisión y un acto personales, sus alcances tocan no sólo a la familia, sino a la comunidad en que está inserto el suicida; en ese acto convergen múltiples causas que pueden ser o no inteligibles para los demás, y sus razones también pueden ser o no consideradas como válidas por parte de los allegados.

¿Qué lleva a una persona al suicidio? En primer lugar, un trastorno mental, en especial la depresión severa; que impone al enfermo una limitante para ver con objetividad su situación y las posibles soluciones a sus problemas. Además, puede tener raíces muy profundas como lo señala Fenichel (2006):



El suicidio del depresivo es, si se lo examina desde el punto de vista del superyó, una vuelta del sadismo contra la propia persona... Desde el punto de vista del yo, el suicidio es, ante todo, una expresión del hecho de que la terrible tensión producida por el superyó se ha hecho insostenible. A menudo parece expresarse el pensamiento pasivo de renunciar a toda lucha activa. La pérdida de la autoestima es tan completa que se abandona toda esperanza de recuperarla. (p. 450)

Otras patologías que también pueden conducir al suicidio son "los estados esquizofrénicos, el alcoholismo y la dependencia de drogas" (De la Fuente R. , 2000, pág. 489).

Una causa más tiene que ver con llevar una vida carente de sentido (De la Fuente R. , 2000, pág. 489) en que imperan sentimientos de monotonía, el vacío, la soledad, la culpa; se han perdido valores tradicionales y las familias se han disgregado o vuelto disfuncionales.

Un factor más es la personalidad del suicida: "están más predispuestos a recurrir al suicidio: personas *esquizoides* y otras sujetas a cambios cíclicos del humor son las que tienen un riesgo mayor. Personas retraídas, introvertidas y aisladas, con rasgos obsesivos y conciencia moral rígida" (De la Fuente R. , 2000, pág. 489).

Una crisis también puede ser el detonante de un suicidio como un rompimiento sentimental, una enfermedad grave, problemas financieros o la evasión de responsabilidades y consecuencias por los propios actos.

Finalmente, las motivaciones que conducen al suicidio también pueden estar marcadas por temas de tipo social, como la defensa de ideales políticos o religiosos, cuestiones de honor o, incluso, estar relacionadas con el sacrificio y la dignidad.

En cuanto a los intentos del mismo vemos que hay diferencias significativas entre los sexos, por ejemplo:

los intentos de suicidio son relativamente más frecuentes entre las mujeres jóvenes, mientras que los suicidios consumados son relativamente más comunes entre los hombres maduros y las personas de edad avanzada.



También es más común entre los divorciados, los viudos y los solteros que entre los casados. La incidencia es mayor entre los profesionistas (particularmente entre los médicos), que entre los no profesionistas.

(De la Fuente R. , 2000, pág. 485)

En síntesis, como dice Rojtenberg (2006) "existen diferentes motivaciones para el acto suicida, manifiestas o subyacentes, que van desde el propósito de manipular abiertamente con un fin determinado ("gesto suicida") hasta el deliberado intento de producirse la muerte" (p. 525).

El conocer la historia y circunstancias de quien decide suicidarse puede ayudar a comprender el acto, aunque no sea justificable a los ojos de los demás; es muy probable que la decisión sobre el dejar de existir tenga por telón de fondo la liberación y la tranquilidad de las que no goza en vida el suicida: "se lleva a cabo porque las esperanzas e ilusiones de una tranquilizadora gratificación se hallan vinculadas a la idea de suicidio" (Fenichel, 2006, pág. 451).

A manera de conclusión, se puede afirmar que existen muchas causas para que una persona se suicide, la validez o no de las mismas escapa a los alcances de este trabajo; pero algo que queda claro es que puede ocurrir en personas de cualquier rango de edad, condición socioeconómica o académica y que el común denominador es la desesperación y la pérdida tanto de la esperanza como de la curiosidad por la vida.



RESULTADOS

"La abeja laboriosa no tiene tiempo para la tristeza."

William Blake

Por la gran demanda de atención a pacientes con algún grado de depresión que hay en el CSP "Dr. Guillermo Dávila" es que se decidió, junto con la jefa del Centro, la Dra. Noemí Díaz Marroquín, que se impartiera un taller dirigido al público adulto con algún grado de esta enfermedad. Para evitar confusiones al momento del registro y la inscripción, así como para lograr captar la atención de los potenciales usuarios se decidió titularlo: "Manejo de Depresión en Adultos".

Para su difusión se elaboró un cartel a tamaño carta con el formato que se estipula en los manuales de calidad del propio CSP, donde se informaban las fechas en que se impartiría el taller: horarios, sede, público al cual va dirigido, etc. Se incluye una copia del mismo en los Anexos¹⁷.

Se impartieron tres talleres, cada uno con una duración de 20 horas. En principio, los objetivos de los talleres fueron: dar habilidades para la vida, dar a conocer qué es la depresión y generar adherencia terapéutica.

Se consideró importante brindar a los participantes los conocimientos y destrezas necesarias para la regulación emocional, habilidades sociales, resolución de conflictos y reconocimiento del estado físico-emocional para el tratamiento de la depresión. Lo cual se logró identificando los principales síntomas, reconociendo ideas erróneas, por ejemplo, que la depresión se "cura sola" o "al paso de poco tiempo"; o mitos en torno a esta enfermedad, como que sólo afecta a personas de "carácter débil"; a su tratamiento, por ejemplo: "unos tragos de alcohol" son más efectivos que la medicación prescrita por un psiquiatra, o que "el mejor terapeuta es Chivas Regal"; así como al uso de medicación, verbi gracia que quienes toman medicación recetada por un profesional son "drogadictos", etc. También se ofrecieron herramientas generales a los usuarios en los rubros de autoestima, entrenamiento en asertividad, habilidades de

¹⁷ Anexo 2, p. 159.



comunicación, etc. que les sirvieran para enfrentar las dificultades de la vida cotidiana allende los límites de la facultad de Psicología.

Se ha observado en el CSP que los talleres que tienen un número extenso de sesiones tienen altos índices de deserción; por esta razón se decidió, junto con la Jefa del Centro, que los talleres tuvieran solamente cinco. Cada una de las cuales estuvo planificada para, por un lado, no desviarse de los temas propuestos y, por otro, ceñirse estrictamente al tiempo de las sesiones, mismas que tuvieron una duración de dos horas y media cada una:

Con base en los criterios otorgados por la Jefatura del CSP, el taller se diseñó con actividades que resultaran interesantes y, a su vez, que llevaran al autoconocimiento y la reflexión a los asistentes.

Durante el curso de la licenciatura en la Facultad, se nos pidió diseñar un taller, en nuestro caso, el tema seleccionado fue la depresión. Hubo la posibilidad de impartirlo en el propio "Guillermo Dávila" y se obtuvieron muy buenos comentarios por parte tanto de las autoridades del Centro como de los propios participantes.

Ya durante el Servicio Social se refinaron los temas, se incluyeron los relativos a dar a conocer qué son las emociones, los principales síntomas de la depresión, los mitos en torno a ésta y la importancia de llevar hábitos de vida saludables.

Primera sesión: se diferenció entre tristeza, duelo y depresión ya que suelen confundirse; además, se explicó que ante ellas hay una gran cantidad de creencias irracionales y mitos; se dieron ejemplos al respecto y se pidieron otros tantos a los talleristas.

El aclarar qué es la depresión y cuáles son sus síntomas implicó poner en lenguaje sencillo, alejado de tecnicismos, las herramientas para reconocer este padecimiento y actuar en consecuencia, es decir, acudir con un profesional de la salud mental.

Algo que se trabajó en la primera sesión, y a lo largo de todo el taller, fueron una serie de ejercicios que destacaran la realización de metas, planes y actividades a realizar tanto en el presente, como en lo futuro; ello con la finalidad



de ir generando confianza, esperanza y miras a una realización plena y satisfactoria del individuo. Esto es, si uno de los síntomas de la depresión es la falta de esperanza y el no creer en un futuro mejor, en el taller se propusieron acciones que, sutilmente, hicieran "levantar la vista" hacia mejores y más sanos horizontes.

En la segunda sesión se ofrecieron lineamientos para fortalecer la creatividad, para que, posteriormente, fuese aplicada en la resolución de problemas personales o laborales.

Se dieron a conocer las características generales de las creencias o ideas irracionales que manejamos cotidianamente sin darnos cuenta; entre sus características están: el que son generalizaciones, son ideas carentes de fundamento, son absolutistas, ilógicas, etc. Se enfatiza que éstas suelen ser fuente de angustia y sufrimiento. Al final, se les piden ejemplos a los participantes.

La tercera sesión tuvo dos líneas de trabajo, por un lado la asertividad y, ligado a esto, parámetros generales para mejorar la comunicación con los demás. Se realizó un ejercicio para que los asistentes tomaran conciencia sobre los temas que se tratan o no en sus familias, cuáles son los temas o asuntos de los que les molesta hablar, si hablan o no de sus sentimientos y cómo lo hacen, etc.

La cuarta sesión tuvo por eje las emociones: exponer qué son, cuáles son las básicas, mitos en torno a las mismas, etc. Tuvo por finalidad que los asistentes supieran cuáles son, reconocerlas y así poder darles un mejor manejo cuando se presentaran. Se realizó un ejercicio para conocer la forma en que se actúa en distintas circunstancias y las emociones que se generan a raíz de ello. Además se trabajó la autoestima: qué es, su diferenciación del egoísmo o narcisismo y características de una autoestima saludable. Se realizaron ejercicios tendientes a hacer que los talleristas, con base en la información revisada, analizaran este aspecto en relación con ellos mismos y con quienes los rodean. Se dejaron dos asignaciones para realizar a lo largo de la semana.

En la quinta y última sesión, se comentaron los resultados del ejercicio propuesto, se les dejó en libertad de compartir o no sus experiencias; aunque, en general, los asistentes se mostraron bien dispuestos a narrar sus reflexiones. Se



habló de las maneras que hay de afrontar los problemas y entre todos se propusieron ejemplos y las mejores soluciones para cada caso. Se realizaron ejercicios en equipo e individuales y se compartieron los resultados. Para finalizar se aplicaron nuevamente los inventarios de Beck y se concluyó el taller invitando a los asistentes a describir sus reflexiones y experiencias.

Es importante recalcar que tanto al inicio como al final de cada sesión se hacía una recapitulación de los temas vistos y las impresiones o dudas que generaron en cada uno de los talleristas. También se comentaba con regularidad que los grandes cambios inician con acciones pequeñas, pero constantes; que era recomendable seguir las indicaciones de su terapeuta, una vez que les fuera asignado tratamiento, no faltar a las sesiones, etc.

Los materiales empleados a lo largo del taller fueron los siguientes:

Etiquetas y plumones para que los talleristas escribieran su nombre y se lo colocaran de modo visible para todos los demás. Pizarrón, marcadores y borrador para escribir las anotaciones pertinentes. Test de Beck fotocopiados, bolígrafos para quien los necesitara y corrector. Proyector, pantalla, laptop, extensiones eléctricas, presentaciones Power Point en USB para la exposición de los contenidos. Reproductora de audio y fotocopias para los ejercicios.

Antes de iniciar cada reunión del taller se verificaban las condiciones del aula en que se llevaría al cabo: limpieza, orden y número suficiente de pupitres, iluminación y adecuada ventilación del espacio; así como los materiales de escritura, fotocopias, etiquetas, etc.; todo completo y en orden de utilización. Así mismo, el proyector ya se encontraba listo para iniciar con el material correspondiente. Lo anterior tenía por finalidad atender posibles imprevistos (en una ocasión fue necesario cambiar de laptop porque la primera estaba actualizando programas, razón por la cual no arrancaba el sistema operativo), para no perder tiempo de la sesión preparando los materiales y, no menos importante, ofrecer al usuario profesionalismo y calidad a la altura de esta Casa de Estudios.

Los planes de trabajo de cada sesión quedaron de la siguiente manera:



CONTENIDO TEMÁTICO SESIÓN 1	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES	MATERIAL DIDÁCTICO	TIEMPO
Bienvenida y presentación.	Generar un ambiente de confianza entre los participantes por medio de una dinámica.	Presentación de los miembros y realización de dinámica.	Etiquetas y plumones.	20 minutos
Encuadre del taller.	Informar sobre el tema del taller, sus normas, el objetivo y la metodología de trabajo ante los asistentes.	Exposición de objetivos y establecimiento de las normas de convivencia.	Pizarrón, marcadores y borrador.	10 minutos
Aplicación de test	Conocer el nivel de depresión de los participantes al iniciar el taller.	Pretest: "Inventario Beck"	Test fotocopiados, bolígrafos, corrector.	15 minutos
Conocer las características de la depresión	Que el paciente conozca los síntomas representativos de la misma.	Proyección PPT: "Introducción al concepto de depresión y sus características"	Proyector, pantalla, laptop, extensiones eléctricas, presentación PPT.	40 minutos
Habilidades para la vida.	Dar a conocer qué son las destrezas vitales como elementos de un plan integral de vida.	Proyección PPT: "¿Qué son las habilidades para la vida?"	Proyector, pantalla, laptop, extensiones eléctricas, presentación PPT.	15 minutos
Habilidades para la vida.	Dar a conocer qué son las destrezas vitales como elementos de un plan integral de vida.	Realización individual del ejercicio "Metas personales", para compartirlo con el grupo.	Fotocopias, bolígrafos, corrector, pizarrón, marcadores y borrador.	10 minutos
Un minuto de meditación.	Que el paciente conozca el proceso básico de atención plena.	Proyección de un video didáctico sobre el tema.	Proyector, pantalla, laptop, extensiones eléctricas, presentación PPT.	15 minutos
Cierre de sesión.	Recapitulación de la sesión para aglutinar los comentarios de los participantes sobre la sesión.	Intercambio y síntesis de opiniones.	Pizarrón, marcadores y borrador.	10 minutos



CONTENIDO TEMÁTICO SESIÓN 2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES	MATERIAL DIDÁCTICO	TIEMPO
Comentarios y dudas sobre la sesión anterior.	Refrescar la información trabajada en la sesión anterior.	Resolución de dudas mediante preguntas y respuestas.	Pizarrón, borrador y marcadores.	10 minutos
Habilidades para la vida.	Dar a conocer qué son las destrezas vitales como elementos de un plan integral de vida.	Comentarios sobre el ejercicio "Metas personales" con la ayuda de un PowerPoint.	Fotocopias, bolígrafos, corrector, pizarrón, marcadores, borrador y equipo de proyección.	30 minutos
Introducción a la TREC	Preparación para la explicación de lo que son las creencias racionales y las creencias irracionales.	Técnica de "Imaginación guiada".		10 minutos
Introducción a la TREC	Identificar los pensamientos que promueven actitudes derrotistas o de desesperanza para reconocer el pensamiento positivo y generar una actitud proactiva.	Presentación en PPT con las características de las CR y las CIR	Pantalla, proyector, laptop, cables, presentación PPT.	40 minutos
Pensamiento creativo.	Promover la generación de respuestas creativas ante las diversas situaciones de la vida cotidiana.	Presentación dinámica de los contenidos del pensamiento creativo: "Tips para desarrollar la creatividad".	Pantalla, proyector, laptop, cables, presentación PPT.	20 minutos
Pensamiento creativo.	Promover la generación de respuestas creativas ante las diversas situaciones de la vida cotidiana.	Ejercicio: "Creando historias".	Hojas bond, plumones, colores, corrector.	20 minutos
Cierre de sesión.	Recapitulación de la sesión para aglutinar los comentarios de los participantes sobre la sesión.	Intercambio y síntesis de opiniones.	Pizarrón, marcadores y borrador.	10 minutos



CONTENIDO TEMÁTICO SESIÓN 3	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES	MATERIAL DIDÁCTICO	TIEMPO
Comentarios y dudas sobre la sesión anterior.	Refrescar la información trabajada en la sesión anterior.	Resolución de dudas mediante preguntas y respuestas.	Pizarrón, borrador y marcadores.	15 minutos
Habilidades comunicativas.	Los participantes desarrollarán herramientas de comunicación para expresar sentimientos y pensamientos de manera clara y sin agredir.	1) Presentación en PPT con las características de las habilidades comunicativas. 2) Ejercicio individual: "Mejorar la comunicación familiar"	1) Laptop, cables, proyector, presentación PPT. 2) Hojas blancas, bolígrafos, corrector.	15 minutos 30 minutos
Asertividad	Identificación y adecuada expresión de ideas y sentimientos.	1) Presentación dinámica sobre la asertividad. 2) Ejercicio individual: ¿Cómo actuamos?	1) Laptop, cables, proyector, presentación PPT. 2) Hojas blancas, bolígrafos, corrector.	20 minutos 30 minutos
Cierre de sesión.	Recapitulación de la sesión para aglutinar los comentarios de los participantes sobre la sesión.	Intercambio y síntesis de opiniones.	Pizarrón, marcadores y borrador.	10 minutos



CONTENIDO TEMÁTICO SESIÓN 4	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES	MATERIAL DIDÁCTICO	TIEMPO
Comentarios y dudas sobre la sesión anterior.	Refrescar la información trabajada en la sesión anterior.	Resolución de dudas mediante preguntas y respuestas.	Pizarrón, borrador y marcadores.	10 minutos
Habilidades para el manejo de emociones.	Reconocimiento y adecuada expresión de emociones.	1) Presentación en PPT sobre las emociones. 2) Ejercicio: "Frasas incompletas"	1) Pantalla, proyector, laptop, cables, presentación PPT. 2) Hojas blancas, pluma, corrector.	20 minutos 30 minutos
Autoestima.	Promoción de una autoestima positiva mediante el autoconocimiento.	1) Presentación PPT sobre las características de la autoestima. 2) Ejercicio individual: "Mi árbol". 3) Ejercicio individual: "La hoja de la vida".	Pantalla, proyector, laptop, cables, presentación PPT. 2) Hojas blancas, bolígrafos, corrector. 3) Hojas blancas, bolígrafos, colores, etc.	20 minutos 25 minutos 25 minutos.
Cierre de sesión.	Recapitulación de la sesión para aglutinar los comentarios de los participantes sobre la sesión.	Intercambio y síntesis de opiniones.	Pizarrón, marcadores y borrador.	10 minutos



CONTENIDO TEMÁTICO SESIÓN 5	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES	MATERIAL DIDÁCTICO	TIEMPO
Comentarios y dudas sobre la sesión anterior.	Refrescar la información trabajada en la sesión anterior.	Resolución de dudas mediante preguntas y respuestas.	Pizarrón, borrador y marcadores.	10 minutos
Afrontar problemas.	Proporcionar herramientas para la mejor toma de decisiones.	1) Presentación dinámica de contenidos. 2) Ejercicio: "Resolviendo problemas".	1) Pantalla, proyector, laptop, cables, presentación PPT. 2) Hojas blancas, bolígrafos, corrector.	20 minutos 20 minutos
Habilidades para la vida.	La cotidianidad y la importancia de vivir el presente con tranquilidad.	Presentación PPT: "La tranquilidad".	Pantalla, proyector, laptop, cables, presentación PPT.	15 minutos
Habilidades para la vida.	Tomar conciencia sobre el valor de la vida.	1) lectura y reflexión sobre dos canciones: Gracias a la vida y la Fábula de los tres hermanos. 2) Realización individual del ejercicio: El valor de la vida. 3) Por equipos de tres personas se comentan y realizan conclusiones del ejercicio.	1) Fotocopias, hojas blancas, bolígrafos, etc. 2) Hojas blancas, bolígrafos, corrector. 3) Hojas blancas, bolígrafos, corrector.	25 minutos 15 minutos 25 minutos
Aplicación de test.	Conocer el nivel de depresión de los participantes al finalizar el taller.	Realización de postest.	Inventarios, bolígrafos.	10 minutos
Cierre del taller.	Recapitulación de la sesión para aglutinar los comentarios de los participantes sobre la sesión.	Intercambio y síntesis de opiniones.	Pizarrón, marcadores y borrador.	10 minutos



Resultados

Se pudo constatar que una cantidad considerable de personas se inscribieron a los talleres; sin embargo, aunque se realizan llamadas telefónicas para confirmar asistencia, muchos no se presentan por motivos diversos: los horarios del taller interfieren con los de su trabajo o estudios, no pueden cubrir el costo de las sesiones, surgen imprevistos, etc.

También es digno de mención que hubo personas que, aunque no padecían depresión ni tenían algún familiar o amistad con este padecimiento, asistían al taller por simple curiosidad o, incluso, con miras a ofrecer ellos mismos un taller de manera privada sobre esta temática.

Al finalizar cada taller, y como parte de las obligaciones del facilitador, se realizó la carpeta correspondiente que respalda el trabajo realizado. En dicha carpeta (resguardada en los archivos del propio CSP), además de los datos de identificación de la institución y del taller, se deben incluir:

- ❖ Carta descriptiva.
- ❖ Notas clínicas.
- ❖ Solicitudes de servicio.
- ❖ Fichas de admisión
- ❖ Inventarios de depresión y ansiedad de Beck: pre y pos test de cada paciente.
- ❖ Lista de participantes.
- ❖ Recomendaciones finales de los pacientes y su opinión sobre el taller.

Al primer taller asistieron 16 personas a la primera sesión y concluyeron 12. En el segundo iniciaron 25 y terminaron 8; en el tercero se presentaron 13 el primer día y finalizaron 5 personas; condensando los tres, tenemos que 25 personas acabaron el taller al que se inscribieron: 19 mujeres y 6 varones. Las edades fluctuaron entre los 62 y los 21 años en el caso de las mujeres, el mayor de los varones tenía 45 y el más joven, 22.

En general, los resultados que arrojaron la aplicación del Inventario de Depresión y el de Ansiedad de Beck, en pre y pos test fueron positivos: en casi



todos los casos hubo una disminución de los síntomas, tanto de la depresión como de la ansiedad.

Hubo dos casos en que los resultados del postest de depresión registró un aumento en la escala; en el caso de la ansiedad sólo un paciente mostró aumento. Dos personas tuvieron los mismos resultados al inicio y final del taller en la escala de ansiedad. Se desconocen las causas de estos resultados porque ya no hubo contacto con los talleristas una vez concluidas las sesiones respectivas.

Los resultados de los tres talleres se muestran en el siguiente cuadro.

Las abreviaturas empleadas son:

Mín=Mínima

Lev=Leve

Mod=Moderada

Sev=Severa

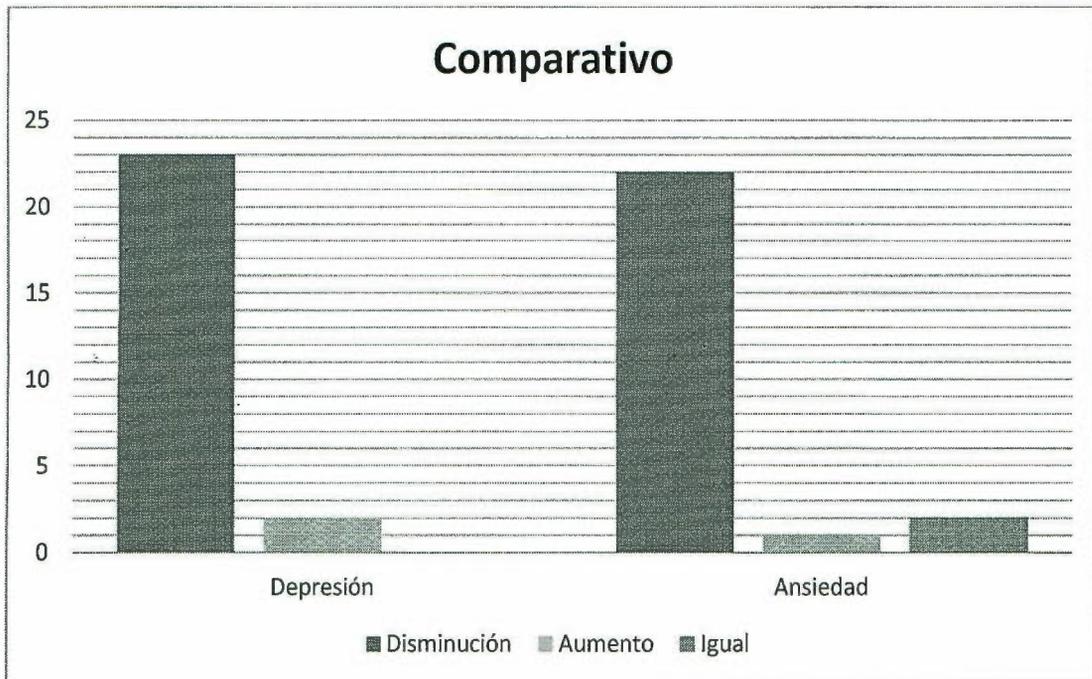
Las flechas hacia arriba o hacia abajo indican aumento o disminución en la respectiva escala:



CUADRO DE RESULTADOS

		DEPRESIÓN			ANSIEDAD		
Sexo	Edad	Pretest	Postest	≠	Pretest	Postest	≠
Fem.	25	24 (Mod)	21 (Mod)	↓ 3	22 (Mod)	15 (Lev)	↓ 7
Fem.	37	22 (Mod)	13 (Lev)	↓ 9	13 (Lev)	4 (Mín)	↓ 9
Fem.	38	24 (Mod)	15 (Lev)	↓ 9	23 (Mod)	12 (Lev)	↓ 11
Fem.	33	19 (Mod)	Cero	↓ 19	13 (Lev)	Cero	↓ 13
Fem.	27	31 (Sev)	32 (Sev)	↑ 1	32 (Sev)	8 (Lev)	↓ 24
Mas.	37	35 (Sev)	Cero	↓ 35	39 (Sev)	4 (Mín)	↓ 35
Fem.	36	25 (Mod)	13 (Lev)	↓ 12	20 (Mod)	9 (Lev)	↓ 11
Fem.	41	14 (Lev)	2 (Mín)	↓ 12	23 (Mod)	20 (Mod)	↓ 3
Mas.	22	27 (Mod)	32 (Sev)	↑ 5	17 (Mod)	N / R ¹⁸	
Fem.	44	23 (Mod)	21 (Mod)	↓ 2	31 (Sev)	19 (Mod)	↓ 12
Fem.	21	49 (Sev)	33 (Sev)	↓ 16	54 (Sev)	49 (Sev)	↓ 5
Fem.	24	25 (Mod)	19 (Mod)	↓ 6	23 (Mod)	16 (Mod)	↓ 7
Fem.	62	18 (Mod)	6 (Mín)	↓ 12	24 (Mod)	7 (Lev)	↓ 17
Fem.	51	19 (Mod)	16 (Lev)	↓ 3	10 (Lev)	15 (Lev)	↑ 5
Fem.	54	15 (Lev)	10 (Lev)	↓ 5	29 (Mod)	8 (Lev)	↓ 21
Fem.	25	27 (Mod)	4 (Mín)	↓ 23	13 (Lev)	4 (Mín)	↓ 9
Fem.	61	11 (Lev)	4 (Mín)	↓ 7	3 (Mín)	3 (Mín)	=
Fem.	52	34 (Sev)	21 (Mod)	↓ 13	24 (Mod)	11 (Lev)	↓ 13
Fem.	47	21 (Mod)	20 (Mod)	↓ 1	25 (Mod)	25 (Mod)	=
Mas.	29	41 (Sev)	4 (Mín)	↓ 37	21 (Mod)	6 (Lev)	↓ 15
Mas.	39	27 (Mod)	6 (Mín)	↓ 21	38 (Sev)	14 (Lev)	↓ 24
Fem.	58	22 (Mod)	17 (Mod)	↓ 5	8 (Lev)	7 (Lev)	↓ 1
Mas.	45	21 (Mod)	7 (Mín)	↓ 14	7 (Mín)	4 (Mín)	↓ 3
Fem.	34	35 (Sev)	1 (Mín)	↓ 34	23 (Mod)	Cero	↓ 23
Mas.	39	39 (Sev)	13 (Lev)	↓ 26	49 (Sev)	24 (Mod)	↓ 25

¹⁸ No respondió.



En promedio la depresión disminuyó 14 puntos y la ansiedad 13 en los inventarios de Beck. Esto puede significar que los talleres fueron una ayuda, aunque fuese momentánea, en el alivio de la sintomatología que presentaban los pacientes; los cuales, en general, se mostraron entusiastas y dispuestos a seguir las sugerencias que se hicieron a lo largo de las sesiones con la finalidad de realizar pequeños cambios hacia estilos de vida más saludables y optimistas.

Uno de los retos en el diseño del taller lo constituyó el hecho de que debería adaptarse a todo tipo de público: desde personas con estudios universitarios hasta los que cuentan sólo con la educación básica; debería despertar el interés de los muy jóvenes hasta las personas de la tercera edad; también debía carecer de toda mención religiosa, partidista o política, ello por la pluralidad y el laicismo propios de la Universidad; y en todo momento se fomentaron valores como el respeto, la tolerancia, la sana convivencia, etc.

Por su parte, las limitaciones al impartir los talleres fueron de orden temporal: son pocas sesiones para el tema propuesto; sin embargo, la experiencia de otros talleres impartidos en el Guillermo Dávila muestran que los asistentes no



concluyen talleres con más de seis sesiones. En este sentido, una propuesta que podría adaptarse a las necesidades tanto del Centro como de los interesados sería hacer talleres con más frecuencia, en horarios más flexibles y en los cuales se trataran temas como el fortalecimiento de la autoestima, manejo de ansiedad, comunicación eficaz, etc.



A MODO DE CONCLUSIÓN: REFLEXIONES Y SUGERENCIAS

"El dolor es inevitable pero el sufrimiento es opcional."

Buda

La depresión es un fenómeno complejo, y lo mismo puede decirse de su pariente cercano, la melancolía. Con sus matices y diferencias, tienen en común un estado de tristeza persistente, apatía, pesimismo, alteraciones en los patrones de sueño y alimentación, alejamiento de los familiares o amistades, bajo rendimiento y falta de esperanza en el futuro. Sus consecuencias pueden ser fatales, ya que el suicidio es siempre una posibilidad para todo aquel que ya no ve ante sí más que un enorme muro gris.

La depresión ha estado presente a lo largo de la historia de la humanidad y sus causas pueden ser tantas como cada una de las personas afectadas por ellas. Hay tratamientos de mayor o menor alcance para aliviar sus síntomas y lograr que el individuo adquiera una perspectiva de sí mismo y de la vida, si no más optimista, sí por lo menos más tranquila.

Las modernas formas de tratamiento de la depresión procuran abarcar todos los aspectos de la persona en una forma, podríamos decir, *holística*: desde el cuidado de la salud (ejercicio, alimentación e higiene del sueño), hasta la medicación y los diversos tipos de psicoterapias que se enfocan en los aspectos cognitivo-conductuales, en los recursos psíquicos y sociales del paciente, los orígenes de la depresión o sus causas, etc. Todas pretenden que el individuo se reincorpore a sus actividades, que disfrute de lo que solía hacer, que conviva sanamente con sus semejantes y, en suma, que conozca y desarrolle todas sus potencialidades.

Los talleres brindados en el CSP tuvieron por finalidad contribuir, aunque fuese un poco, al alivio de la depresión y preparar el terreno para cuando al paciente le fuese asignado un tratamiento. Los resultados obtenidos en los inventarios de Beck demuestran una disminución de los niveles tanto de depresión como de ansiedad. Los alcances y permanencia de los mismos se desconocen porque no hubo la posibilidad de dar seguimiento a dichos pacientes. Nuestra



esperanza es que, por lo menos, haya quedado en cada uno de los participantes el germen del cambio y la esperanza.

Algo que se pudo observar durante la realización del Servicio Social es la distancia considerable que hay entre el ámbito curricular (sus teorías y alcances) y las necesidades de los pacientes que buscan atención en el Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"; es decir, entre la teoría y la práctica hay un largo trecho y se hace difícil y complejo pasar de uno al otro. En este sentido resultaría conveniente para el alumno que hubiera más espacios y programas de formación en los cuales fuera posible consolidar una preparación profesional con miras a ofrecer un mejor servicio cuando el alumno se gradúe.

Por otra parte, se tiene la impresión que en ocasiones hay más interés por el cumplimiento de cuestiones burocráticas o administrativas, que estímulos para que el alumno tenga una mejor formación académica y personal. Esto se hace patente en el trato con el paciente, por citar un ejemplo, donde hay más preocupación por imponer una etiqueta que en ofrecerle soluciones acordes a su situación. Es decir, se necesita enfatizar que la persona no sólo es objeto de estudio o el medio necesario para acreditar una materia. Por desgracia, en ocasiones se pierde de vista que tenemos ante nosotros no a una esquizofrénica o a un TDA, sino a un ser humano que sufre y busca ayuda. Dicho sea de paso, y es importante recalcarlo, no se está hablando de "involucrarse" con el paciente ni cosa parecida; se habla, pues, del trato digno y respetuoso al que un ser humano tiene derecho. Por esta y otras razones, se hace necesario darle al estudiante herramientas, aunque sea mínimas, de trato y convivencia humanas.

Otro punto que llama la atención es el relativo a la atención de la población infantil. Es común escuchar por parte de los alumnos el deseo de atender infantes por motivos como: "yo ya tengo hijos", "me encantan los niños" o, peor aún, "¿por qué no, qué tiene?" Cuando, a nuestro parecer, es una de las ramas de la psicología que presenta mayores retos y dificultades, no sólo por tratarse de personas en desarrollo y, por ende, en formación intelectual, moral, social; sino porque el infante aún es un ser frágil y, hasta podríamos decir, relativamente



indefenso. De ninguna manera es una población fácil de atender. Sería conveniente que los alumnos atendieran a esta población sólo hasta contar con una sólida formación teórica y bajo una adecuada supervisión por parte de los profesores.

En cuanto a los talleres ofrecidos sobre Depresión, sería enriquecedor para los alumnos y el propio CSP "Dr. Guillermo Dávila" el poder dar seguimiento a las personas que finalizaron sus sesiones, para conocer qué tan efectivas o no son las técnicas y actividades propuestas; y qué tanto se efectuaron por parte de los asistentes. Ello redundaría, entre otros, en la implementación, por ejemplo, de políticas de prevención dirigidas al público dentro y fuera de la Universidad para detener el avance de la depresión y aminorar sus costos económicos y sociales.

Resulta paradójico que en toda la bibliografía consultada, se encuentra ausente el tema de la prevención: algo tan básico que ahorraría sufrimiento y dinero a las personas y al sistema de salud, que mejoraría sustancialmente la calidad de vida y que, de algún modo, contribuiría para tener una mejor convivencia familiar y social, prácticamente pasa desapercibido para los investigadores.

Actualmente se cuenta con suficientes criterios clínicos para diagnosticar la depresión y existe gran variedad de tratamientos a costos para casi todos los bolsillos; quizá es momento de diseñar e implementar políticas educativas y sanitarias para prevenir la depresión o, por lo menos, disminuir sus efectos.



LA DEPRESIÓN: MÁS QUE UNA ETIQUETA

"El verdadero dolor es el que se sufre sin testigos."

Marcial

La definición de un diccionario o, en su caso, de un manual puede decirnos mucho... o puede no significarnos nada. Todo el material consultado converge de una u otra forma en el DSM, el CIE... aquí vale aquello de que "todos los caminos llevan a Roma"; lo cual puede provocar una *macro condensación* o visión de túnel... y, más allá del manual, cualquiera que éste sea, ¿cómo son las personas en que basaron los textos para definir lo que se debe considerar o no como depresión?

Cierto es que las definiciones son indispensables en el ámbito académico y científico; sin embargo ¿cómo es vivir la depresión allende una definición?, ¿cómo es eso de "tener depresión"? Para responder, aunque sea someramente a estas dudas, se hizo necesario conocer lo que diversas personas tuviesen por decir al respecto, con la finalidad de ir más allá de la etiqueta psiquiátrica o de la frialdad del diagnóstico clínico. Es decir, pasar del manual a la vida cotidiana.

¿Qué hay de esos seres que viven, que padecen la depresión? Este espacio pretende darle voz al manual, personalizar esas definiciones que el estudiante de psicología ha de aprender, como las tablas de multiplicar, para ir al encuentro del ser humano al que se le coloca la etiqueta de "deprimido". Este ejercicio pretende darle voz a la depresión.

Para responder a estas preguntas se solicitó a personas que padezcan o hubiesen padecido depresión elaborar por escrito un pequeño testimonio basado en dos preguntas: *¿Cómo definirías la depresión?, ¿cómo se siente tener depresión?*

El método para recabar la información consistió en solicitar "voluntarios" entre la red social *Facebook*, con el siguiente aviso:

AYUDA: necesito testimonios para mi TESIS sobre cómo se siente y se vive la depresión. Si alguno de mis niños o mis amigos alguna vez ha padecido depresión, por favor enviar testimonio vía INBOX. Sus datos serán tratados con absoluto respeto y confidencialidad. Mil gracias.



En esta cuenta de *Facebook* están incluidos, principalmente exalumnos de, en su momento, nivel preparatoria de una institución privada, así como maestros y compañeros del ámbito laboral y académico.

A las personas que respondieron se les dijo, ya en mensaje privado, que solamente era necesario responder a dos preguntas, que no se trataba de hacer "investigación" ni cosa parecida, que era solamente un testimonio de un párrafo de extensión. Como suele suceder en estos casos, hubo quien escribió un solo párrafo y hubo quien hizo más de dos cuartillas.

Desde luego se les reiteró a todos que sus datos personales así como su declaración serían tratados con respeto y confidencialidad. Las personas tuvieron la libertad de decidir entre usar su nombre, un seudónimo o el anonimato.

Se recibieron nueve testimonios, algunos de los cuales fueron editados para hacer legible su lectura, tanto en redacción como en ortografía. He aquí sus palabras:

—*Lisa y llanamente, la depresión es el cáncer del alma.*

Anónimo. Mujer, 45 años.

—*Empecé a cortarme brazos... piernas... pies... y después tuve tres intentos de suicidio... La depresión roba toda tu energía, olvidas las metas que tenías, te enfadas porque abriste los ojos un día más, te sientes incapaz de todo y solo quieres morir.*

Naye, 23 años.

—*Es una sensación muy rara, fea y dolorosa... se detiene la vida, la depresión la consume cada día... las personas no lo creen.*

Dulce, 26 años.

—*La depresión es una derrota, una desesperación interna de querer cambiar las cosas, con la frustración de no poderlo hacer... abandono, como sentirse solo en el universo, el trabajo lo realizaba de forma automática...*

Memo, 42 años.



— *En lo único que pensaba era, literalmente, en la nada, como si estuviera inerte. Lo que yo sentía era que la muerte era la única salida pero era demasiada la tristeza en la que estaba sumido. Es una sensación tan desesperante porque no creía posible volver a sentirme tranquilo, en paz... conforme los días transcurrían era más evidente que incluso influía en mi forma de hablar... Me paré a la orilla de una barda en el 5º piso y lo único que podía ver era todo blanco...*

La depresión se siente como una carga o un cansancio inagotable, en donde lo único que quieres es dejar de ver, hacer, convivir, tocar, e incluso interactuar con todo aquello que tenga que ver con tu vida.

Giovanni, 24 años.

— *Me siento rara... tener insomnio, levantarme a las dos de la tarde sin importarme nada, no levantarme de la cama ni para comer, no querer saber de nadie y preferir estar dormida que despierta porque así no sientes nada.*

Jimena, 26 años.

— *Yo estuve un año con depresión sin saber que la tenía, comencé a descuidarme físicamente, dejaron de importarme mis actividades diarias... No tenía ganas de salir ni de hacer nada... Prefería estar dormida todo el día que pensar.... Podía pasar mucho tiempo llorando, y se volvía un círculo vicioso: llorar... dormir, dormir.. llorar.. Una que otra vez salía con mis amigos o hablaba con mis papás, jamás notaban que estaba mal, porque sabía ocultarlo.... En realidad me di cuenta que toqué fondo, cuando comencé a lastimarme..... Todavía hasta la fecha no sé exactamente que desencadenó esa depresión, yo soy una persona medicada para depresión...*

Ixchel, 24 años.

— *Tengo miedo de estar sola siempre porque pienso que lo arruinaré todo, hasta lo más mínimo que haga. Al mismo tiempo quiero estar sola todo el tiempo,*



desearía que mi familia y mis amigos dejaran de quererme. Quiero que ellos ya no me amen porque sólo entonces podré terminar con mi vida sin remordimientos.

Para mí lo peor es despertar por la mañana y darme cuenta que no morí por la noche y debo empezar el día otra vez. Día tras día, semana tras semana sin sentido, paso los días preguntándome si algo tiene sentido en verdad, si sufrir hambre y dolor físico y emocional en este mundo vale la pena... Si yo valgo la pena para alguien. Lloro mucho... necesitamos personas que sean el faro en este infierno de oscuridad que es la depresión.

Jokko, 22 años.

—Este evento sucedió hace 54 años, cuando tenía 5 años de edad: intenté colgarme con la hamaca levantada metiendo la cabeza en el nudo de la hamaca, me acuerdo de todo: ubicación de los colores, el miedo de mis hermanos, etc.

Todo quedó sepultado en el inconsciente, y no se volvió a repetir, curiosamente tuve un infancia extraordinaria. La depresión es un estado de minusvalía de la personalidad, apatía e indiferencia, en síntesis, no querer vivir. Nunca tomé fármacos ni tuve ayuda ni médica, ni psicológica.

Hesh. Varón, 59 años.

En la bibliografía consultada también se ofrecen numerosos testimonios sobre la forma en que la depresión es percibida, algunos de interés los ofrece MacLaren (2014) donde dice que se ha descrito como 'un perro negro' (Winston Churchill o Samuel Johnson); un vacío, un ave negra (cuervo), un túnel sin salida, un calabozo o una densa niebla. (MacLaren, 2014, pág. 11).



LA MELANCOLÍA ENTRE LOS ANTIGUOS NAHUAS

"Difícil es la tierra; lugar de lloros, lugar de penas.
Son sentidos el dolor, la angustia..."
Códice Florentino, Vol. IV.

Con el fin de no quedarnos solamente con la visión europea o estadounidense de la depresión, se decidió ampliar la investigación y, por ende, dedicarle un pequeño capítulo al ámbito precolombino mexicano.

Una de las cuestiones que motivó la inclusión de este apartado fue el descubrir que ya se hablaba de tristeza profunda o melancolía¹⁹ en la Grecia antigua, se la menciona también en la Biblia, entre otros, y tenemos expresiones de ella en el habla popular y en el arte. Surgió entonces la duda: ¿también entre los antiguos mexicanos hubo el equivalente a la melancolía?, ¿cómo era tratada? y ¿qué implicaciones tenía para el individuo y la sociedad? Estas preguntas no son fáciles de responder por varios motivos: en primer lugar, este es un trabajo sobre psicología clínica, no sobre historia o antropología, lo cual requiere herramientas de investigación de las cuales se carece. En segundo lugar, hay muy pocos trabajos de calidad sobre las enfermedades mentales en el México antiguo; lo cual, dificulta el acceso ya que no hay fundamentos directos en los cuales basar una investigación.

Por otro lado, es necesario tomar en cuenta que la percepción de la realidad que tenemos hoy, mañana puede ser distinta. Y lo mismo aplica para el pasado. Los fenómenos naturales o psicológicos siempre han existido, lo que ha cambiado es la percepción de dichos fenómenos.

Como sea que se les llame, existían manifestaciones emocionales y sentimentales (tristeza, ira, angustia, alegría, etc.) que no podemos medir con nuestros estándares actuales; por lo tanto, en el México prehispánico no es posible hablar de depresión como fenómeno psiquiátrico, mucho menos tratar de

¹⁹ A falta de mejor término se usará la palabra 'melancolía' en el sentido de estado de tristeza continua; ya que el término depresión es de cuño reciente y se emplea con una finalidad diagnóstica específica, la cual no es aplicable al ámbito del México precolombino.



ubicarla en una escala; sin embargo, sí podemos aproximarnos a la tristeza o la melancolía, en tanto expresión de la condición humana, mediante evidencias de tipo arqueológico o antropológico (códices, tradición oral, costumbres, etc.) y prueba de ello son las numerosas obras pictóricas y esculturas que denotan alegría, desesperación, angustia, etc. en tanto hechos comunes a la raza humana y que, por fortuna, sobrevivieron a la destrucción de la Conquista.

En otras palabras, no podemos medir el pasado con los parámetros del presente, por ello, este capítulo no pretende hablar de "depresión en el mundo nahua", error común en artículos psiquiátricos que circulan en Internet, ni mucho menos diagnosticar nada; sino de solamente presentar al lector un panorama que va más allá de épocas, edades, culturas, etc. como lo es la tristeza. Si es "duelo", "distimia", "depresión crónica", "trastorno de depresión mayor", etc. ello escapa a los alcances de este trabajo; lo único que pretendemos es dejar constancia de que el mundo nahua no fue ajeno a estas emociones y sentimientos, algunas de las cuales hoy se encuentran inscritas en categorías psiquiátricas o psicológicas y son objeto de estudio por constituir un grave problema de salud pública.

Generalidades

Parte del territorio que hoy abarca México fue dividido por el antropólogo alemán Paul Kirchhoff en tres grandes áreas para facilitar su estudio:

Aridamérica: abarca la península de Baja California y la región noroeste.

Mesoamérica: incluye la zona meridional del México

Oasisamérica: situada al noroeste. (Figura 1)

Además se han establecido tres periodos históricos con la misma finalidad:

- 1) Preclásico: 2500 aC - 200 dC.
- 2) Clásico: 200 dC - 900 dC.
- 3) Posclásico: 900 dC - 1520 dC²⁰.

²⁰ (López Austin & López Luján, 2014, pág. 70 y ss.)

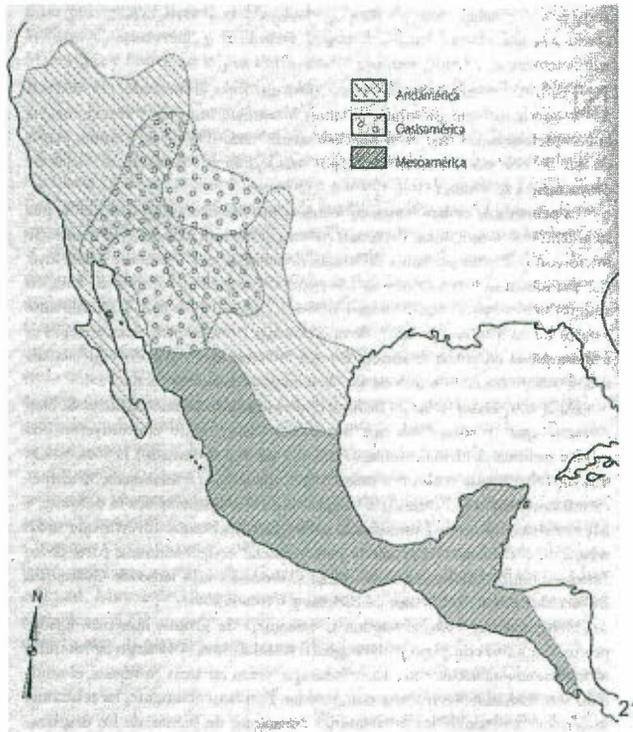
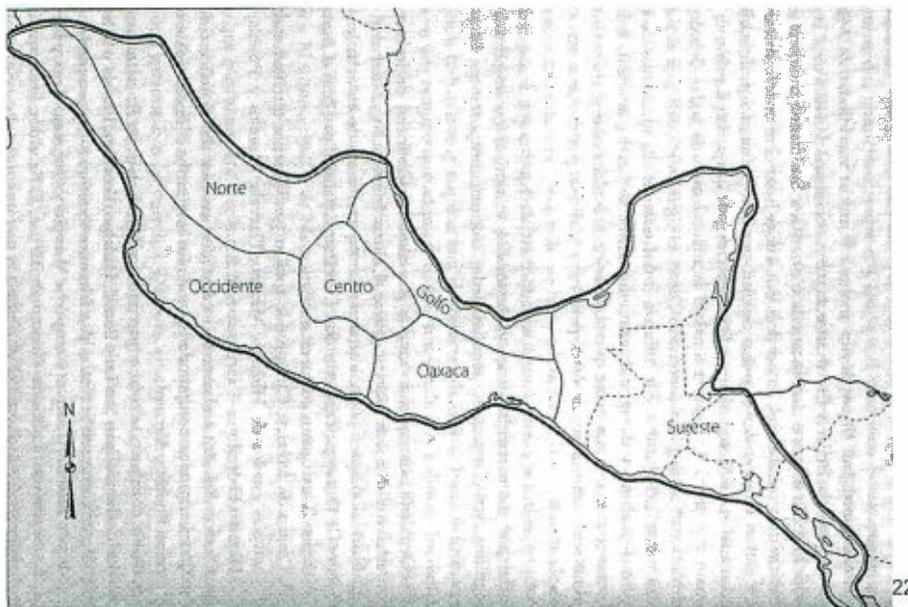


Figura 1

Las culturas que alcanzaron un grado mayor de refinamiento se asentaron en Mesoamérica, región que a su vez, se subdivide en seis áreas culturales que comparten características propias:



²¹ (López Austin & López Luján, 2014, pág. 20)

²² (López Austin & López Luján, 2014, pág. 75)





En Mesoamérica se asentaron y desarrollaron diversos grupos humanos que comparten características culturales variadas; a saber²³:

- ❖ Cultivo del maíz, frijol, calabaza, chile, cacao, camote, maguey, etc.; así como la domesticación de patos y del xoloitzcuintle²⁴ ("perros mudos"²⁵).
- ❖ Uso de la obsidiana en la fabricación de navajas, armamento y objetos decorativos.
- ❖ Cultivo, hilado y tejido del algodón para la fabricación de telas para el vestido y la decoración.
- ❖ El juego de pelota.
- ❖ Construcción de pirámides escalonadas.
- ❖ Uso del papel y del hule.
- ❖ Sistema de escritura complejo que es una combinación de los sistemas fonético y jeroglífico; además de un sistema numérico empleado, entre otros, en la confección de elementos que sirvieron de apoyo y conservación de la memoria en forma de libros plegados a la manera de un biombo.
- ❖ Un sistema calendárico compuesto por años de 18 meses de 20 días cada uno más 5 adicionales (365 días); y otro calendario de 260 días, con 20 signos y 13 números con festividades religiosas. La combinación de ambos calendarios daba 52 años.
- ❖ Sistemas comerciales organizados en mercados, subdivididos a su vez en gremios.
- ❖ Fabricación de cerámica.

Mesoamérica es una región que también posee una gran riqueza biológica, Eric Wolf (1982) lo describe así: "En una pequeña zona de su meseta suroriental encontramos mayor cantidad de clases de maíz y mayor variedad de pájaros que en todo Estados Unidos. Igual que con los pájaros y las plantas ocurre con los seres humanos" (p. 29).

²³ (Kirchhoff, 2000).

²⁴ También se le denomina 'xoloescuintle' o 'xoloescuinle'.

²⁵ (Kirchhoff, 2000, pág. 23).



En esta zona hubo también una enorme diversidad lingüística, y es que a la llegada de los europeos existían poco más de 260 lenguas nativas con sus variantes dialectales²⁶; Wolf lo compara con una "verdadera torre de Babel", donde debido a la diversidad "los grupos lingüísticos no se entienden entre sí" (Wolf, 1982, pág. 41). Ahora bien, muchas de estas lenguas siguen vivas y han variado con el tiempo; por ejemplo: el español que se hablaba en tiempos de Cervantes ha cambiado si se compara con el empleado por Octavio Paz; no es posible decir que uno era más "bonito", o "culto" o "mejor" que el otro; son, simplemente, diferentes. Igual ha sucedido con el náhuatl: no es el mismo el que usó Nezahualcóyotl que el hablado hoy en la delegación Milpa Alta.

Las culturas mesoamericanas alcanzaron un desarrollo notable en órdenes tan diversos como la arquitectura, la orfebrería, la astronomía, la historia, el comercio, la guerra, la administración pública, la pintura, la escultura y, desde luego, la literatura; dejando testimonio de todo ello mediante la escritura, gracias a la habilidad y talento de los *tlacuilo*, quienes a decir de Soustelle (1982):

estaba [el *tlacuilo*] rodeado de una gran consideración, ya trabajara para los templos, para la administración de justicia o para el gobierno. Los antiguos mexicanos amaban sus libros, y fue una gran parte de su cultura la que se perdió cuando la mano fanática de Zumárraga arrojó a la hoguera miles y miles de preciosos manuscritos. (p. 229)

Otro aspecto que habla del notable desarrollo alcanzado era el referido al trato cotidiano y la cortesía, no sólo en los palacios del *Tlatoani*²⁷ mexicana, el refinamiento en las cortes de Nezahualcóyotl o Moctezuma eran comparables a la que cualquier corte europea: y este refinamiento no estaba sólo en el lenguaje, ya que abarcaba también el protocolo en la mesa, el trato, el vestido, el ocio, etc. A este respecto, dice Soustelle (1982) que: "La cortesía, tan vivamente inculcada a los indios en otra época que todavía hoy muestran una gentileza exquisita, (...) llegaba hasta la forma del lenguaje. El náhuatl, lengua sutil y rica en recursos,

²⁶ Dialecto en tanto "variante regional de una lengua".

²⁷ Emperador o rey.



poseía partículas y aún conjugaciones reverenciales" (p. 224). También resulta interesante que en tiempos anteriores a la Conquista, el náhuatl llegó a ser la lengua franca de la región, ya que:

Su vocabulario es muy rico, y los procedimientos de composición que le son propios permiten crear todas las palabras indispensables, especialmente en el campo de la abstracción. Se presta admirablemente a comunicar todos los matices del pensamiento y todos los aspectos de lo concreto. Se acomoda tanto a la concisión lapidaria de los anales cuanto a la retórica florida de los discursos y de las metáforas poéticas.

(Soustelle, 1982, pág. 232)

La escritura del náhuatl estaba compuesta, en parte, por signos fonéticos y por pictogramas los cuales, más que *narrar* el hecho, tenían por finalidad el servir como un facilitador o refuerzo para la memoria.

Finalmente, también es digna de mención la existencia de los *amoxcalli*²⁸, hoy los llamamos bibliotecas:

Los mexicanos sentían curiosidad por sí mismos y por su historia; oradores infatigables y grandes amantes de la poesía, se interesaban por las costumbres y las producciones de los demás pueblos (...) Por eso existe una multitud de libros: históricos o mítico-históricos, descriptivos, rituales, adivinatorios, (...) conocían no sólo el papel, sino también el papeleo²⁹

(Soustelle, 1982, págs. 12-13)

La medicina

Otro aspecto de las culturas nahuas que alcanzó un desarrollo considerable fue la medicina; la cual estaba constituida por una mezcla de elementos mágicos, religiosos y empíricos donde la enfermedad denotaba un estado de desequilibrio entre el funcionamiento corporal y su relación con el universo (Viesca, 1997, pág. 164). También hay que tener en cuenta que el cuerpo humano era un

²⁸ Casa de los escritos/pinturas/libros.

²⁹ En el sentido tanto de "biblioteca", como de archivo donde se guardan textos de índole burocrática.



microcosmos, en el sentido de representación del macrocosmos: el orden que imperaba en el universo creado por los dioses y que necesita de la sangre humana para continuar en armonía. Hay también "la correlación entre las partes del cuerpo y los signos representativos de los meses del calendario adivinatorio y, por lo tanto, de los cuadrantes celestes y los astros ubicados en ellos" (Viesca T., 2010, pág. 13).

Por otro lado, si la salud era sinónimo de equilibrio, la enfermedad "es el producto de una inmensa variedad de condiciones que pueden modificar las condiciones del cuerpo humano, ya en su estructura, ya en su función, ya en su correspondencia con los otros seres, rompiendo su más o menos precario equilibrio" (Viesca T., 2010, pág. 15); por lo tanto, en la enfermedad intervenían factores como la influencia de los astros, de las divinidades, de la hechicería, entre otros. En el *Tonalámatl de los Pochtecas*³⁰ hay una referencia de la influencia que ejercía en el individuo su fecha de nacimiento, en este caso para tener una vida desdichada:

Y es muy de notar acerca del signo *ce atl* [que] decían que los que nacían es este día, si tenían alguna felicidad, era al principio de su vida o en la primera mitad de ella y en la otra mitad o segunda, eran desdichados, y por la mayor parte, morían de muerte desastrada³¹.³²

Cierto es que los dioses prehispánicos otorgaban toda clase de dones a sus fieles, pero también es cierto que les exigían una gran devoción y un culto riguroso; donde si la persona no cumplía con sus obligaciones se hacía acreedora de severas consecuencias: "Las acciones patógenas, enfermantes, de los dioses siempre están orientadas a preservar el orden existente (...) Tezcatlipoca, el sol del inframundo, era el dios del castigo el que enviaba las grandes epidemias y la *locura*"³³. (Viesca T., 1992, pág. 79). Por cierto, otro dios al que solía asociarse con la locura era a Tláloc. Los dioses también podían asentarse o habitar en el individuo, lo cual daba pie a "estados de conciencia o de salud tan diversos como

³⁰ También conocido como códice Fejérváry-Mayer.

³¹ Infausta, infeliz.

³² (León-Portilla, 2005, pág. 52)

³³ El subrayado es nuestro.



la inspiración artística, la lujuria, la inclinación criminal, la locura o el reumatismo"³⁴.

La enfermedad también estaba relacionada con la polaridad frío-calor. Tanto el organismo humano, como plantas, animales o alimentos poseían las cualidades de frío o calor, no en el sentido de valores térmicos, sino como representación del cosmos, el cual se encontraba dividido en un plano horizontal donde en el superior, el cálido, se encontraban el cielo y el Sol; y en el lado inferior, el frío, estaban la tierra, la lluvia y el aire, así como el inframundo. La salud, por tanto, dependía del equilibrio de la polaridad frío-calor.

También se pensaba que el cuerpo humano estaba constituido por tres entidades anímicas e imperceptibles:

- Yollotl: ubicado en el corazón y regente de los procesos anímicos. Se creía que podía ser modificado por factores externos como "el tiempo, las ofensas, los hechizos, la esclavitud"; e internos como "la ira y los pecados (...) provocaban sus enfermedades más notables: la locura y la maldad."³⁵
- Cuaitl: se encontraba en la parte superior de la cabeza, regía la conciencia y la razón.
- Elli: ubicado en el hígado, albergaba los sentimientos y las pasiones³⁶.

La medicina náhuatl también poseía un aspecto empírico dado por el conocimiento de las propiedades terapéuticas de plantas, animales y minerales:

Los indios habían acumulado, en el transcurso del tiempo y gracias a la experiencia, una cantidad considerable de conocimientos positivos sobre las plantas de este país. A este respecto, si se compara su medicina con la que hacía estragos en la Europa occidental de la misma época no era más científica; sin duda había (...) más ciencia verdadera en el uso que se hacía de las plantas medicinales que en las prescripciones del Diafoirus europeo de la misma época. (Soustelle, 1982, pág. 196)

³⁴ (López Austin & López Luján, 2014, pág. 238).

³⁵ López Austin (2004), Vol. I, p. 208.

³⁶ Ídem, p. 219.



El paralelismo de Soustelle resalta aún más si se compara a la medicina nahua con la de los celtas, los vikingos, la ejercida en la época tudor en Inglaterra o la de los piratas del s. XVIII; si no era más "científica", sí lo fue, en definitiva, más acertada. Varios autores hablan de la impresión favorable que se tenía de la herbolaria prehispánica, incluso el rey Felipe II envió a su médico personal, Francisco Hernández en 1570 para que la estudiara. Se dice que Hernández mencionó aproximadamente 1,200 plantas empleadas con fines terapéuticos. Otro autor que también describe la herbolaria mexicana fue Fray Bernardino de Sahagún.

Es necesario destacar también el uso de técnicas quirúrgicas y el empleo del equivalente moderno al enyesado, o el uso varillas y férulas en el tratamiento de fracturas óseas³⁷, así como el aplicación de anestesia para mitigar el dolor, para lo cual utilizaron plantas como el *yauchтли* o *yauchтли*, el *teuvelti* y el *pyotl* (Rodríguez, 1944, págs. 48-49). También existían nociones básicas de higiene corporal, así como del cuidado bucal y su terapéutica en casos de malestar. Rodríguez (1944) menciona que: "entre los medios que empleaban para conservar la salud, era bastante común el baño, que muchos usaban diariamente en el agua natural de los ríos, de los lagos, de los canales y de los estanques" (p. 45); así mismo se tenía por costumbre utilizar palillos de madera para la limpieza dental y el masticar *tzictli* (chicle) mezclado con asfalto y pomada amarilla de axin (Rodríguez, 1944, pág. 140); esto, curiosamente, era un acto que se realizaba en privado, ya que solamente las prostitutas mascaban chicle en público.

Rodríguez (1944) también menciona la existencia en el mundo nahua de lo que podría ser un equivalente de nuestros hospitales: "Un vasto campo de observaciones les estaba abierto en los hospitales, porque antes de la conquista, México, Texcoco, Cholula y otras grandes capitales, habían abierto asilos para los enfermos" (p. 44); por su parte Fray Bernardino de Sahagún (2013) da cuenta de la existencia de mujeres que ejercían la medicina:

La médica es buena conocedora de las propiedades de yerbas y raíces, árboles, y piedras y en conocerlas tiene mucha experiencia, no ignorando

³⁷ La inserción de varillas y férulas se empleó en Occidente hasta la Segunda Guerra Mundial.



muchos secretos de la medicina. La que es buena médica sabe bien curar a los enfermos, y por el beneficio que les hace casi vuélvelos de muerte a vida, (...) curar bien las llagas y la gota, y el mal de los ojos, y cortar la carnaza de ellos (p. 545).

Este hecho resulta asombroso porque, en la misma época no había médicas en Europa; había *brujas*, *hechiceras* o *curanderas* más o menos al margen de la ley; y en nuestro país, tuvieron que pasar siglos antes de que una mujer, Matilde Montoya, pudiera ser la primera médica mexicana, titulada el 24 de agosto de 1887. Antes de eso había parteras y curanderas, pero no médicas en sentido estricto³⁸.

Las enfermedades más comunes en tiempos prehispánicos eran las que afectan al tubo digestivo, como diarreas y cámaras de sangre³⁹ que se repiten con frecuencia y prueba de ello es la enorme cantidad de remedios y medicinas que se mencionan reiteradamente en las fuentes históricas. Eran habituales las parasitosis intestinales, además de hemorroides, catarros, toses e inflamaciones del aparato respiratorio alto⁴⁰; se dice, incluso que en 1450 hubo una epidemia severa de catarro pestilencial⁴¹, también era común la tuberculosis pulmonar⁴², el bocio⁴³ y la sífilis, entre otros (Viesca T., 1992, pág. 37).

Dice Ortiz de Montellano (1993) que "en todo sistema médico la causa dicta la cura" (p. 158); en su libro este autor menciona una serie de factores terapéuticos presentes tanto en la medicina nahua como en la occidental, y son:

- 1) Cosmovisión compartida, donde el sólo acto de nombrar el problema, ya es terapéutico.
- 2) Efecto curativo de una relación benigna entre el curador y el paciente.

³⁸ Las pocas mujeres que tenían acceso a la educación académica, cursaban el equivalente a la primaria, donde se enfatizaban las labores "propias de su género" como la cocina, la costura, diversas manualidades y la administración del hogar. Así fue desde la Conquista hasta principios del siglo XX.

³⁹ Muchas enfermedades intestinales producen sangre, el texto se refiere, simplemente, a sangrados.

⁴⁰ El aparato respiratorio alto hace referencia a la garganta, la nariz, laringe, etc.

⁴¹ Puede ser un tipo de influenza. No queda claro si la palabra "pestilencial" se refiere a "peste" en su sentido de epidemia, o a que produce mal olor. Hay un tipo de catarro, llamado *ocena*, que produce moco de mal olor.

⁴² Al ser producida por el bacilo de Koch, la tuberculosis puede presentarse también en los riñones, vejiga, intestino, el cerebro, en la piel, en los antros maxilares; incluso las personas que tienen jorobas en la espalda es porque el bacilo se enquistó en la médula espinal.

⁴³ Crecimiento de la glándula tiroides



3) La esperanza de cura en el paciente, que pone en acción el poder curativo de la fe por medios como la catarsis y la abreacción (alivio de la emoción al hablar de ella).

4) Un sentimiento de dominio sobre las adversidades de la vida adquirido por medio del aprendizaje instilado por la terapia. (Ortiz de Montellano, 1993, pág. 202)

La terapéutica náhuatl constaba de conocimientos sobre anatomía, el funcionamiento de los órganos, así como de las afecciones y la cura para dichas afecciones; es decir, consistía en la administración de medicamentos: plantas, animales o minerales; y de procedimientos, como el arreglo de una fractura, o incluso la elaboración de rituales para ganar el favor de un dios, etc. Todo lo cual tenía por finalidad recuperar la salud y el equilibrio. Estos conocimientos pasaban de padres a hijos y es muy probable que también se adquirieran en el Calmécac⁴⁴. El nombre que recibían era *tícitl* (plural *titici*)⁴⁵: curador o médico.

La intervención médica consistía, en palabras de López Austin y López Luján (2014), en lo siguiente:

en primer término, la búsqueda de la causa del mal (...) Encontrado el origen del mal, el médico procedía a devolver al cuerpo el equilibrio o la armonía perdidos, a rescatar y restituir la entidad anímica extraviada o a expulsar al invasor. El médico actuaba como confesor, guía moral, consejero o partícipe en el ritual religioso, conjurador de las enfermedades y administrador de los medicamentos. La atención más completa al paciente, como es obvio, era de naturaleza mixta, y tenía como objeto cubrir tanto el ámbito perceptible como el imperceptible. (pp. 237-238)

Cuando, pese a la invocación de los dioses, la elaboración de rituales y la administración de medicamentos, sobreviniera la muerte se la consideraba como "la disgregación de lo que había constituido la integridad y plenitud del ser humano" (López Austin & López Luján, 2014, pág. 244).

⁴⁴ Uno de los dos tipos de escuelas que hubo en el México antiguo. El otro era el Telpochcalli.

⁴⁵ (Viesca T., 2010, pág. 43)



La muerte se concibe como la separación o dispersión de los elementos anímicos del ser humano: el *teyolía* (alma/espíritu), el *tonalli* (sombra) y el *ihíyotl* (aire de la noche).

El *teyolía* o alma tenía cuatro destinos determinados por la forma en que moría el individuo:

- 1) El Mictlán para los fallecidos de muerte común.
- 2) El Cielo del Sol para los caídos en combate y las mujeres muertas en su primer parto.
- 3) El Tlalocan para los que dejaron esta vida a causa de alguna enfermedad relacionada con el agua: ahogados, alcanzados por un rayo, leprosos, los que padecieron gota o hidropesía⁴⁶.
- 4) El Chichihualcuauhco para los niños aún lactantes. (López Austin, 2004)

La separación del *teyolía* del cuerpo tardaba cuatro días, al término de los cuales iniciaba su camino al lugar que le correspondiera.

Las ofrendas dejadas por los deudos eran conducidas mediante el fuego a su destino, a fin de fortificar al *teyolía* para el seguro camino a su fin.

El *tonalli* determina el lugar definitivo en que residirá el *teyolía*. Parte de esta esencia humana está presente en los cabellos, las uñas, etc. y se va dejando parte de ésta en todos los lugares donde se vive. Por ello es necesario reintegrarlos después de la muerte, para lo cual se elaboraba una imagen o efigie del difunto con pedazos de uñas y mechones de cabello para unificar estos fragmentos dispersos del *tonalli*.

El *ihíyotl* o "aire de la noche" puede equipararse a lo que denominamos "fantasma" que pretende llevar consigo a los vivos. Está muy ligado al *tonalli* y se cree que éste envuelve y protege al *ihíyotl* para que no cause daño a los mortales. Si no se tomaban las debidas precauciones el *ihíyotl* podía escapar (o separarse del *tonalli*) y causar malestar a lo que transitaban por las calles durante la noche. Entre las medidas precautorias estaban el vestirse de luto, es decir: cubrirse con lodo y colocarse cintas de cuero sucias en la cabeza para ocultarse de estas entidades.

⁴⁶ acumulación de líquido en alguna parte del cuerpo.



Así como las partes psíquicas del hombre tenían un destino bien delimitado, también la parte material tenía una disposición: la sangre, contenedora de la energía vital, alimentaba a las deidades de la tierra.

El teyolía tardaba cuatro años en llegar al Mictlán, al cabo de los cuales habría superado los niveles correspondientes al mismo. Según Fray Bernardino de Sahagún eran siete:

- 1) Atravesar dos cerros que chocaban entre sí.
- 2) El lugar de la culebra que guarda el camino.
- 3) El lugar de la lagartija verde.
- 4) El de los ocho páramos.
- 5) El del viento frío de navajas.
- 6) Cruzar el río Chiconahuapan.
- 7) Llegar al Mictlán.

Según el Códice Vaticano son ocho las "pruebas" a superar:

- 1) Ser devorado por Tlaltecuhli.
- 2) Cruzar un río.
- 3) Atravesar el cerro de Obsidiana.
- 4) Cruzar el lugar donde se enarbolan las banderas.
- 5) El lugar donde es flechada la gente.
- 6) El lugar donde son comidos los corazones.
- 7) El de la obsidiana de los muertos.
- 8) El lugar que no tiene orificio para el humo.

Las investigaciones de Johansson (junio 2014) lo llevaron a concluir que: "Una vez que Tlaltecuhli ha consumido el último elemento carnal que envolvía los huesos, se considera que el ser ha terminado de morir"⁴⁷. Más adelante continúa: "así como la vida tiene un proceso, también lo tiene la muerte: culminaba cuando quedaban sólo los huesos... y de éstos nace la vida"⁴⁸. En la actualidad, la muerte se declara cuando ya han cesado las funciones corporales y, por ende, no hay respuesta a los estímulos; los criterios a tomar en cuenta son: ausencia de latido

⁴⁷ p. 76.

⁴⁸ p. 78.



cardíaco, de respiración, de lagrimeo o respuesta pupilar, no hay actividad cerebral, y se presentan alteraciones en la coloración de la piel, tampoco hay movimiento intestinal. Entre los nahuas, cuando sólo quedaban los huesos se pensaba que el individuo había 'terminado' de morir.

Ahora bien, para las almas que iban al Cielo del Sol el viaje duraba únicamente ochenta días. El dios del inframundo era Mictlantecuhtli y Mictlancíhuatl su compañera.

Los mexicas tenían básicamente dos ritos funerarios: entierro y cremación. El cuerpo podía ser dispuesto para su entierro extendido, boca abajo o en posición fetal. Era acompañado por un perro que haría las veces de guía o guardián y se colocaba una piedra en la boca del difunto que le serviría como corazón.

Las tumbas eran dispuestas dependiendo del rango social del individuo: lujosamente vestido, con armas y joyas, esclavos y utensilios de uso general si eran nobles o ricos.

Cuando el cadáver se incineraba, además de los elementos suntuosos que portaba el acaecido, se le ataba en cuclillas con las rodillas tocando el mentón y se le envolvía en telas finas sostenidas por cuerdas, se le adornaba con plumas, papeles y una máscara. El cuerpo se consumía en una hoguera mientras se entonaban *miccacuícatl* o cantos fúnebres.

El destino del hombre después de su muerte fue un tema que preocupó a los pensadores nahuas, principalmente a los de la región texcocana. Son tres las principales corrientes filosóficas sobre los lugares y las condiciones a las que iba el difunto, según explica el Dr. León-Portilla en su libro *Filosofía náhuatl* (p. 213):

A) La corriente que pensaba que con la muerte terminaba todo para el alma. No hay más vida que ésta.

B) Esta segunda corriente no se apega de manera ortodoxa a las viejas tendencias, pero tampoco se libra de ellas. Se cree que el destino es el Mictlán o el Ximoayan (el lugar "donde tal vez solo hay sufrimiento").

C) Los que pensaban que después de la muerte iban a un lugar de felicidad, pues este no es el sitio de la dicha. Se confía en la divinidad que da un "rostro y corazón"; se escapa de este mundo transitorio para encontrar la felicidad buscada.



La melancolía

Como sería un contrasentido hablar de depresión en el México antiguo, se propone emplear el término melancolía o tristeza para referirnos a este fenómeno. En este contexto emplearemos la definición que propone Rojas Alba (2009):

La gente reconoce la melancolía como un estado de tristeza vaga, entre más profunda, más grave, a veces sosegada, pero permanente en los casos patológicos; tiene causas físicas y/o morales, que *hacen que no encuentre quien la padece gusto ni diversión en nada*. Es un sentimiento universal, que se hace patológico cuando rebasa los estándares de normalidad. (p. 1066)

En el Códice De la Cruz-Badiano⁴⁹, Martín de la Cruz, un médico indígena de Tlatelolco, describe algunas enfermedades mentales como "la melancolía, la epilepsia, la oligofrenia⁵⁰ y la micropsiquia⁵¹" (Viesca T. & De la Peña Páez, 1976, pág. 79); por su parte, Calderón Narváez afirma que "ya diferenciaban diversas patologías, como la depresión [sic] y la epilepsia, entre otras. (...) y el delirium" (Calderón Narváez, 2002, pág. 5). De la Cruz recibió la ayuda de Juan Badiano (médico de Xochimilco) en la traducción al español y al latín del texto en náhuatl y "probablemente ajustó la organización y la terminología de partes del documento para que fueran comprensibles a los lectores españoles". (Bye, Códice De la Cruz-Badiano, 2013, pág. 9)

Las causas de la melancolía y la locura era variadas, e incluían, al igual que en la medicina corporal, orígenes diversos; los principales eran:

⁴⁹ También conocido como *Libellus de medicinalibus indorum herbis* (Libro sobre las hierbas medicinales de los pueblos indígenas).

⁵⁰ Una forma de discapacidad intelectual, también se le conocía como *idiocia*.

⁵¹ Pusilanidad, apatía o cobardía. Curiosamente la palabra, como tal, sobrevive en la lengua portuguesa.



- 1) El mal de ojo, entendido como "la emanación personal de una fuerza que surge en forma involuntaria debido a un fuerte deseo, y que va a perjudicar al ser deseado"⁵². Se diferencia del hechizo en que en éste es voluntario el querer dañar.
- 2) El contacto con quien sufría melancolía: "Las fuentes históricas afirman que el causante tenía gran tristeza y melancolía, y que su estado generaba el mal (...) se transmitía por simple proximidad del causante en el momento en que éste se encontraba triste y melancólico"⁵³.
- 3) La fecha de nacimiento. Se pensaba que los signos del día de nacimiento podían determinar rasgos como el carácter: "y los que en ella nacían [en la fecha *nahui atl*] decían que siempre vivían en la pobreza y aflicción y tristeza, nunca tenían contento ni alegría" (Sahagún, 2013, pág. 226). Igual sucedía con quienes nacían en el signo *ce atl*, como se habló en espacios anteriores. De hecho, Soustelle (1982) afirma que: "El signo del día de su nacimiento lo dominará hasta su muerte: aun llegará a determinarla y, por consecuencia, también determinará su vida en el más allá" (p. 120).
- 4) La acumulación de sustancias corporales: "Una acumulación de flema en el pecho afectaba el corazón y podía provocar locura, estupidez, desmayos o epilepsia" (Ortiz de Montellano, 1993, pág. 190).
- 5) La intervención de los dioses, por ejemplo, Tlazólteotl y sus compañeras, quienes a decir de Soustelle (1982):

Se creía que el hombre o la mujer que se entregaban a amores ilícitos extendían a su alrededor, como por un maleficio permanente, lo que se llamaba *tlazolmiquiztli*, "la muerte (causada por) el amor", y que los niños o los parientes de aquéllos eran atacados de melancolía y consunción. Era como una contaminación a la vez moral y física, de la cual sólo se podía aliviar por medio del baño de vapor, rito de purificación, y por la invocación de las *tlazolteoteo*, diosas del amor y del deseo. (p. 193)

Ciertos tipos de locura también eran atribuidos con frecuencia a la intervención de los dioses, por ejemplo:

⁵²López Austin, 2004, Vol. I, pp. 296-297.

⁵³López Austin, 2004, Vol. I, p. 300



Los nùmenes de la lluvia, por su parte, también producían diversas enfermedades (...) La más característica enfermedad imaginada como posesión de los seres pluviales era un tipo de locura que se confundía con la maldad como un solo proceso patológico, originado por el golpe un rayo. Esto explica por qué al loco furioso se le llamara *aacqui*, 'el que ha padecido intrusión'⁵⁴.

6) Causas atribuibles al propio enfermo. López Austin (2004) elabora un cuadro donde categoriza los orígenes de los males, los clasifica primeramente en De responsabilidad y Sin responsabilidad. Entre las causas de responsabilidad generadas por el propio doliente están en el número cuatro el "daño contra sí mismo" y en el siete "la pérdida de control emocional"⁵⁵.

En la actualidad sabemos que uno de los puntos de partida de la depresión es el duelo, mismo que cuando alcanza determinados parámetros en cuanto a su duración o intensidad se le denomina *patológico* o *no resuelto*. En los textos consultados para la elaboración del presente capítulo no se menciona nada que pudiera equivaler o equipararse con nuestra noción de duelo. Quizá ello se debe a que los rituales mortuorios y su duración dieran a la persona el tiempo suficiente para asimilar la pérdida sin secuelas negativas. Una forma de canalizar dicho dolor era mediante los cantos mortuorios; donde se estimulaba la expresión sentimental (en forma de llanto, lamentos, gritos, etc.) tanto en mujeres como en varones:

parte de este ordenamiento protocolario que se instaura en el ritual mortuario son los causes genéricos del canto en los que el tormentoso oleaje del dolor, de la aflicción, del temor y de la incertidumbre se canaliza y orienta para aplicar un efímero bálsamo sobre una punzante herida ontológica. (Johansson K., diciembre 2014, p. 9)

En nuestra sociedad se procura la rapidez en los procesos funerarios (velación, entierro, cremación, rituales religiosos, etc.) para que todo "pase" entre más rápido mejor, para continuar con las actividades cotidianas y "dejar atrás" el sufrimiento.

⁵⁴ López Austin, 2004, Vol. I, p. 407.

⁵⁵ Ídem, pp. 403-405.



Entre los nahuas no había prisa por *deshacerse* del difunto o por dejar de sufrir, las exequias podían durar lapsos que hoy nos sorprenderían: de uno hasta cuatro años. La gente tenía la oportunidad de asimilar y sanar su dolor, de tener una catarsis que aliviara la pena:

La sabiduría náhuatl precolombina, presintiendo intuitivamente el daño que acarrea la muerte tanto para los individuos como para la colectividad, estimuló la "expresión" paroxística del dolor a través de llantos, lamentaciones (...) que alivian los pechos oprimidos y no dejan al dolor enquistarse en la fibra sensible del hombre. (Johansson, dic. 2014, p. 26)

Los cantos funerarios o Miccacuicatl podían o no ir acompañados de música y danza, algo también impensable en nuestra actualidad. A continuación se presentan los diversos tipos de cantos mortuorios que hubo en el México prehispánico según Johansson (diciembre 2014):



Miccacuícatl	Miccachoquitzli (llanto mortuorio). Estimulaban la expresión del sentimiento.
	Tlaocolcuicatl (canto de lamentación). Ayudaban a soltar la tristeza, se acompañaban de música y danza.
	Incocuícatl (canto de orfandad o privación). Encausaban la resignación al aludir a la paz y la ecuanimidad cuando se recuerda al muerto, en especial durante la viudez. Es posible que se entonaran junto con la ingesta de plantas u hongos alucinógenos.
	Cococuícatl (canto de las tórtolas). Se empleaban cuando uno de los esposos fallecía; el viudo solía decir "coco, coco" al llorar para abatir la tristeza.
	Atequilizcuicatl (canto del vertimiento de agua). Se realizan previo a la cremación: el cadáver se envolvía en mantas y papel amate, después se mojaba con agua y procedía la incineración.
	Tzocuícatl (cantos de suciedad). Expresan el dolor, mismo que se equiparaba a la suciedad, para poder ser limpiado. Primero se entonaban los cantos de luto, después los de 'suciedad' en ellos los cantantes traían la ropa y atuendos desaseados. Se pensaba que el dolor se acumulaba en el alma, como la mugre en el cuerpo. Estos cantos drenaban el dolor.
	Xochimiquizcuicatl (cantos de muerte florida). Esta categoría se subdivide en: 1) Yaomiquizcuicatl (muerte durante la guerra), servían para revivir la batalla y comulgar con el espíritu del guerrero. 2) Itzmiquiztli (cantos para la muerte que se recibe en la piedra de los sacrificios). Este tipo de cánticos pretendía atenuar el dolor enfatizando la valentía del difunto y justificaban su muerte diciendo que ayudaba a mantener el orden cósmico.

Estos cánticos, diríamos hoy, acompañaban las distintas fases del duelo; además, tenían otra finalidad: preservar el recuerdo del difunto en la memoria de sus deudos. (Johansson K., diciembre 2014, pág. 85)

Existen numerosos testimonios de un amplio vocabulario referido a los más variados estados anímicos en el México prehispánico, elaborados tanto por los propios informantes indígenas como por los religiosos que vinieron de España; entre estos se encuentra fray Alonso de Molina (1513-1579), una de sus obras



más importantes fue el *Vocabulario en Lengua Castellana y Mexicana*⁵⁶ publicado en 1571⁵⁷.

Autores como Ortiz de Montellano, Johansson o López Austin ofrecen en sus obras terminología relativa a los estados anímicos en el mundo náhuatl, con o sin explicación filológica de los términos. Aquí presentamos algunos de ellos y, cuando es posible, adjuntamos la traducción del término que hizo por su parte fray Alonso de Molina:

Ortiz de Montellano (1993) menciona los siguientes vocablos:

Neyoltequipacholiztli ("aplastamiento del corazón") alma cansada. Molina lo traduce como "arrepentimiento tal" [como tal].

Yolaactiuechtiliztli ("hundirse el corazón") alma cansada" (pág. 191).

Por su parte, Molina lo transcribe como: "tener gran angustia".

Algunos términos anímicos mencionados por López Austin⁵⁸ son:

NÁHUATL	ETIMOLOGÍA	ESPAÑOL	MOLINA
Cuaxocomicqui	ebrio de la conciencia	loco	loco desatinado
Tlacaellotl	disminución en el vigor, en la vitalidad	tristeza, disgusto, pena, aflicción	angustia o "pena" (de tristeza)
Yolaactihuechiliztli	hundimiento del alma	fatiga del alma	tener gran angustia
Yollococoxqui	enfermo de la razón	loco	loco desatinado
Yollopoliuhqui	perdido del corazón	desmemoriado	loco, avenado (que tiene vena de loco ⁵⁹)
Yolmiquiliztli	amortecimiento del alma	fatiga del alma	amortecimiento de esta ⁶⁰ manera
Yoltequipacholiztli	fatiga del alma	fatiga del alma	pena y aflicción en el alma
Yoltonehuiliztli	tormento del alma	fatiga del alma	Pena o aflicción del corazón

⁵⁶ (Molina, 1571)

⁵⁷ Aunque comenzó su elaboración en 1550 aproximadamente.

⁵⁸ López Austin, 2004, Vol. I, p.203; Vol. II, pp. 225-227 y 235.

⁵⁹ Hoy diríamos "locuaz".

⁶⁰ No se entiende con claridad en el texto.



A continuación incluimos un cuadro con terminología referida a la melancolía, la tristeza o la locura tomada del *Vocabulario* de Molina, mismo que fue consultado en una versión digitalizada por la John Carter Brown Library⁶¹; el original se encuentra en 'México Incunables Collection' de dicha biblioteca.

Como es de suponer, la obra se encuentra escrita en el español del s. XVI, con la ortografía propia de la época, misma que difiere en algunas grafías de la actual; desde luego, y para evitar confusiones, la ortografía se adaptó a la que se usa en nuestros días.

NÁHUATL	DEFINICIÓN DE MOLINA
Aaquetza	Loco. Alzar y abrazar la cabeza a menudo, así como estar loco.
Atle onquiçaliztli atle uelitliliztli	Desdicha
Atle yecyotl, Atle pacyotl	Melancolía
Atle yyec, Atle yuelmach A-mo paquini	Melancólico
Atleonquiçani, Atleipamopouani	Desdichado
Cuecuelotih	Loco. Andar sin reposo del cuerpo, alzando y levantando la cabeza y los hombros como loco.
Iyo omotlaueliltic	Interjección: desventurado y desdichado
Nepololiztli	El que se pierde/destruye a sí mismo. (Suicida)
Quatlaueilloc	Loco (desatinado)
Tecayehua Tecayehuani	Loco furioso
Tlaacolchiua nic	Hacer algo con tristeza
Tlaacolnantli	Madre de tristeza y aficción. (madre en el sentido de origen o causa) <i>nantli</i> ⁶² es matriz.
Tlaacoyaliztli	Tristeza
Tlaacoyani	Triste (como adjetivo y verbo: estar triste)
Tlaocuxqui	Triste
Tlaocuxtimeni	Andar triste (verbo). Hoy diríamos algo así como "tristear".
Tlaoquichuiliztli	El acto de sufrir de alguna manera.
Yollopoliuhcayotl	Locura o desatino
Yollotlaueilloc	Loco desatinado
Yollotlaueillocayotl	Locura
Yoltequipachonino	Tener pesar de lo que hizo. (Culpa)

⁶¹ <https://archive.org/details/vocabularioenlen00moli>

⁶² López Austin, 2004, Vol. II, p. 174.





Una de las manifestaciones físicas de la tristeza es el llanto, el cual es representado en los códices prehispánicos como "una gota de agua del color azul con una terminación blanca debajo del ojo" (Graña Behrens, p. 156). Veamos un ejemplo:



Códice Mendoza, folio 13v (detalle)

Para Graña Behrens (2009) es indispensable "entender las emociones como un sistema de valores, y la otra es comprenderlas como parte de una estructura social" (p. 160). En este sentido se presenta un fuerte contraste no sólo con los conquistadores europeos que llegaron a México-Tenochtitlan en 1519; sino con los valores y costumbres que tenemos en la actualidad, en donde el llanto se considera propio de mujeres o de personas débiles y su expresión está muy limitada a situaciones de profunda tristeza.

A decir de Graña Behrens (2009) para expresar el acto de llorar se solía asociar al verbo *choca*, 'llorar, gritar'; además, en las representaciones pictóricas, hay ocasiones en que "descansan la palma de la mano exterior con los dedos hacia arriba y medio curvados en la frente (...) y tiene su antecedente en la cultura teotihuacana" (Graña Behrens, 2009, pág. 157). Por último, el acto de llorar tenía un especial valor en la cultura mexicana, donde se le empleaba no sólo para expresar dolor o tristeza, sino que:



encontró su lugar en los códices pictográficos y a la vez emerge que el llanto era indispensable para sobrellevar diferentes situaciones. Sobre todo en el campo ritual, el llanto se expresaba de una manera muy marcada y la emoción vinculada a éste era un factor deseado o un medio de comunicación (...) servía como superación de una separación social [boda, funeral] o incluso en situaciones de crisis políticas. (...) Parece que al llanto se le atribuye un valor positivo y por esta razón no se sometía a ninguna restricción de la sociedad (...) El llorar ayudaba a superar situaciones sociales, a recordar historias y a comunicarse con los dioses.

(Graña Behrens, 2009, pág. 171)

Si los antiguos nahuas distinguían aflicciones como la tristeza y la melancolía, tenían también, desde luego, los remedios terapéuticos adecuados para ella. Las fuentes que hacen más menciones al tema son la *Historia General de las Cosas de la Nueva España* de Fray Bernardino de Sahagún y el códice *De la Cruz-Badiano*.

Los autores consultados para la elaboración de este trabajo refieren uno o dos remedios contra la melancolía; lo cual ha llevado a algunas personas a hablar de *psiquiatría náhuatl* o a decir que los mexicas daban *psicoterapia integral a los deprimidos*. Esta es una de las consecuencias de, por un lado, sólo leer superficialmente los textos y, por otro lado, sacar elementos de su contexto. Además, hablar de psicoterapia⁶³ o psiquiatría porque se recetaban infusiones herbales, nos parece tan desproporcionado como hablar de *neurocirugía* sólo porque se hicieron trepanaciones; es necesario recordar que la medicina era un combinado de creencias religiosas, mágicas y, ligeramente en menor medida, de observaciones empíricas.

Si hoy podemos hablar de disciplinas como la psicología, la psiquiatría o la neurocirugía es porque se cuenta con los marcos teóricos correspondientes, porque hay una metodología de trabajo, porque existe una compleja

⁶³ en tanto "tratamiento de enfermedades mentales, psicósomáticas y problemas de conducta mediante técnicas psicológicas" o "tratamiento destinado a solucionar problemas psicológicos"(Real Academia Española, 2001).





infraestructura (instalaciones, equipo especializado, personal calificado, etc.) que hacen posible el brindar una atención con bases científicas para que el paciente recobre la salud y se reintegre de forma exitosa a su vida cotidiana. Por lo demás, los pueblos nahuas no tendrían por qué haber tenido todo esto, pues, sencillamente, nadie en el planeta lo tenía. No es cuestión de *avance* o *retraso*, sólo era un momento más en la historia de la humanidad.

Al parecer existe evidencia suficiente como para pensar que había una especie de protocolo para la atención a pacientes con afecciones psíquicas, Ocaranza (2011) lo describe de esta manera:

Para curar la locura distinguían primero si el caso era delirante o depresivo (...) Si la forma era depresiva del espíritu, empleaban la yerba llamada *malinalli* junto con la médula de carrizo y el *tlaolli*, todos preparados en cocimiento, infusión o poción mixtos. (...) Los casos de excitación nerviosa pasajera y aún algunas de las llamadas neurosis tenían como tratamiento en cierto modo rutinario el jugo de *iztáuhayatl* (*Artemisia mexicana*) (p. 86).

En su libro, Fray Bernardino de Sahagún (2013) dedica algunos capítulos a cuestiones de herbolaria y terapéutica, en ellos explora los remedios y curas a muy diversos males. Presentamos a continuación los relacionados con la melancolía:

1) "Hay otra hierba medicinal que se llama *izeleua* (...) También se bebe cruda, molida y revuelta con agua, cuando alguien comienza a estar enfermo, y con esto echa cólera y flema por la boca; y también la beben los que tienen demasiado calor y angustia en el corazón" (Sahagún, 2013, pág. 652)



*Izeleua*⁶⁴

2) "*Iztáuhayatl* ... también es provechosa molida, juntamente con los meollos de las ramas de la hierba que se llama *quauhyayáual*⁶⁵, para lo que tienen angustias en el corazón por razón de algún

⁶⁴ Dictionnaire de la langue nahuatl classique: <http://sites.estvideo.net/malinal/lexik/nahuatlIH.html>



mal humor que le oprima; bébenla cocida con agua y sanan". (Sahagún, 2013, pág. 656)



3) "Hay unas avecillas en esta tierra que se llaman *cocotli*, y todos los españoles las llaman tortolillas... Dicen que la carne de estas aves comida es contra la tristeza". [también se receta contra los celos] (Sahagún, 2013, pág. 622)



La revista *Arqueología Mexicana* dedicó dos números especiales al análisis detallado del códice De la Cruz-Badiano⁶⁷, donde incluye, además, fotografías, tomadas por investigadores de temas botánicos, de las plantas mencionadas por Martín de la Cruz. El correspondiente al tema que nos ocupa es el siguiente:

1) Folio 41r: *Nigri remedium sanguinis* (Remedio contra la sangre negra): "Se cuecen en agua las ramas y raíces molidas de las hierbas *cuauhtlahuizquilitl* y *tlatlancuaye*; se les agrega perla, hígado de lobo y pulque. Debe beber este líquido así preparado. Separadamente ha de beber antes de la comida el jugo exprimido

⁶⁵ No se encontró la imagen correspondiente.

⁶⁶ Dictionnaire de la langue nahuatl classique: <http://sites.estvideo.net/malinal/lexik/nahuatlH.html>

⁶⁷ (Bye, Códice De la Cruz-Badiano, 2013) y (Bye, Códice De la Cruz-Badiano (2a. parte), 2013).



de diversas flores que huelen bien. Ha de andar en lugar sombreado, y se ha de abstener de trato carnal. Beberá muy moderadamente el pulque y mejor no lo beba, si no es como medicina. Dedíquese a cosas alegres, como es el canto, la música, el tocar los instrumentos con que acostumbramos acompañar nuestras danzas públicas". (Bye, Códice De la Cruz-Badiano (2a. parte), 2013, pág. 30)

Sorprende lo integral del tratamiento: medicamentos enlazados con lo que hoy llamaríamos terapia ocupacional. Sin embargo, algunos autores afirman que la información puede estar *contaminada* con la visión europea por ser éste un códice elaborado, sí por informantes indígenas, pero hecho durante la Colonia. Estudiosos de la herbolaria afirman lo contrario. A la fecha, continua siendo un tema de apasionado debate.



Por cierto, en el códice también se dan algunos remedios para el insomnio, para el *nerviosismo* y la angustia; entre muchos padecimientos más.



Cuando los tratamientos para la melancolía no daban resultado, o cuando la persona atravesaba por circunstancias vitales excepcionales había la posibilidad de recurrir al suicidio para, entre otros, poner fin al sufrimiento.

El descubrimiento de este tema, el suicidio en el mundo nahua, nos ha resultado sorprendente por varias razones; la primera, porque es un tema que ha sido abordado en tiempos muy recientes, mismo que no ha sido elaborado por psicólogos o psiquiatras, sino por historiadores. En segundo lugar porque suele pensarse el México prehispánico como una época idílica, casi paradisíaca, que fue emponzoñada por los europeos. Por desgracia, la evidencia arqueológica y los hallazgos de diversas disciplinas, nos hablan de un mundo donde también había desigualdad social, injusticia, hambre, altas tasas de mortalidad... y un profundo sufrimiento.

Con base en la bibliografía consultada se puede llegar a la conclusión que el suicidio era una dolorosa realidad en el mundo nahua, de la cual dan testimonio el acervo literario de estos pueblos, además de los propios códices. En este sentido, Johansson (junio 2014) plantea lo siguiente:

Aún cuando la información es escasa, las fuentes sugieren que los suicidios eran frecuentes en el mundo náhuatl prehispánico (...) porque los indígenas no conferían a su existencia individual un valor supremo. La existencia se subordinaba a los intereses superiores de la sociedad en la que se integraban los individuos y a los determinismos biológicos culturalmente percibidos del mundo en que vivían. (p. 117)

Una de las fuentes en las que se menciona de forma explícita el fenómeno del suicidio es en la *Historia General de las Cosas de la Nueva España*, de Sahagún (2013): "viéndose menospreciado de todos de pena y congoja cae en alguna enfermedad y con ella se empobrece, y se hace solitario, olvidado de todos y desea su muerte y desea salir de esta vida porque nadie le ve, ni visita, ni hace cuenta de él" (p. 224).

Además, es necesario tomar en cuenta que la existencia humana, según López Austin (2004), era concebida como:



un periodo breve en el que el dolor es algo normal y natural. El sufrimiento, expresado frecuentemente en los textos como dolor físico o como esfuerzo y fatiga, implica hambre, sed y trabajos, a los que el hombre tiene que enfrentarse por el hecho simple de haber nacido.⁶⁸

por lo cual el suicidio no tiene las implicaciones negativas⁶⁹ que adquirió desde la Colonia y que han llegado hasta nuestros días; ya que, a decir de Johansson (junio 2014):

En lo que concierne a los pueblos indígenas prehispánicos, el suicidio está subordinado a lo que representaban la existencia y la muerte no sólo en un horizonte de convicciones ideológicas sino a un nivel somato-psíquico (...) Suicidarse no es solamente matarse, sino también dejarse morir, consentir en una muerte eutanásica o sacrificial, o ir al encuentro de una muerte segura en el campo de batalla. (pág. 54)

En las culturas precolombinas se distinguían varios tipos o modalidades de suicidio: pasivo (dejarse morir) y activo (Johansson, junio 2014). Con base en la información proporcionada por Johansson los tipos de suicidio se clasificarían en:

TIPOS DE SUICIDIO		
Autoinfligida	Muerte consentida	Muerte sacrificial
* Por tristeza o desesperación. * Para no ser muerto por un enemigo.	Se empleaba para: * Aliviar, poner fin al dolor, enfermedad o agonía. * En casos de vejez.	La persona accedía voluntariamente para representar a una deidad en su ritual y consecuente sacrificio.

Toda lengua, al ser un instrumento flexible que permite la transmisión de ideas, refleja la visión del pueblo que la produce; ya que la existencia de las palabras responde a la necesidad de nombrar la realidad en la cual se está

⁶⁸ Vol. I, p. 277.

⁶⁹ En tanto pecado, cobardía, atentado contra Dios, etc.



inserto. En este sentido, una aportación valiosa del extenso artículo de Johansson es la recopilación de términos que aluden al suicidio, cada uno de ellos con ligeras diferencias o matices en sus significados:

- Momictia*: es el término general: "matar a sí mismo", es decir "matarse".
 - Monomamictia*, "matarse por su propia mano" (que enfatiza la intención).
 - Monomatcamictia*, "el que se deja morir" (añade un matiz de apática aceptación).
 - Mopoloa*, "salir de la existencia", (destruirse, borrarse o perderse a sí mismo).
 - Motlahueipoloa*, "matarse por desesperación, locura" (añade un complemento circunstancial de causa o manera del acto realizado).
 - Mixtlatia*, "destruirse" o "deshacerse". (suicidarse sería "esconder el rostro" o "destruir el rostro").
 - Moxochimictia*, "matarse de manera florida" (en el sentido de autosacrificio).
- (Johansson K., junio 2014, pág. 59-61)

Al parecer las formas más comunes de suicidio eran por ahorcamiento y por salto al vacío. Finalmente, las fuentes históricas dan cuenta de varios personajes célebres que recurrieron al suicidio por diversos motivos y circunstancias:

- ✿ Ce Ácatl Topiltzin Quetzalcóatl⁷⁰ (auto incineramiento).
- ✿ Huémac (ahorcamiento).
- ✿ Teuctlehuacatzin (envenenamiento).
- ✿ Chimalpopoca (salto al vacío).
- ✿ Tlakahuepan (salto al vacío).
- ✿ Maquíhuix (salto al vacío).
- ✿ Tlahuicole (salto al vacío)⁷¹.

⁷⁰ De las varias versiones que hay sobre la vida de Quetzalcóatl, en los *Anales de Cuauhtitlán*, citado por Krickeberg (1971), se describe la vida, y el suicidio, de este personaje.

⁷¹ Johansson K., junio 2014.



Según Gaspar Baquedano⁷² los mayas son la única cultura en el mundo que tiene una diosa del suicidio: Ixtab, "la de la cuerda". Fray Diego de Landa⁷³ hace referencia a esta diosa lunar:

Decían también, y lo tenían por cierto, (que) iban a esta su gloria los que se ahorcaban; y así había muchos que con pequeñas *ocasiones de tristeza*⁷⁴, trabajos o enfermedades se ahorcaban para salir de ellas e ir a descansar a su gloria donde, decían, los venía a llevar la diosa de la horca que llamaban Ixtab.



Ixtab. Códice *Dresde*
Folio 32 (detalle)⁷⁵

Johansson (junio 2014) concluye su interesante artículo⁷⁶ sobre el suicidio con un comentario impactante:

En 1603 quedaban unos tres millones de indígenas de los veinticinco millones que había habido en el territorio correspondiente a lo que es hoy México antes de la llegada de los españoles. Las guerras, el maltrato y las epidemias son algunas de las causas de esta tremenda mortandad, pero es

⁷² <http://www.comunicacampeche.com.mx/Php/locales.php?id=135286>

⁷³ *Relación de las cosas de Yucatán*. Cap. XXXIII, p. 68.

⁷⁴ el subrayado es nuestro.

⁷⁵ Los puntos negros que se observan en el seno y en la mejilla representan la putrefacción del cuerpo.

⁷⁶ (Johansson K., *Nenomamictiliztli: El suicidio en el mundo náhuatl prehispánico*, 2014).



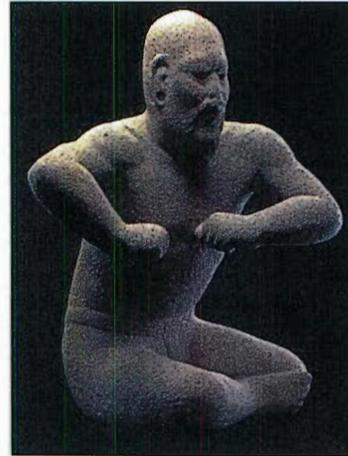
probable que muchos de los indígenas hayan *escogido morir* cuando constataron que su mundo había muerto. (pág. 118)⁷⁷

La expresión de la tristeza en las letras y las artes

Para concluir este capítulo se optó por incluir una serie de obras literarias o didácticas, láminas y figuras sobre el arte prehispánico que tienen por finalidad ilustrar y ampliar la noción que se tenía en esos tiempos sobre la tristeza o la melancolía.

Se parte de la idea de que si pudieron tallar obras de la magnitud y complejidad de la Piedra del Sol, es lógico suponer que también pudieron imprimir expresiones faciales (como la alegría o la tristeza) y corporales en sus obras; o imprimir la noción de inercia (la Coatlicue) o la de movimiento (el Luchador) ya que tenían una fina capacidad de expresión artística, tanto abstracta como figurativa, en el empleo de materiales tan diversos como la piedra, el barro, la obsidiana, cristal de roca, etc. como se puede apreciar en las siguientes seis imágenes:

⁷⁷ Por cierto, y como dato curioso, el primer hospital psiquiátrico abierto en el continente fue el de San Hipólito, se fundó en el año 1566, sólo 45 años después de la caída de México-Tenochtitlan.





Por lo que respecta a las letras, en su libro *Panorama literario de los pueblos nahuas*, Ángel Ma. Garibay (1987) hace mención de un texto de índole didáctica: "como coyote ando, cara de venado baja. Se empleaba para indicar al que estaba agobiado por la pena" (p. 141). 'Traer la cabeza baja' es una metáfora sugerente: el venado es un animal activo y atento a lo que ocurre a su alrededor, por ende, siempre trae la cabeza arriba. Por su parte, los coyotes suelen caminar mientras olfatean el suelo; con lo cual se refuerza la idea de traer la cabeza baja y, por ende, la tristeza y el desánimo de la persona.

A continuación presentamos algunos ejemplos de poemas en que se aborda la tristeza.

ESTOY TRISTE⁷⁸

Estoy triste, me aflijo,
yo, el señor Nezahualcóyotl.
Con flores y con cantos
recuerdo a los príncipes,
a los que se fueron,
a Tezozomocztin, a Quahquauhtzin.

En verdad viven,
allá en donde de algún modo se existe.
¡Ojalá pudiera yo seguir a los príncipes,
llevarles nuestras flores!
¡Si pudiera yo hacer míos
los hermosos cantos de Tezozomocztin!
Jamás perecerá tu renombre,
¡oh mi señor, tu Tezozomocztin!,
así, echando de menos tu cantos,
me he venido a afligir,
sólo he venido a quedar triste,
yo a mí mismo me desgarró.

He venido a estar triste, me aflijo.
Ya no estás aquí, ya no,
en la región de donde de algún modo se existe,
nos dejaste sin provisión en la tierra,
por esto, a mí mismo me desgarró.

Nezahualcóyotl

⁷⁸ (León-Portilla M. , 1975, pág. 65)



CANTO TRISTE DE CUACUAHTZIN⁷⁹

Flores con ansia mi corazón desea,
que estén en mis manos.

Con cantos me aflijo,
sólo ensayo cantos en la tierra.

Yo, Cuacuahtzin,
con ansia deseo las flores,
que estén en mis manos,
yo soy desdichado.

¿Adónde en verdad iremos
que nunca tengamos que morir?
Aunque fuera yo piedra preciosa,
aunque fuera oro,
seré fundido,
allá en el crisol seré perforado.
Sólo tengo mi vida,
yo, Cuacuahtzin, soy desdichado.

Tu atabal de jades,
tu caracol rojo y azul así los haces ya resonar,
tú, Yoyontzin.
Ya ha llegado,
ya se yergue el cantor.
Por poco tiempo alegraos,
vengan a presentarse aquí,
los que tienen triste el corazón.
Ya ha llegado,
ya se yergue el cantor.

Deja abrir la corola a tu corazón,
deja que ande por las alturas.
Tú me aborreces,
tú me destinas a la muerte.
Ya me voy a su casa,
pereceré.
Acaso por mí tú tengas que llorar,

por mí tengas que afligirte,
tú, amigo mío,
pero yo ya me voy,
yo ya me voy a su casa.
Sólo esto dice mi corazón,
no volveré una vez más,
jamás volveré a salir sobre la tierra,
yo ya me voy, ya me voy a su casa.

Sólo trabajo en vano,
gozad, gozad, amigos nuestros.
¿No hemos de tener alegría,
no hemos de conocer el placer amigos nuestros?
Llevaré conmigo las bellas flores,
los bellos cantos.
Jamás lo hago en el tiempo del verdor,
sólo soy menesteroso aquí,
sólo yo, Cuacuahtzin.
¿No habremos de gozar,
no habremos de conocer el placer, amigos
nuestros?
Levaré conmigo las bellas flores.
los bellos cantos.

Cuacuahtzin de Tepechpan

⁷⁹ (León-Portilla M. , 1975, pág. 85)



Entre los rasgos estilísticos, tanto en escultura como en pintura, para representar la tristeza encontramos:

Una mano llevada a la frente o a la cara expresa pesar, y frecuentemente se asocia con la representación de las lágrimas. En ocasiones, la mano que se lleva a la cara parece querer enjugar las lágrimas. En el máximo gesto de tristeza, vemos en alguna ocasión que las figuras se tuercen sobre sí mismas a la vez que lloran. (Escalante Gonzalbo, 1995, pág. 173)

A continuación se presentan una serie de piezas procedentes de distintas culturas mesoamericanas que tienen por finalidad exponer la manera en que los artistas precolombinos plasmaron la tristeza.

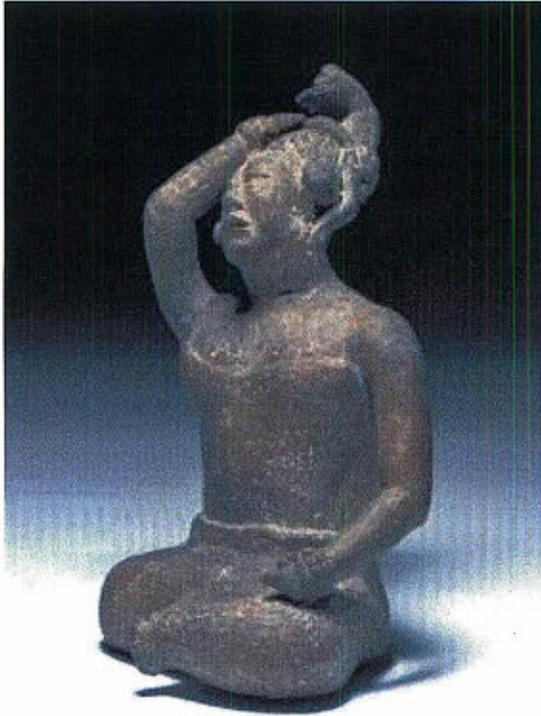


Figura de piedra antropomorfa
Cultura maya

Figura de barro antropomorfa
Campeche

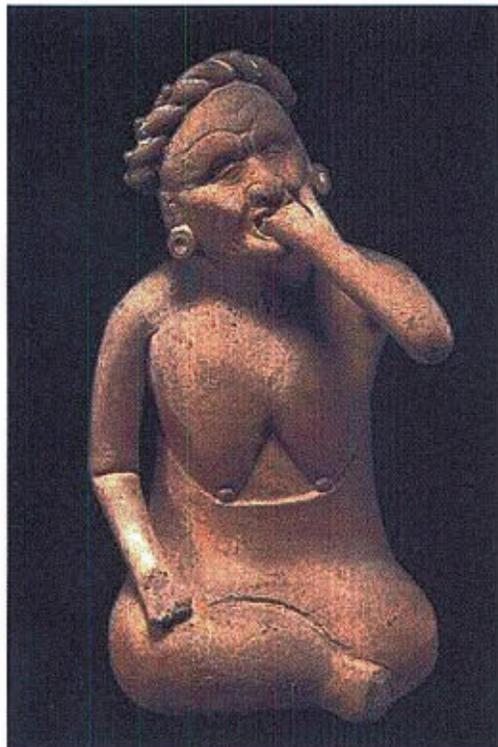
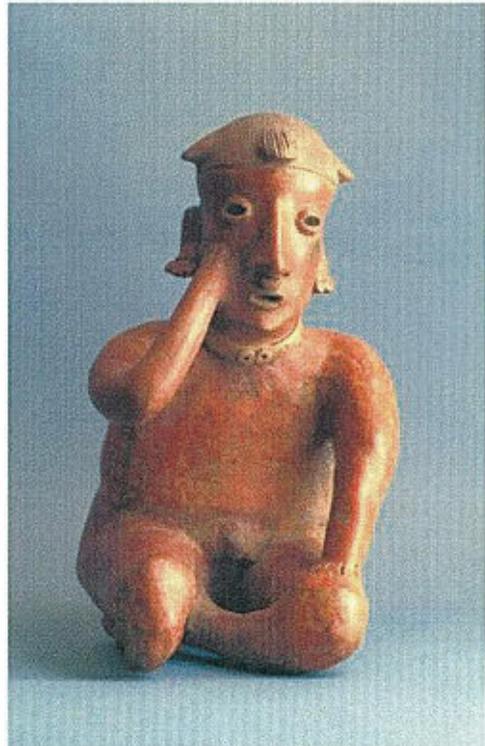




Figura de barro antropomorfa
Colima

Figura de barro antropomorfa
Colima



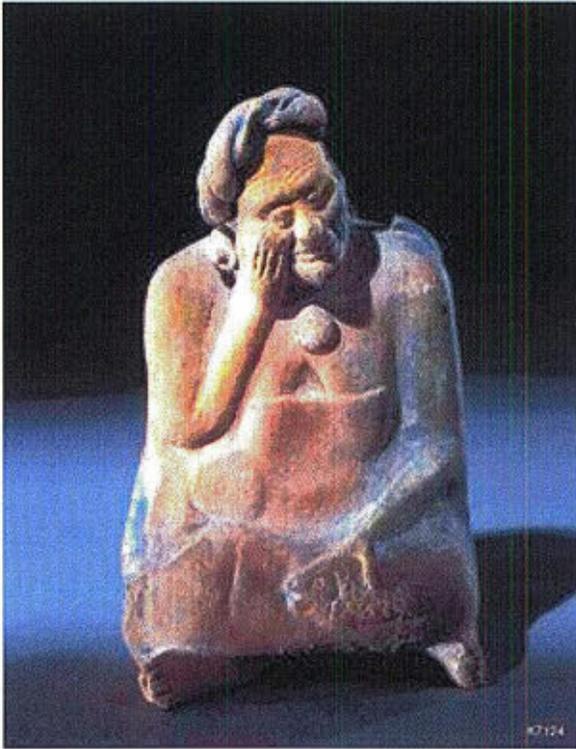


Figura de piedra antropomorfa
Campeche

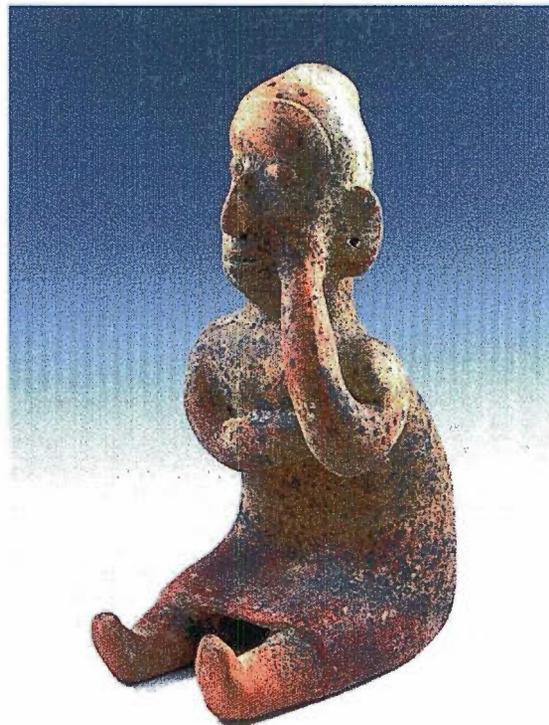


Figura de barro antropomorfa
Colima



Figura de barro antropomorfa
Colima

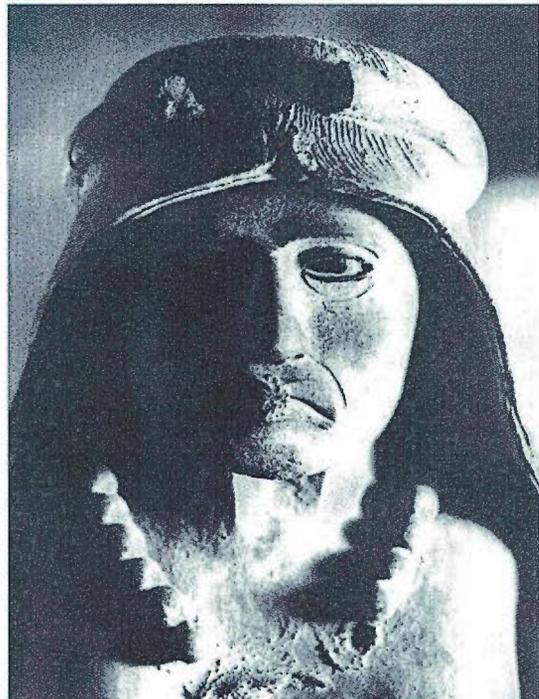


Figura de barro.
Cultura clásica del centro de
Veracruz

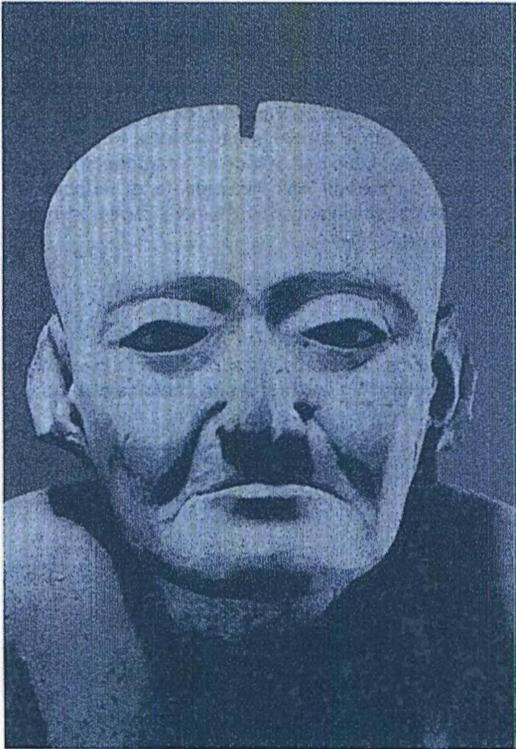


Figura de barro
Veracruz

80

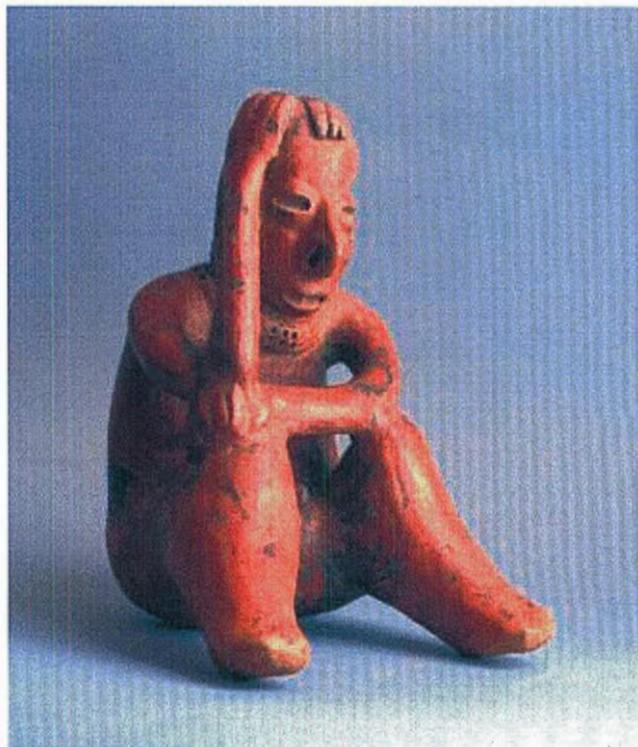


Figura de barro sedente
Colima

⁸⁰ (De la Fuente J. R., 1981, pág. 31)



Cerámica. Figura sedente, titulada *Luto*. Nayarit

81



Cerámica. Figura sedente, titulada *Luto*. Nayarit.
(detalle)

⁸¹ MET Nueva York: <http://www.metmuseum.org/art/collection/search#!/search?geolocation=Mexico&so>



82

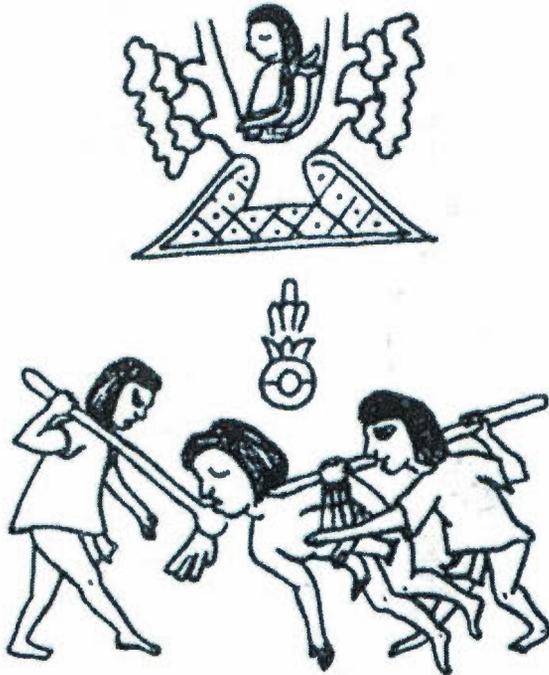
Cerámica pigmentada. Figura sedente.

Nayarit

⁸² MET Nueva York: <http://www.metmuseum.org/art/collection/search#!/search?geolocation=Mexico&so>



Una de las manifestaciones de la tristeza es el llanto. Veamos algunos ejemplos en obra pictórica:

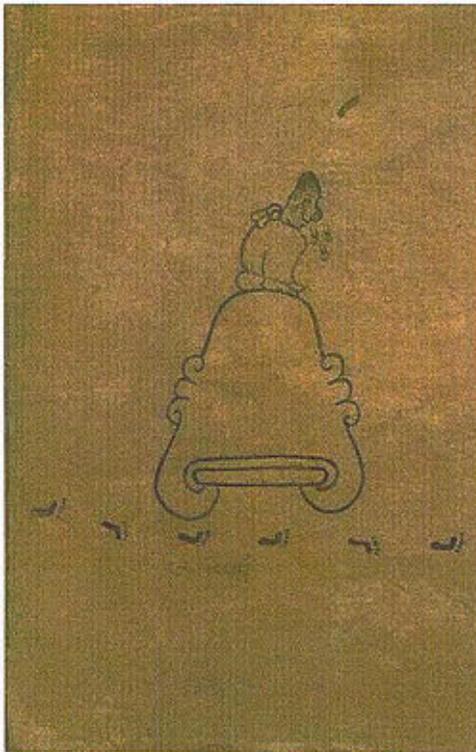


"Nezahualcóyotl ve como asesinan a su padre"

Códice Xólotl, Lámina 16
(detalle)

*Tira de la
peregrinación*
Folio 19
(detalle)





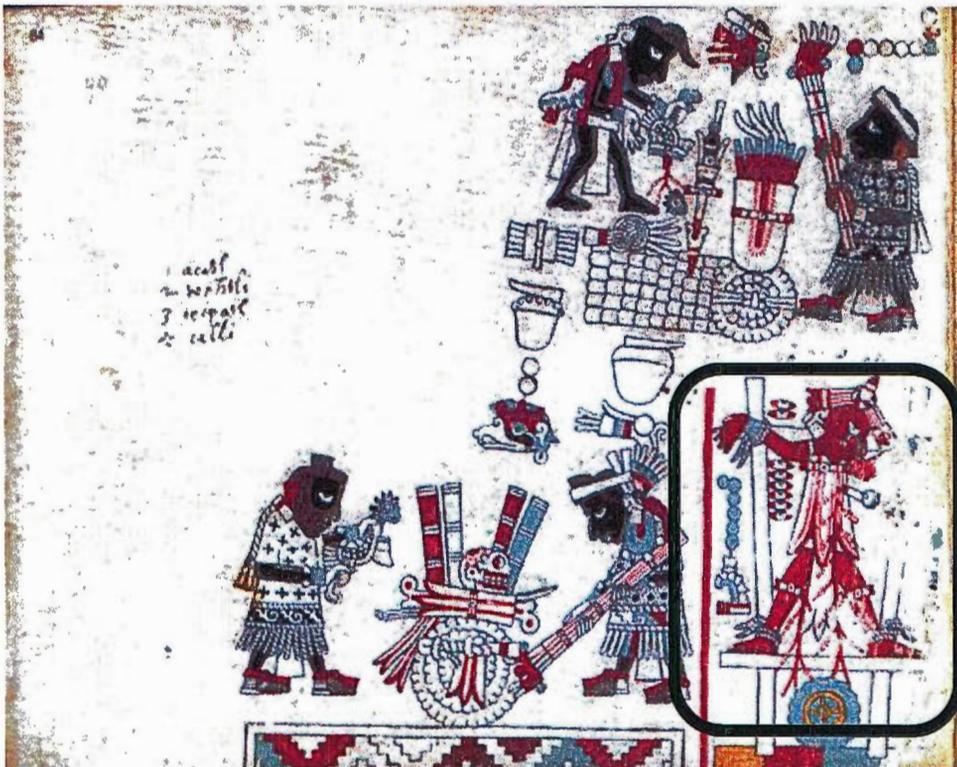
Tira de la peregrinación
Folio 5 (detalle)

Códice florentino
Libro 1, folio 32v
(detalle)



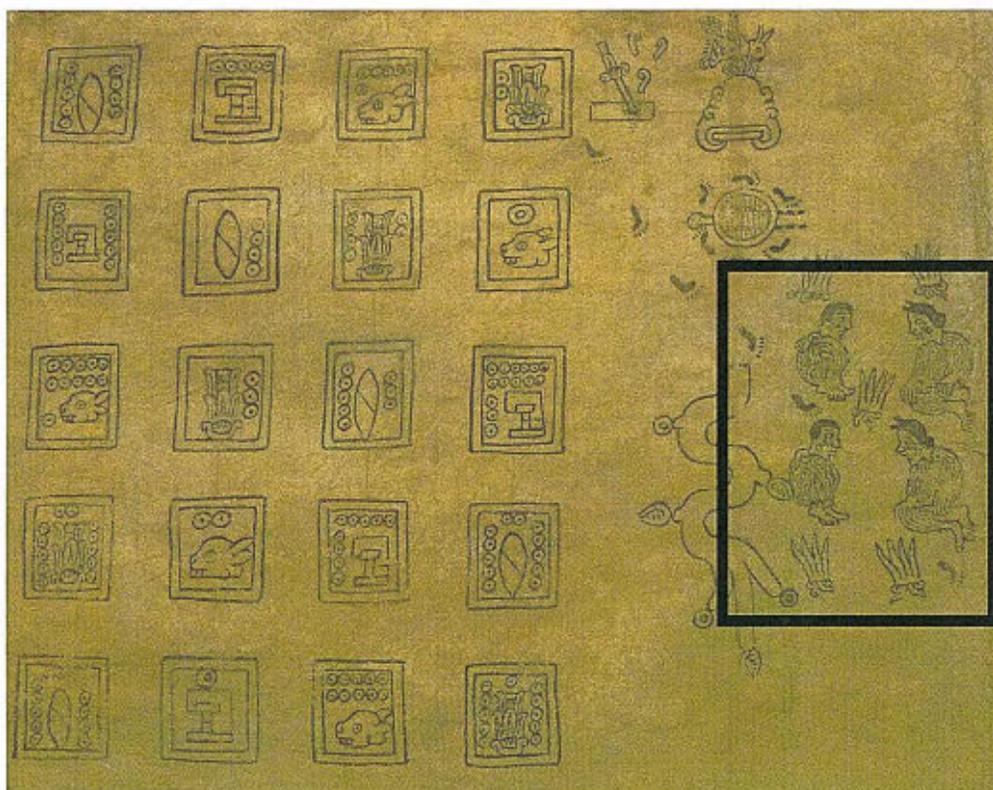
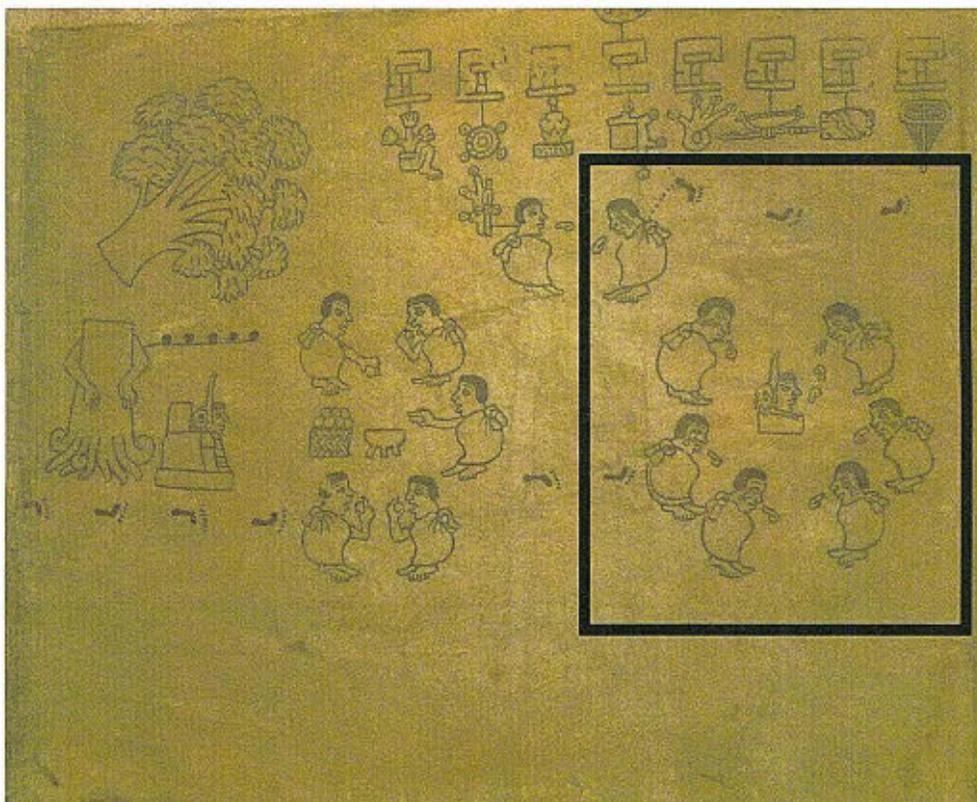
Las siguientes cuatro láminas pertenecen al códice mixteco Zouche-Nutall, folios 79, 82, 84 y 90:







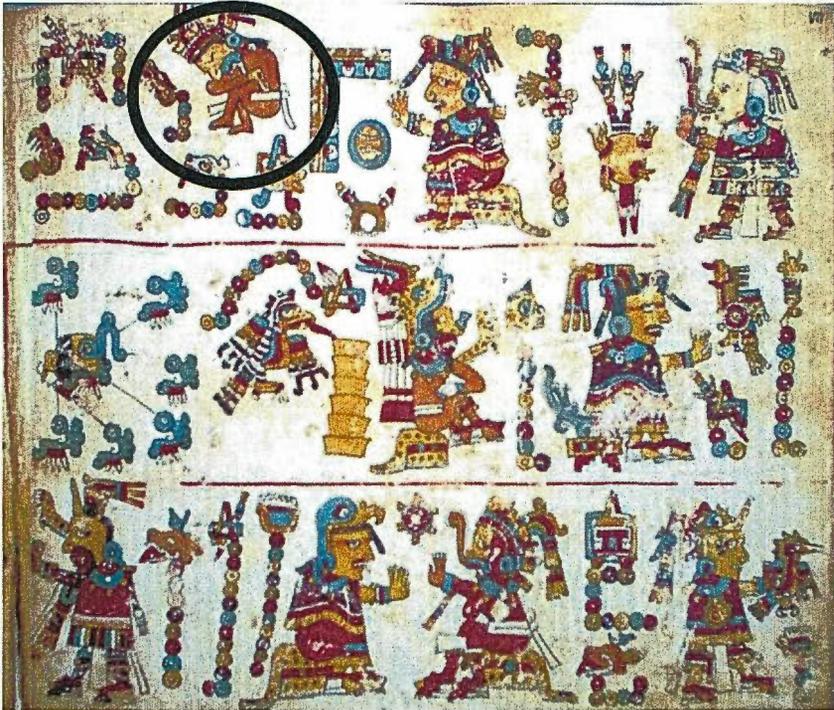
Las siguientes dos imágenes son de la *Tira de la Peregrinación*, folios 3 y 19:





Códice Vindobonensis o Mexicanus, las láminas son 6, 7 y 62:







Del primer libro

que llamas se puede ver por donde
 paso: o como una sarta, que sale
 de la vallesta, con gran impetu,
 y llega adonde la enderoca el
 vallesero sin dexar rastro algu-
 no, de su pasada: desta manera,
 nos acontece, a nosotros: nacidos en
 breve tiempo, se nos acaba la vi-
 da: y ninguno de nos dexamos,
 de buena vida: fenecimos en pocos
 dias, en nra malignidad, que es
 nuestro mal vivir. **D.** Tales co-
 sas dizeon los peccadores en el in-
 fiero: con grandissimo dolor de
 su oracion. Y con llanto de gran
 tristeza. Y con lagrimas, no reme-
 diables: porque no quisieron cono-
 cer, ni servir al verdadero dios,
 creador, y regidor, de todas las co-
 sas: quando comenco su tormento,
 entonces comenco su llanto, dolor
 y lagrimas. Y agora aban en el.
 Y para siempre llamas perseverara
 en el: los que ano en, y sirven
 y obedecen, al solo y verdadero
 dios, gozaron de sus riquezas, y go-
 zas eternas, porque es infinitamente
 bueno, y suave: assi queda di-
 cho en el resto de la sagrada escrip-

en un dia, y en pocas horas, intencionalmente.



B. Oracion que he, y maldad del malicia
 tocarme, iah qui in, y mudo que, y
 y mixalo, y nra nra cullatol, y nra
 yuglar, y nra nra, etc del mio tolla
 llo que. Sub in qui mixima chilia. in pa
 mo la cura chilia. y nra nra dios, que
 no pillus que, y nra nra, y nra
 ne aglio nra nra: chilia ca nra nra
 ca nra nra nra, y nra nra dios, iah
 ca nra nra nra in la nra nra.



Códice Florentino, Libro 1, folio 32v.



MÁS ALLÁ DEL MANUAL... LA DEPRESIÓN

"En algún lugar del alma
se extienden los desiertos de la pérdida,
del dolor fermentado;
oscuros páramos agazapados
tras los parajes de los días."
Sealtiel Alatraste

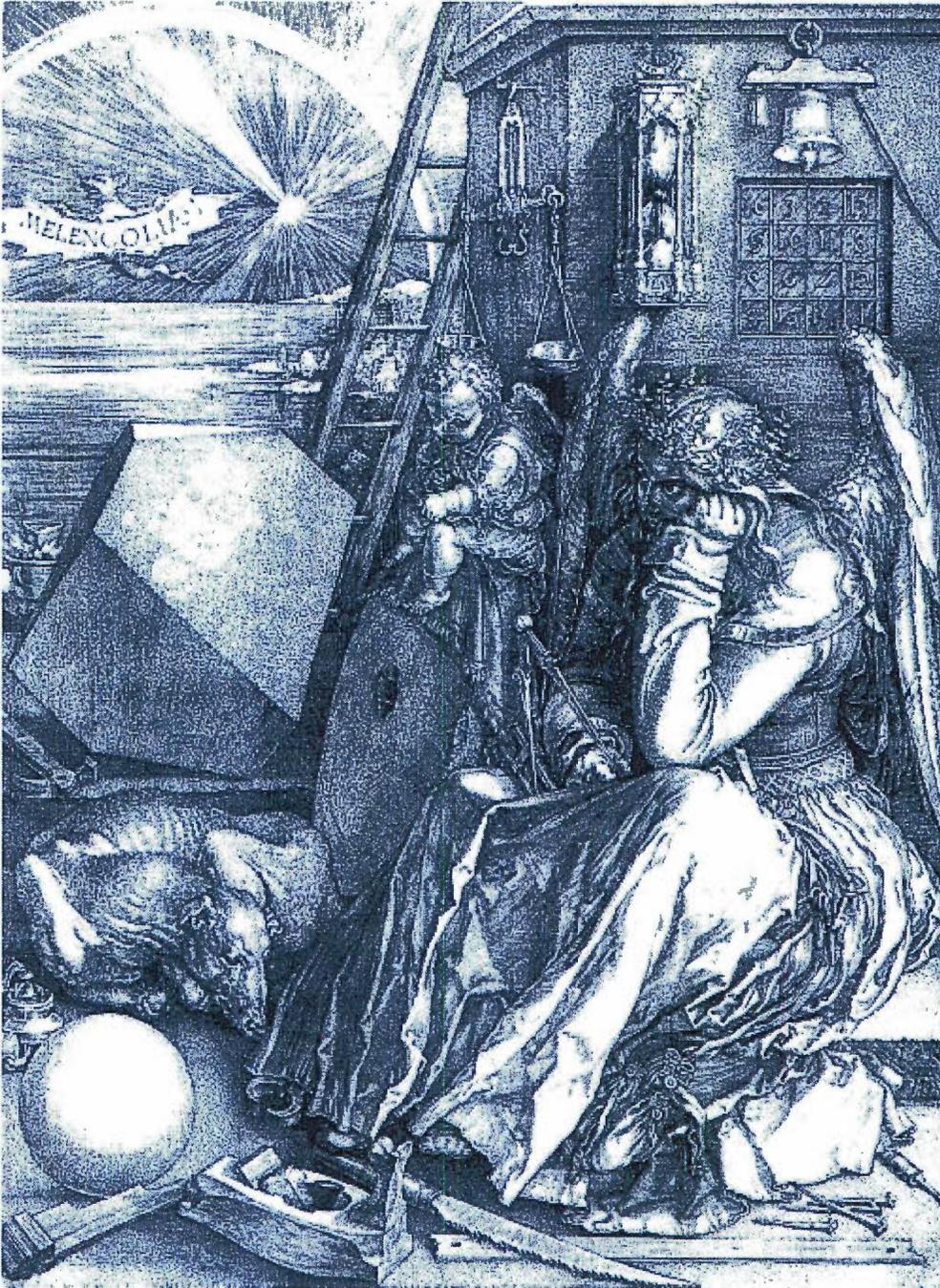
Es sabido que los artistas reflejan lo que viven en su mundo interno, o social, religioso, natural, etc. Toda obra artística tiene un *motivo* o tema en torno al cual gira la obra. Es frecuente ver, por ejemplo en la pintura, a los nobles y poderosos, divinidades o personajes mitológicos, paisajes espléndidos, situaciones propias de la cotidianidad, así como una amplia gama de emociones y sentimientos humanos.

Siendo la depresión y la melancolía un mal que ha acompañado a la humanidad, no sería de extrañar que se le dedicara una tela, un poema o una canción popular.

Surge entonces la duda sobre cómo se ha manifestado en el hacer artístico: ¿qué puede decirnos el arte de la melancolía?, ¿cómo da cuenta de ella la música popular, la literatura, la poesía?, ¿cómo ven los artistas, de cualquier disciplina, la tristeza, la melancolía o la depresión?

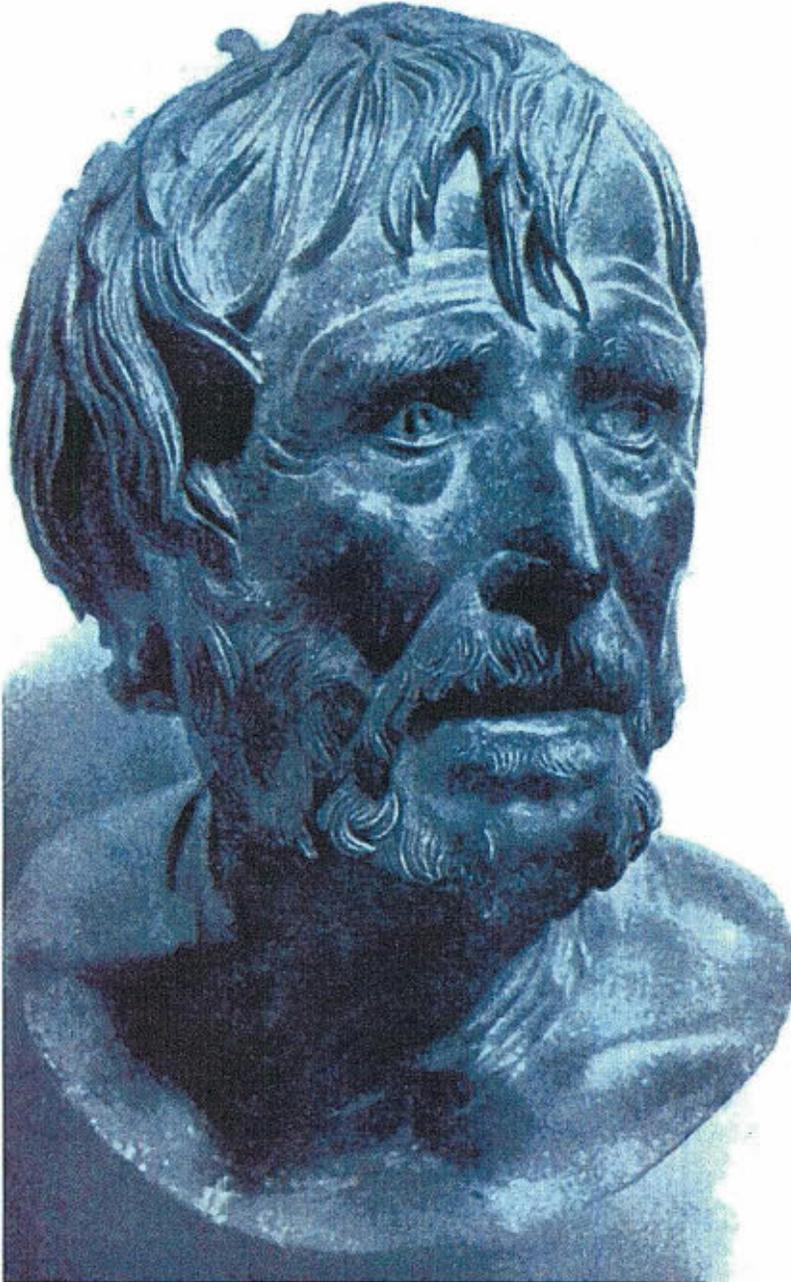
Para ello fue necesario hacer una breve investigación en catálogos de pintura, museos, recopilaciones de poesía, etc. en que el tema central de la obra fuera la tristeza o la melancolía; tomando en cuenta que no había una diferenciación muy estricta entre ambos términos y, por otro lado, que un artista no es un profesional de la salud mental, menos aún antes del s. XX; sin embargo un artista tiene algo que, en ocasiones, suple los manuales: intuición y sensibilidad para profundizar en el alma humana y su circunstancia.

Para esta sección se hará una presentación con obras plásticas cuyo tema sea el ya mencionado; además se incluirá una selección de poemas, canciones o material alusivo al tema de la depresión, la tristeza y la melancolía.

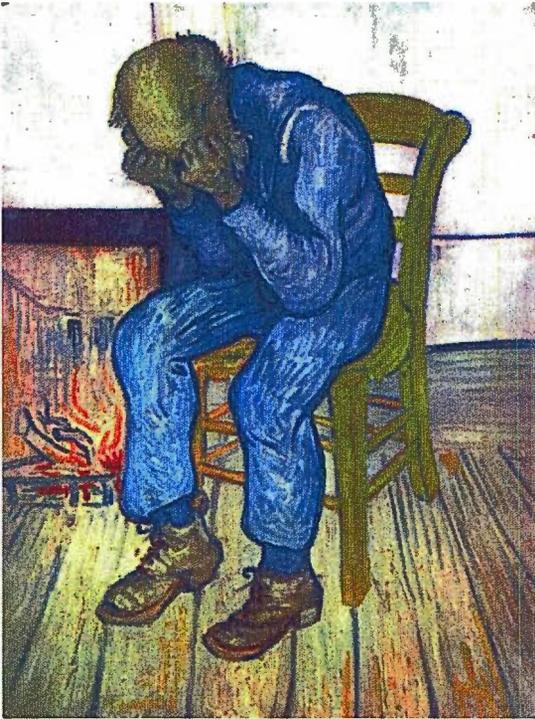


Alberto Durero

Melencolia I



Museo Nacional de Nápoles
Séneca



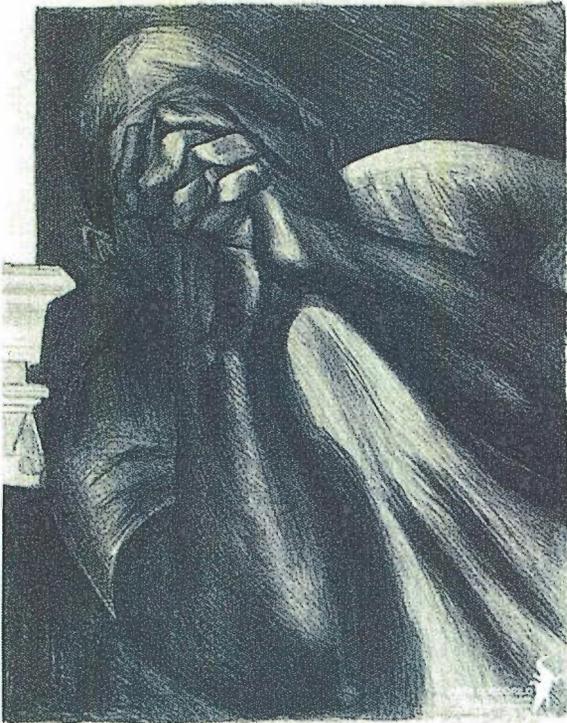
Vincent Van Gogh
À la porte de l'éternité

Wilhelm Amberg
Joven sentada ante la corriente

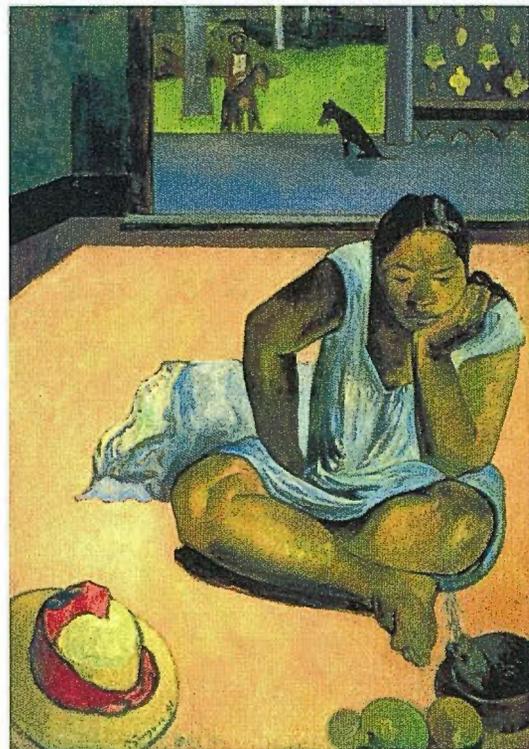


83

⁸³ <http://largesizepaintings.blogspot.mx/2014/10/wilhelm-amberg-young-woman-seated-by.html>



José Clemente Orozco
Aflición



Paul Gauguin
La melancolía



Edvard Munch
Desnudo en llanto



Olga Blinder
Hombre triste

84

⁸⁴ http://www.portalguarani.com/45_olga_blinder/3867_hombre_triste_1957_obra_de_olga_blinder.html



REÍR LLORANDO

Viendo a Garrick -actor de la Inglaterra- el pueblo al aplaudirlo le decía: "Eres el más gracioso de la tierra, y más feliz..." y el cómico reía.

Víctimas del spleen, los altos lores en sus noches más negras y pesadas, iban a ver al rey de los actores, y cambiaban su spleen en carcajadas.

Una vez, ante un médico famoso, llegóse un hombre de mirar sombrío: sufro -le dijo-, un mal tan espantoso como esta palidez del rostro mío.

Nada me causa encanto ni atractivo; no me importan mi nombre ni mi suerte; en un eterno spleen muriendo vivo, y es mi única pasión la de la muerte.

-Viajad y os distraeréis. -¡Tanto he viajado!
-Las lecturas buscad. -¡Tanto he leído!
-Que os ame una mujer. -¡Si soy amado!
-Un título adquirid. -¡Noble he nacido!
-¿Pobre seréis quizá? -Tengo riquezas.
-¿De lisonjas gustáis? -¡Tantas escucho!
-¿Qué tenéis de familia? -Mis tristezas.
-¿Vais a los cementerios? -Mucho... mucho.

-De vuestra vida actual ¿tenéis testigos?
-Sí, mas no dejo que me impongan yugos:
yo les llamo a los muertos mis amigos; y les llamo a los vivos, mis verdugos.

Me deja -agrega el médico- perplejo vuestro mal, y no debe acobardaros; tomad hoy por receta este consejo "Sólo viendo a Garrick podréis curaros".
-¿A Garrick? -Sí, a Garrick... La más remisa y austera sociedad le busca ansiosa; todo aquel que lo ve muere de risa; ¡Tiene una gracia artística asombrosa!
-¿Y a mí me hará reír? -¡Ah! sí, os lo juro; Él sí; nada más él; más... ¿qué os inquieta?
-Así -dijo el enfermo-, no me curo:
¡Yo soy Garrick!... Cambiadme la receta.

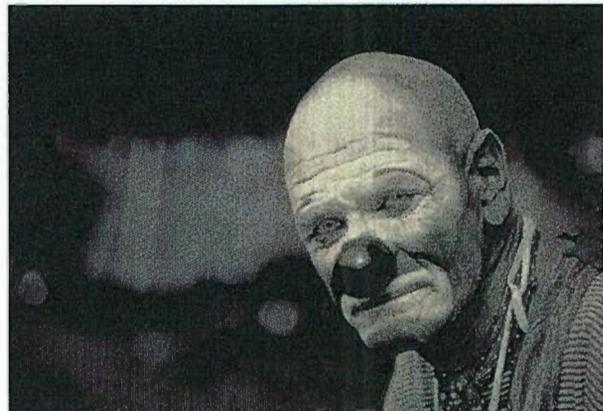
¡Cuántos hay que, cansados de la vida, enfermos de pesar, muertos de tedio, hacen reír como el actor suicida, sin encontrar para su mal remedio!

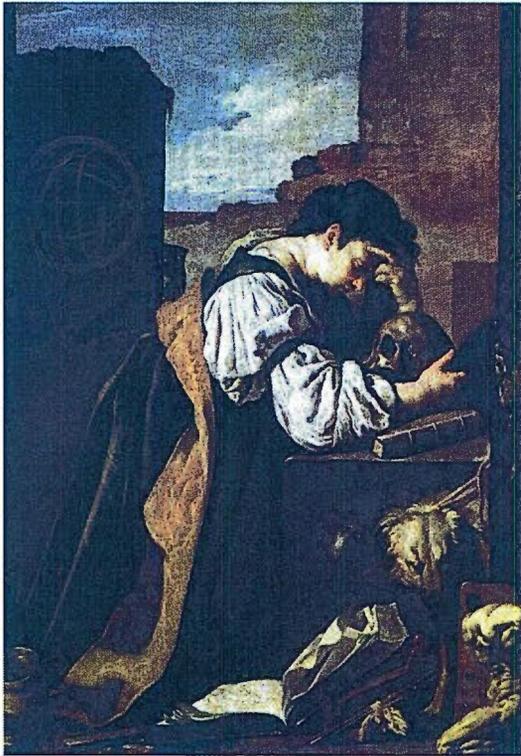
¡Ay! ¡Cuántas veces al reír se llora!
¡Nadie en lo alegre de la risa fíe, porque en los seres que el dolor devora el alma llora cuando el rostro ríe!

Si se muere la fe, si huye la calma, si sólo abrojos nuestra planta pisa, lanza a la faz la tempestad del alma un relámpago triste: la sonrisa.

El carnaval del mundo engaña tanto, que las vidas son breves mascaradas; aquí aprendemos a reír con llanto, y también a llorar con carcajadas.

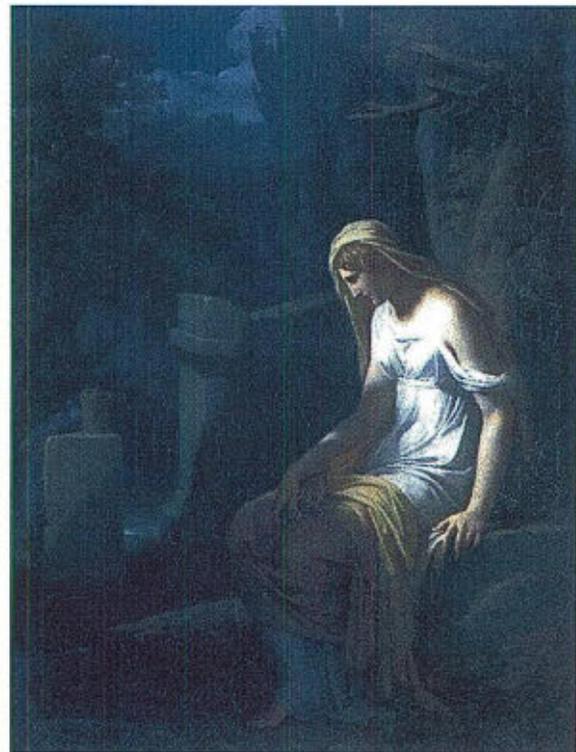
Juan de Dios Peza





Domenico Fetti
Melancholy

85



Vincent François André
La Mélancolie

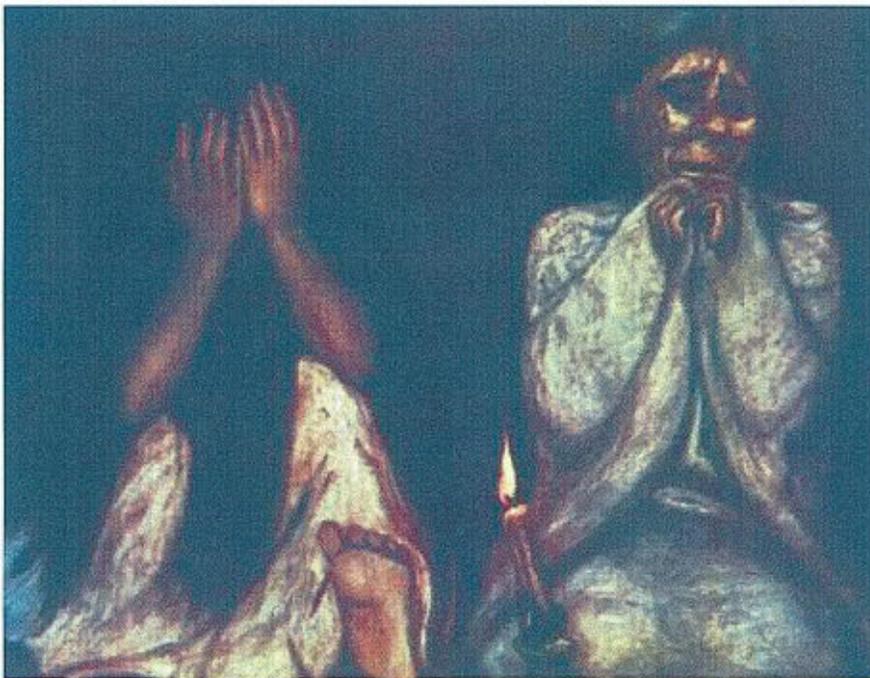
86

⁸⁵ [https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Domenico_Fetti_-_Melancholy_\(Version_1\).JPG](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Domenico_Fetti_-_Melancholy_(Version_1).JPG)

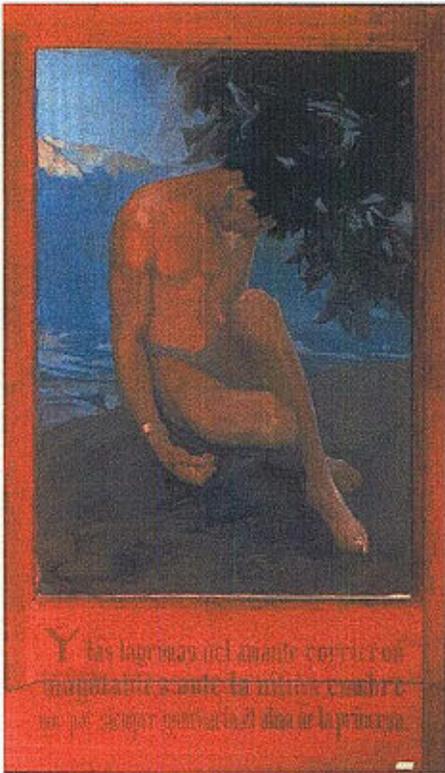
⁸⁶ <http://fr.muzeo.com/reproduction-oeuvre/la-m%C3%A9lancolie/vincent-fran%C3%A7ois-andr%C3%A9>



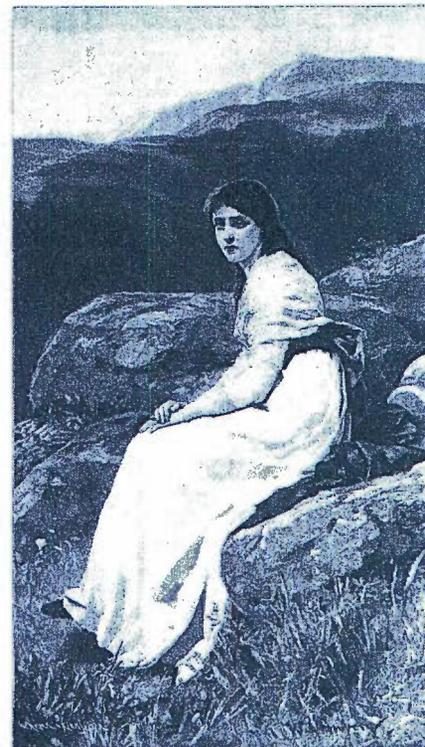
Edgar Degas. *Melancholy*



Francisco Goitia. *Tata Jesucristo*



Saturnino Herrán
La leyenda de volcanes
(Detalle)



Wilhelm Amberg
Melancolía

87

⁸⁷ <http://www.billerantik.de/products/Holzstiche/Um-die-Liebe/Einsamkeit-Oelgemaelde-von-Prof-Wilhelm-Amberg-ORIGINAL-HOLZSTICH-II-97.html>



ROSA DE MELANCOLÍA

Era yo otro tiempo un pastor de estrellas,
y la vida, como luminoso canto.
Un símbolo eran las cosas más bellas
para mí: la rosa, la niña, el acanto.

Y era la armoniosa voz del mundo,
una onda azul que rompe en la playa de oro,
cantando el oculto poder de la luna
sobre los destinos del humano coro.

Me daba Epicuro sus ánforas llenas,
un fauno me daba su agreste alegría,
un pastor de Arcadia, miel de sus colmenas.

Pero hacia el ensueño navegando un día,
escuché lejano canto de sirenas
y enfermó mi alma de Melancolía.

Ramón del Valle Inclán

OH, MELANCOLÍA

Hoy viene a mí la damisela soledad,
con pamelas, impertinentes y botón
de amapola en el oleaje de sus vuelos.
Hoy la voluble señorita es amistad,
y acaricia finalmente el corazón
con su más delgado pétalo de hielo.

Por eso hoy,
gentilmente, te convido a pasear
por el patio, hasta el florido pabellón
de aquel árbol que plantaron los abuelos.
Hoy el ensueño es como el musgo en el brocal,
dibujando los abismos de un amor
melancólico, sutil, pálido cielo.

Viene a mí, avanza
—viene tan despacio—,
viene en una danza
leve en el espacio.
Cedo, me hago lacio
y ya vuelo, ave.
Se mece la nave
lenta, como el tul
en la brisa suave
niña del azul.

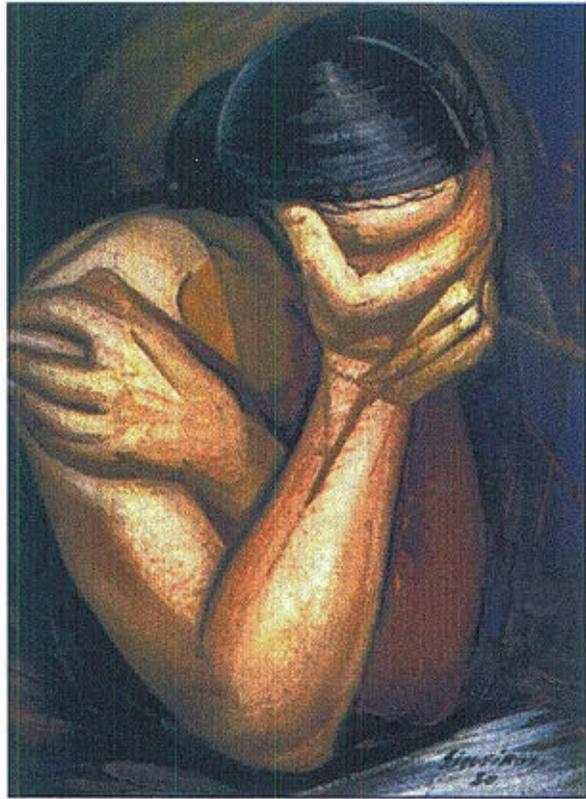
Oh, melancolía, novia silenciosa,
íntima pareja del ayer.
Oh, melancolía, amante dichosa,
siempre me arrebatas tu placer.
Oh, melancolía, señora del tiempo,
beso que retorna como el mar.
Oh, melancolía, rosa del aliento,
dime quién me puede amar.

Silvio Rodríguez

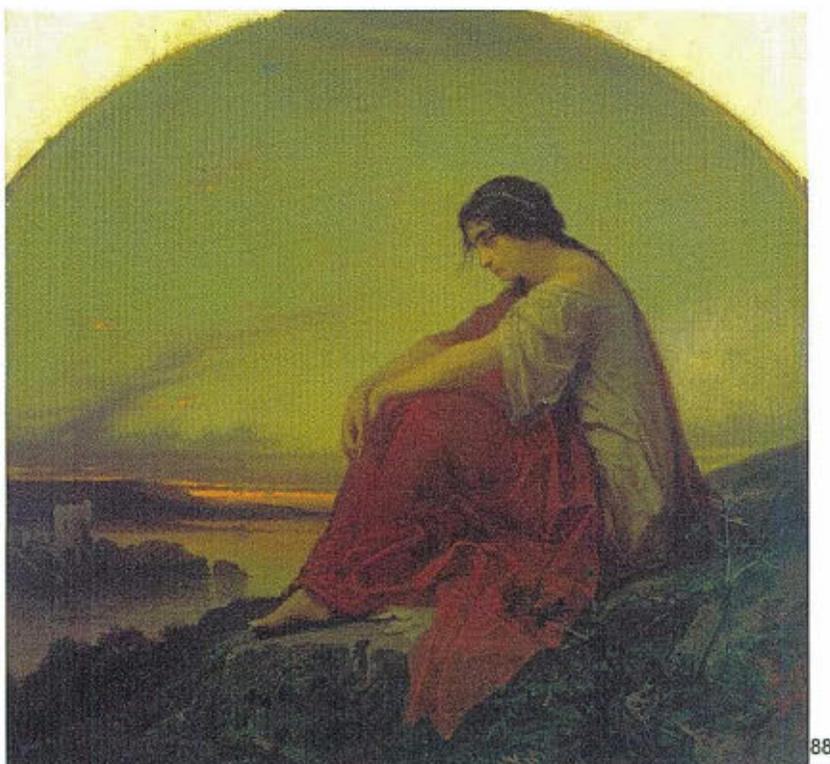




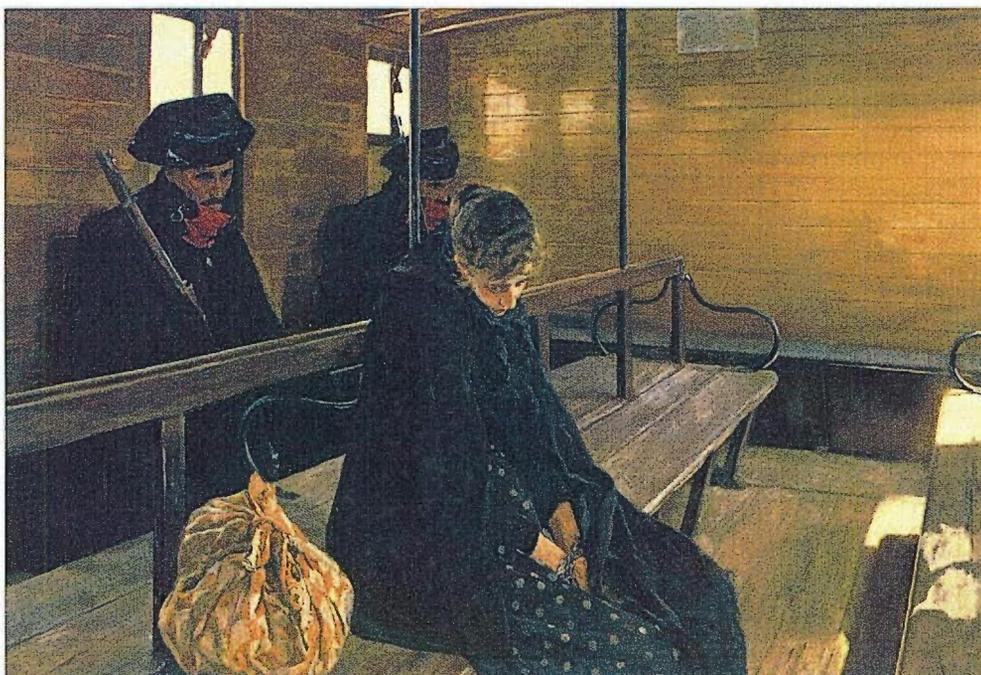
David Alfaro Siqueiros
Angustia



Pablo Picasso
Mujer que llora



Edouard Hamman. *Disillusion*



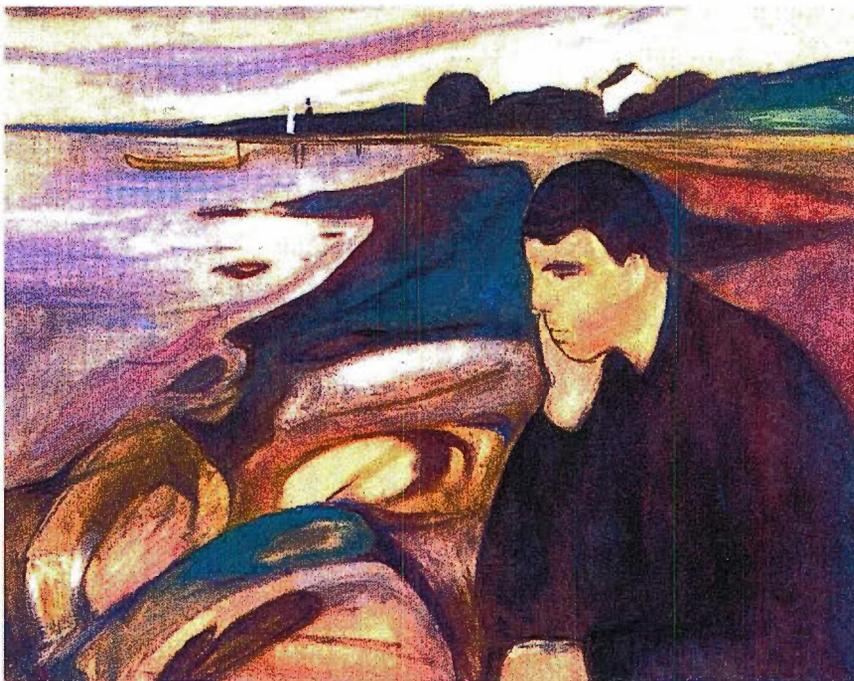
Joaquín Sorolla. *Otra Margarita*

⁸⁸ https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Edouard_Hamman_-_Disillusion_-_WGA11202.jpg



89

Louis Jean Francois Lagrene. *Melancholy*



90

Edvard Munch. *Melancholy*

⁸⁹ <http://www.oceansbridge.com/oil-paintings/product/73604/melancholy>

⁹⁰ [https://en.wikipedia.org/wiki/Melancholy_\(Edvard_Munch\)](https://en.wikipedia.org/wiki/Melancholy_(Edvard_Munch))



Melancolía

A Domingo Bolívar

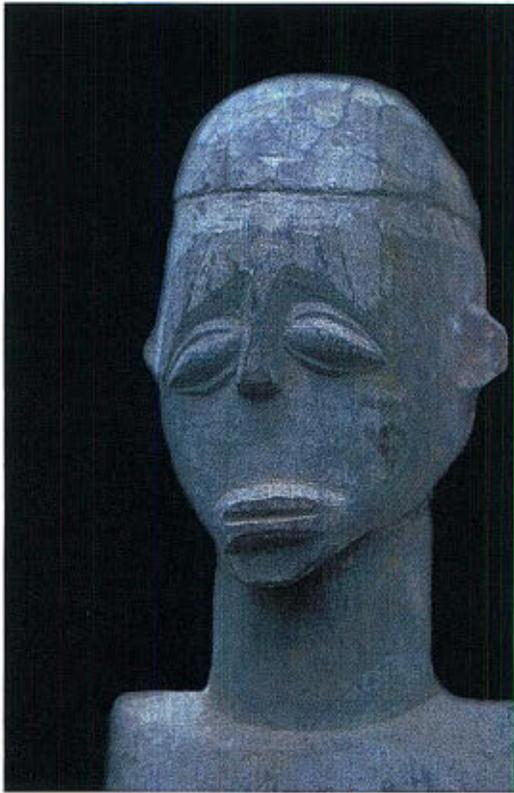
Hermano, tú que tienes la luz, dime la mía.
Soy como un ciego. Voy sin rumbo y ando a tientas.
Voy bajo tempestades y tormentas
ciego de sueño y loco de armonía.

Ése es mi mal. Soñar. La poesía
es la camisa férrea de mil puntas cruentas
que llevo sobre el alma. Las espinas sangrientas
dejan caer las gotas de mi melancolía.

Y así voy, ciego y loco, por este mundo amargo;
a veces me parece que el camino es muy largo,
y a veces que es muy corto...

Y en este titubeo de aliento y agonía,
carga lleno de penas lo que apenas soporto.
¿No oyes caer las gotas de mi melancolía?

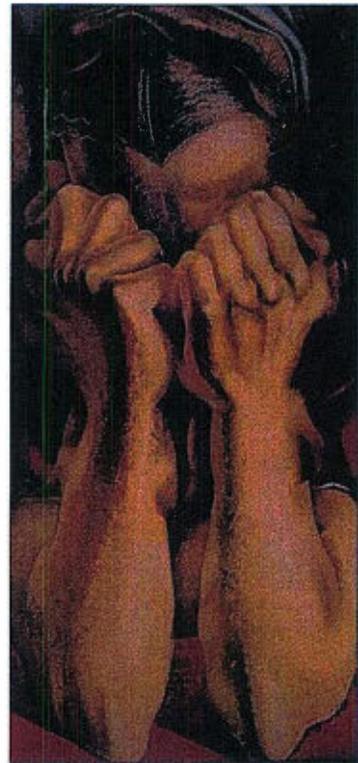
Rubén Darío



Lobi Bateba. Figura yadewara
África

91

David Alfaro Siqueiros
El sollozo



⁹¹ http://www.randafricanart.com/Lobi_Bateba_figure9.html



Edvard Munch. *Vampire*



Constance Marie Charpentier. *Melancolía*

⁹² https://en.wikipedia.org/wiki/Constance_Marie_Charpentier



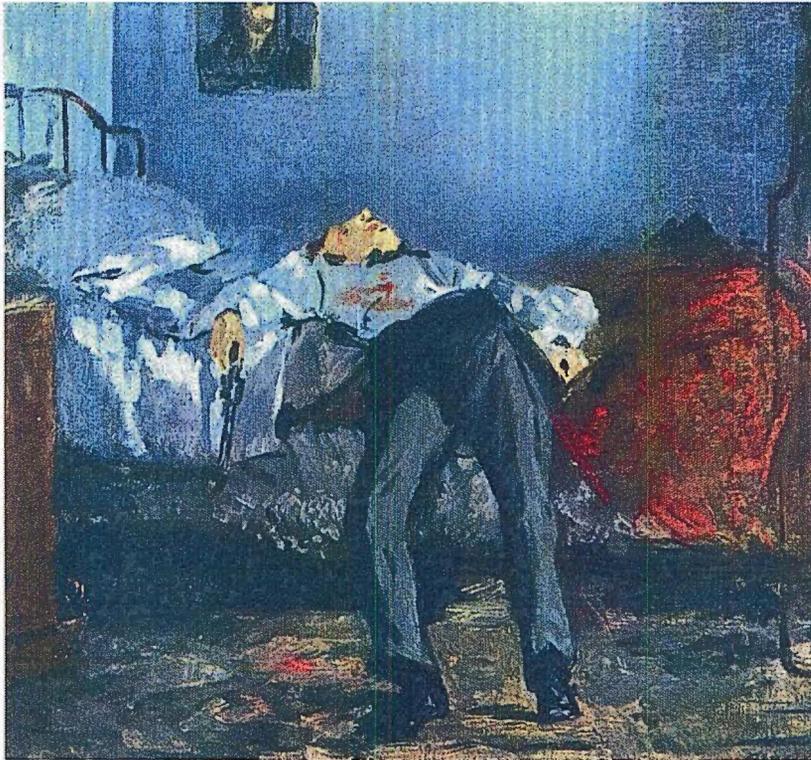
John Everett Millais, *Ophelia*



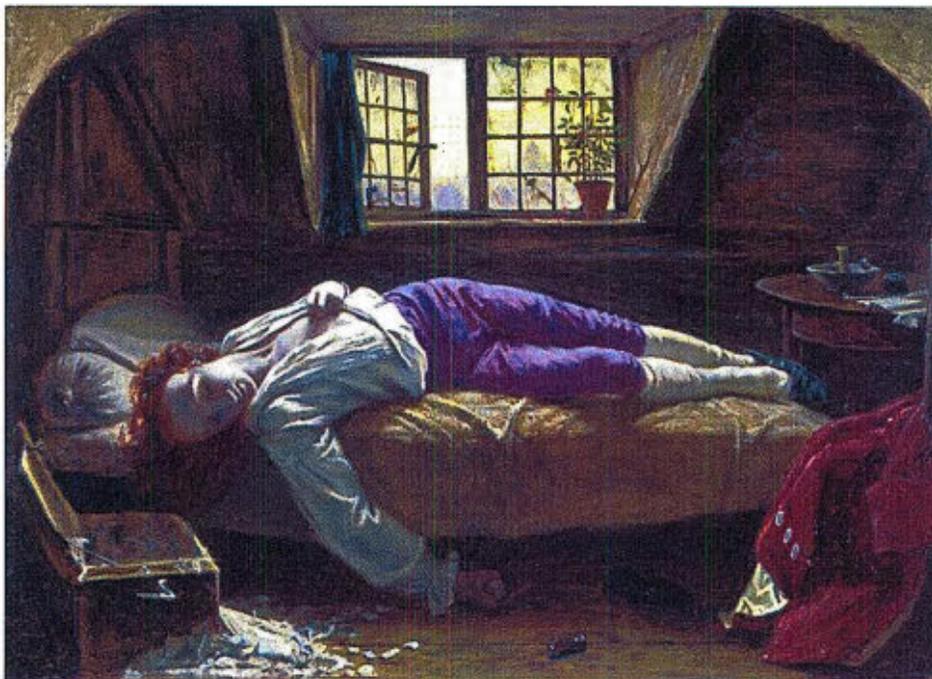
NADA⁹³	PARA ENTONCES⁹⁴
<p>Nadaba entre la nada. Sin empeño a la vida, que es nada, de improviso vine a soñar que soy; porque Dios quiso entre la nada levantar el sueño.</p> <p>Dios que es <i>El Todo</i> y de la nada es dueño, me hace un mundo soñar; porque es preciso: Él, siendo Dios, de nada un paraíso, formó, nadando en eternal ensueño.</p> <p>¿Qué importa que en la nada confundida vuelva a nadar, al fin, esta soñada vil existencia que la nada olvida,</p> <p>nada fatal de la que fue sacada?...</p> <p>¿Qué tiene esta ilusión que llaman vida?...</p> <p>Nada en su origen -¿y en su extremo?- ¡Nada!</p>	<p>Quiero morir cuando decline el día, en alta mar y con la cara al cielo; donde parezca sueño la agonía, y el alma, un ave que remonta el vuelo.</p> <p>No escuchar en los últimos instantes, ya con el cielo y con el mar a solas, más voces ni plegarias sollozantes que el majestuoso tumbo de las olas.</p> <p>Morir cuando la luz, triste, retira sus áureas redes de la onda verde, y ser como ese sol que lento expira: algo muy luminoso que se pierde.</p> <p>Morir, y joven: antes que destruya el tiempo aleve la gentil corona; cuando la vida dice aún: soy tuya, aunque sepamos bien que nos traiciona.</p>
<p style="text-align: center;">Antonio Plaza</p>	<p style="text-align: center;">Manuel Gutiérrez Nájera</p>

⁹³ (Aguilar, 1999, pág. 104)

⁹⁴ (Aguilar, 1999, pág. 136)



Edouard Manet. *Le Suicidé*



Henry Wallis. *The Death of Chatterton*



QUÉ DOLOROSO ES AMAR⁹⁵

Qué doloroso es amar
y no poderlo decir.
Si es doloroso saber
que va marchando la vida
como una mujer querida
que jamás ha de volver;
Si es doloroso ignorar
dónde vamos al morir,
más doloroso es amar
y no poderlo decir.

Triste es ver que la mirada
hacia el sol levanta el ciego;
y el sol la envuelve en su fuego,
y el ciego no siente nada;
ver su mirada tranquila
a la luz indiferente,
y saber que, eternamente,
la noche va en su pupila
bajo el dosel de su frente;
pero si es triste mirar
y la luz no percibir,
más doloroso es amar
y no poderlo decir.

Conocer que caminamos
bajo la fuerza del sino;
recorrer nuestro camino
y no saber dónde vamos;
ser un triste peregrino
de la vida; en el sendero
no podernos detener;
morir siempre prisioneros
del amor o del deber;
más si es triste caminar,
y no poder descansar
mas que al tiempo de morir,
más doloroso es amar
y no poderlo decir.

Vivir, como vivo yo, soñando,
cosas que nunca vivo;
y seguir, seguir andando,
sin saber por qué motivo
ni hasta cuándo. Tener
fantasía y vuelvo
que pongan al cielo escalas;
y ver que nos faltan alas
que nos remonten al cielo.
Mas, si es triste no gozár
lo que podemos soñar,
no hay más amargo dolor
que ver el alma morir
prisionera de un amor
y no poderlo decir.

DE "RONDÓS VAGOS"⁹⁶

Pasas por el abismo de mis tristezas
como un rayo de luna sobre los mares,
ungiendo lo infinito de mis pesares
con el nardo y la mirra de tus ternezas.

Ya tramonta mi vida, la tuya empieza;
mas, salvando del tiempo los valladares,
como un rayo de luna sobre los mares,
pasas por el abismo de mis tristezas.

No más en la tersura de mis cantares
dejará el desencanto sus asperezas;
pues Dios, que dio a los cielos sus luminares,
quiso que atravesaras por mis tristezas
como un rayo de luna sobre los mares.

Amado Nervo

⁹⁵ (Aguilar, 1999, pág. 397)

⁹⁶ (Aguilar, 1999, pág. 178)



La obra de algunos artistas ha fluctuado entre la alegría y la tristeza, ambas son parte de la vida; sin embargo, en la música de la chilena Violeta Parra llama la atención el que por un lado, haya una canción como *Gracias a la vida*, que algunos consideran el epítome de la esperanza y los valores más elevados que puede tener el ser humano, y en la antítesis o extremo opuesto haya composiciones como las siguientes:

Solitario Solo

El sol me mezquina las horas del día
La noche me puebla todas mis orillas
Así voy rodando como el ave herida,
Me levanto, caigo, me paro enseguida.
Así voy rodando como el ave herida,
El viento me enreda en sus cuerdas frías.

El viento me arrastra con fuerza maligna,
Si quiere quedarse mi cuerpo allá arriba,
Se llenan mis huesos de llamas altivas,
El viento me viste, me baja enseguida.
Se llenan mis huesos de llamas altivas,
El viento me cubre su larga camisa.

La luz de los montes todo me encandila,
Igual que la mano de terca nodriza,
As nubes me entregan su llanto de arriba,
Con la luz y el viento, me alargan la esquina.
Las nubes me entregan su llanto de arriba,
Con la luz y el viento me paro enseguida.

Solitario solo como luna esquiva,
Pa'escupir mis penas me falta saliva
La reseca el viento que siempre vigila,
Para sepultarme en su negra brisa.
La reseca el viento que siempre vigila,
Para sepultarme en frías cenizas.

Violeta Parra



En *Las últimas composiciones de Violeta Parra* (1966), aparecen en la cara "A" del LP en primer lugar *Gracias a la vida*, y en el número 6 *Maldigo del alto cielo*, cuya letra se transcribe a continuación:

<p>Maldigo del Alto Cielo</p> <p>Maldigo del alto cielo La estrella con su reflejo Maldigo los azulejos Destellos del arroyuelo Maldigo del bajo suelo La piedra con su contorno Maldigo el fuego del horno Porque mi alma está de luto Maldigo los estatutos Del tiempo con sus bochornos Cuánto será mi dolor.</p> <p>Maldigo la cordillera De los andes y de la costa Maldigo señor la angosta Y larga faja de tierra También la paz y la guerra Lo franco y lo veleidoso Maldigo lo perfumoso Porque mi anhelo está muerto Maldigo todo lo cierto Y lo falso con lo dudoso Cuánto será mi dolor.</p> <p>Maldigo la primavera Con sus jardines en flor Y del otoño el color Yo lo maldigo de veras A la nube pasajera La maldigo tanto y tanto Porque me asiste un quebranto Maldigo el invierno entero Con el verano embustero Maldigo profano y santo Cuánto será mi dolor.</p>	<p>Maldigo a la solitaria Figura de la bandera Maldigo cualquier emblema La venus y la araucaria El trino de la canaria El cosmo y sus planetas La tierra y todas sus grietas Porque me aqueja un pesar</p> <p>Maldigo del ancho mar Sus puertos y sus caletas Cuánto será mi dolor.</p> <p>Maldigo luna y paisaje Los valles y los desiertos Maldigo muerto por muerto Y al vivo de rey a paje Al ave con su plumaje Yo la maldigo a porfía Las aulas , las sacristías Porque me aflige un dolor Maldigo el vocablo amor Con toda su porquería Cuánto será mi dolor.</p> <p>Maldigo por fin lo blanco Lo negro con lo amarillo Obispos y monaguillos Ministrós y predicantes Yo los maldigo llorando Lo libre y lo prisionero Lo dulce y lo pendenciero Le pongo mi maldición En griego y español Por culpa de un traicionero Cuánto será mi dolor.</p> <p style="text-align: right;">Violeta Parra</p>
---	---

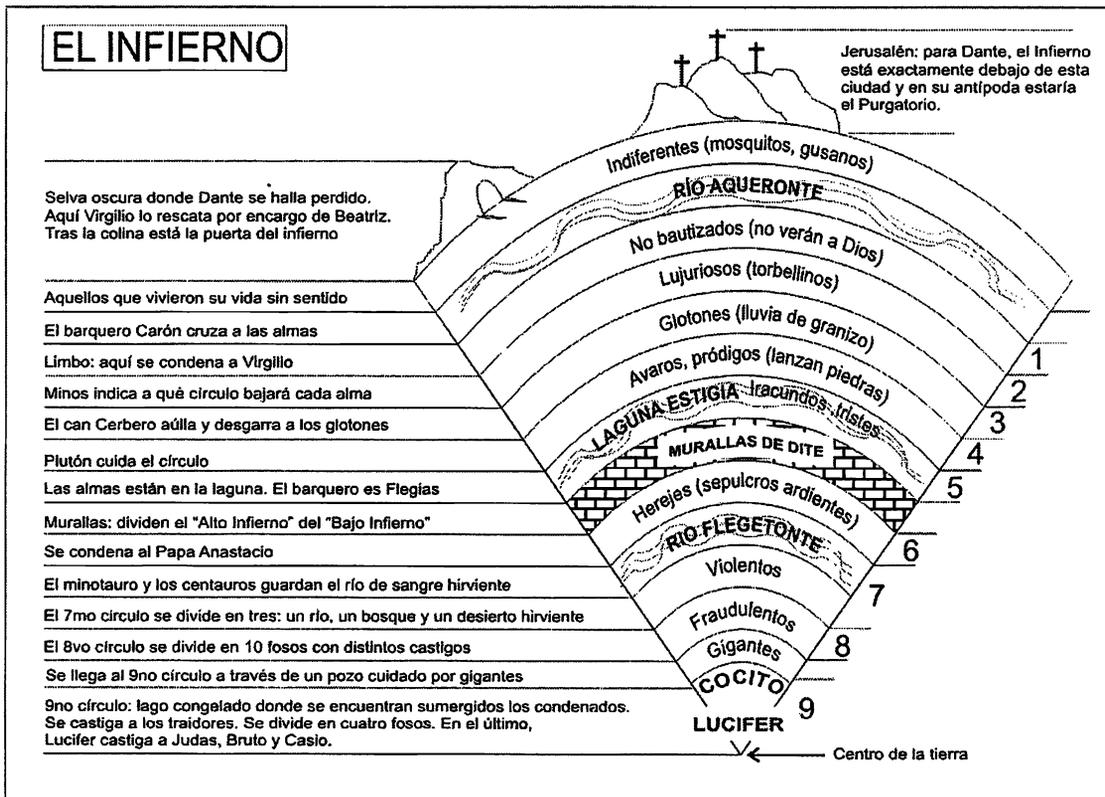


No podía faltar en una obra cumbre de la literatura como es la *Divina Comedia* de Dante Alighieri una referencia a la melancolía: en el Canto VII se habla del quinto círculo o nivel del infierno al que descende Dante acompañado por Virgilio, en este espacio están los iracundos, cuyo castigo consiste en golpearse y destrozarse a sí mismos, y los melancólicos que tienen por castigo estar hundidos en el agua fangosa:

*que bajo el agua hay gente que suspira,
y al agua hacen hervir la superficie,
como dice tu vista a donde mire. //*

*Desde el limo exclamaban: "Triste hicimos
el aire dulce que del sol se alegra,
llevando dentro acidioso⁹⁷ humo: //
tristes estamos en el negro cieno."*

*Se atraviesa este himno en su gatzate,
y enteras no les salen las palabras.⁹⁸*



⁹⁷ La "acidia" (arcaísmo) es el vicio que entristece el ánimo sin motivo.

⁹⁸ (Alighieri, 2001, págs. 118-119)

⁹⁹ (vacaciones en abisinia, 2014)



Algunos los elementos estilísticos que tienen por finalidad denotar y enfatizar la tristeza en las obras plásticas presentadas son:

- ❖ Torso encorvado y cuerpo lánguido.
- ❖ Cabeza de lado, en ocasiones descansando sobre una de las manos.
- ❖ Expresión facial decaída. Las cejas suelen estar ligeramente alzadas.
- ❖ La mirada cae en el vacío o la lejanía.
- ❖ Los protagonistas están solos; cuando hay otras personas, éstas se encuentran distantes.
- ❖ El entorno es oscuro o sombrío, y puede estar presente el agua.
- ❖ Es frecuente que los protagonistas se encuentren dando la espalda a la fuente de luz, ya sea luz de la luna o el atardecer.
- ❖ Las manos suelen estar muy relajadas, tanto que en algunos casos están caídas. Cuando acompañan al llanto se presentan cubriendo el rostro en el caso de las mujeres, en los varones se encuentran cerradas.

Para concluir este apartado, sólo resta mencionar los nombres de escritores o artistas que se suicidaron¹⁰⁰, algunos de los cuales recibieron un diagnóstico clínico. Entre los escritores están: Manuel Acuña (envenenamiento con cianuro), Sylvia Plath (envenenamiento con gas LP), Paul Celan (ahogamiento), Virginia Woolf (ahogamiento), Alejandra Pizarnik (envenenamiento con barbitúricos), Séneca (envenenamiento), Thomas Chatterton (arsénico), José Ma. Arguedas (arma de fuego), Jorge Cuesta (ahorcamiento) o Luis González de Alba (arma de fuego), por mencionar sólo algunos; el muralista Juan O'Gorman (ahorcamiento), además de los cantantes Dalida (envenenamiento con barbitúricos), Violeta Parra (arma de fuego) o Kurt Cobain (arma de fuego). Por su parte, las suicidas más famosas en la historia de la literatura son, sin duda, Ana Karenina, Madame Bovary y la Ophelia de *Hamlet*; así como Werther, protagonista de la novela epistolar *Las cuitas del joven Werther* de Johann Wolfgang von Goethe.

¹⁰⁰ No se incluyen a aquellos que se suicidaron por padecer cáncer, como Ernest Hemingway, Jaime Torres Bodet, Horacio Quiroga o Alfonsina Storni; tampoco a Emilio Salgari, quien se suicidó debido a su desesperada situación financiera; o a Stefan Zweig, ante el temor del avance de los nazis en la 2ª. Guerra Mundial.



EPÍLOGO

*Nada indica
en la voz de la cigarra
que pronto morirá.*

Matsuo Bashō

En estos tres últimos apartados se ha podido observar que la depresión es también, además de un fenómeno social, una experiencia única y personal; cada uno la siente de manera particular y es en este punto donde se advierte que los manuales de diagnóstico son sólo una guía, razón por la cual no deberían ser vistos como un catálogo de etiquetas. La psicoterapia, cualquiera que sea su modalidad, ha de conducir, por fuerza, a la salud, la tranquilidad y la libertad personal; lo que sea que eso signifique para cada quien.

Por otro lado, en tanto manifestación de la condición humana, se ha visto que la tristeza o la melancolía estuvieron presentes no sólo entre los pueblos de Occidente, también la hubo en el México antiguo (y la hay actualmente); se buscaron y emplearon soluciones médico-mágicas para aliviarla. Desconocemos tu tasa de éxito pero, por lo menos, se la identificaba como tal y, en consecuencia, recibía un tratamiento.

A lo largo de la historia, el arte ha dado cuenta no sólo del momento vivido, o de condiciones socioeconómicas o, incluso, de las modas y creencias de un grupo humano en un momento y lugar dados. El arte también da cuenta de las emociones íntimas y profundas que todos, por el simple hecho de ser humanos, podemos padecer: si un artista tiene la habilidad y sensibilidad para representar un paisaje, una divinidad o algo tan abstracto como la belleza; es lógico suponer que también puede hablarnos figuradamente de la tristeza y, por ende, de la melancolía. Y para ello puede valerse de piedras, de barro, de líneas o manchas; puede hacerlo de forma abstracta o figurativa y, por supuesto, puede hacerlo tanto un europeo de la Edad Media que ha perdido a su familia a causa de la peste negra o un mexicano del siglo XX que plasma el dolor provocado por los estragos de la Revolución.



Tanto el estudio de los padecimientos mentales durante la época prehispánica, como la manifestación de los mismos en las artes ofrece a los alumnos de licenciatura y posgrado un campo de investigación variado e interesantísimo no sólo para incrementar el acervo de conocimiento que genera la UNAM; también puede posicionar a los egresados de la licenciatura en Psicología en lugares o disciplinas donde ahora solamente hay arqueólogos, historiadores o antropólogos. La psicología tiene muchas teorías y herramientas que pueden contribuir a la elaboración de investigaciones en campos que, por ahora, en nuestro país están poco exploradas.



BIBLIOGRAFÍA

- Abbagnano, N. (2010). *Diccionario de Filosofía*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Academia Mexicana de la Lengua. (2015). *Requisitado*. Recuperado el 05 de junio de 2016, de <http://www.academia.org.mx/esp/Detalle?id=5>
- Aguilar, L. M. (1999). *Poesía popular mexicana*. México: Ediciones Cal y Arena.
- Alighieri, D. (2001). *Divina Comedia* (7a. ed.). (L. M. Merlo, Trad.) Madrid: Cátedra.
- APA. (2003). *DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (Vol. I). México: Masson.
- Bellak, L. (1993). *Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia*. México: Manual Moderno.
- Benkert, O. (1981). *Reconocimiento del síndrome depresivo*. Alemania: Hoechst.
- Bleger, J. (1983). *Temas de psicología: Entrevista y grupos*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Bleichmar, H. B. (1991). *La depresión: un estudio psicoanalítico*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Bye, R. y. (junio de 2013). Códice De la Cruz-Badiano. *Arqueología Mexicana*(50), 8-75.
- Bye, R. y. (junio de 2013). Códice De la Cruz-Badiano (2a. parte). *Arqueología Mexicana*(51), 30-89.
- Calderón Narváez, G. (1984). *Depresión: causas, manifestaciones y tratamiento* (4a. reimp. 1990 ed.). México: Trillas.
- Calderón Narváez, G. (2002). *Las enfermedades mentales en México: desde los mexicas hasta el final del milenio*. México: Trillas.
- Chemama, R. (2007). *Depresión, la gran neurosis contemporánea*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Chevalier, J. y. (2007). *Diccionario de los símbolos* (8a. ed.). España: Herder.
- Chinchilla Moreno, A. (1999). *Guía terapéutica de las depresiones*. España: Masson.
- Chinchilla Moreno, A. (2008). *La depresión y sus máscaras. Aspectos terapéuticos*. España: Médica Panamericana.
- ComunicaCampeche.com. (13 de julio de 2013). *El suicidio, un problema comunitario: Baquedano López*. Recuperado el 23 de julio de 2016, de <http://www.comunicacampeche.com.mx/Php/locales.php?id=135286>
- Corripio, F. (1996). *Diccionario Etimológicos de la Lengua Española*. México: Ediciones B.
- De la Fuente Muñiz, R. (1960). *Psicología Médica*. México: Fondo de Cultura Económica.
- De la Fuente, B. (1989). *Peldaños de la conciencia: rostros en la plástica prehispánica* (2a. ed.). México: UNAM.
- De la Fuente, J. R. (1981). La depresión expresada en el arte precolombino mexicano. *Salud Mental*, 4(4), 30-33.
- De la Fuente, R. (2000). *Psicología Médica. Nueva Versión*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Dio Bleichmar, E. (1995). *La depresión en la mujer*. España: Temas de Hoy.
- Durkheim, É. (2007). *El suicidio*. México: Colofón.
- El Colegio de México. (2006). *Diccionario del español usual en México*. México: El Colegio de México/Centro de Estudios Lingüísticos y Literarios.



- Escalante Gonzalbo, P. (1995). "La expresión humana y las emociones: el lenguaje del código". En *El arte y la vida cotidiana. XVI Coloquio Internacional de Historia del Arte* (págs. 163-177). México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Fenichel, O. (2006). *Teoría psicoanalítica de las neurosis* (21a. ed.). México: Paidós.
- Fromm, E. (2000). *Anatomía de la destructividad humana*. México: Siglo XXI.
- Fromm-Reichmann, F. (1977). *Psicoterapia de emergencia*. Buenos Aires: Hormé.
- Galán Govea, C. A. (2015). *El estilo APA en las Citas y Referencias en Documentos Académicos*. Recuperado el 25 de Agosto de 2016, de <http://formacionenlinea.academica.mx/mod/resource/view.php?id=20108>
- García Toro, Mauro (coord.). (2014). *Estilo de vida y depresión*. España: Síntesis.
- Garibay, Á. M. (1987). *Panorama literario de los pueblos nahuas* (6a. ed.). México: Porrúa.
- Garibay, Á. M. (2000). *Poesía náhuatl*. México: UNAM.
- Graña Behrens, D. (2009). "El llorar entre los nahuas y otras culturas prehispánicas". Recuperado el 20 de junio de 2016, de <http://biblat.unam.mx/es/revista/estudios-de-cultura-nahuatl/articulo/el-llorar-entre-los-nahuas-y-otras-culturas-prehispanicas>
- Guirand, F. (1962). *Mitología general*. España: Editorial Labor.
- Hernangómez Criado, L. (2000). *¿Por qué estoy triste? Guía para conocer y afrontar la depresión*. Málaga: Alljibe.
- Johansson K., P. (diciembre de 2014). Miccacuicatl: cantos mortuorios nahuas prehispánicos. Textos y "con-textos". *Estudios de cultura náhuatl*, 48, 7-87. Recuperado el 30 de julio de 2016, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0071-16752014000200002&lng=es&tlng=es.
- Johansson K., P. (junio de 2014). Nenomamictiliztli: El suicidio en el mundo náhuatl prehispánico. *Estudios de cultura náhuatl*, 47, 53-119. Recuperado el 30 de julio de 2016, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0071-16752014000100003&lng=es&tlng=es
- Kirchhoff, P. (mayo-agosto de 2000). Mesoamérica. *Dimensión Antropológica*, 19, 15-32. Recuperado el 30 de julio de 2016, de <http://www.dimensionantropologica.inah.gob.mx/?p=1031>
- Knobel, M. (1987). *Psicoterapia breve*. México: Paidós.
- Krickeberg, W. (1971). *Mitos y leyendas de los aztecas, incas, mayas y muiscas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Landa, D. d. (s.f.). *Relación de las Cosas de Yucatán*. Recuperado el 19 de agosto de 2016, de Asociación Europea de Mayistas: www.wayeb.org/download/resources/landa.pdf
- León-Portilla, M. (1975). *Trece poetas del mundo azteca*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- León-Portilla, M. (1979). *La filosofía náhuatl* (2a. reimpresión ed.). México: UNAM/Instituto de Investigaciones Históricas.
- León-Portilla, M. (2005). "El Tonalámatl de los Pochtecas (Código Fjérváry-Mayer)". *Arqueología Mexicana*(Especial 18), 52.
- López Austin, A. (2004). *Cuerpo humano e ideología. Las concepciones de los antiguos nahuas* (2a. reimpresión ed., Vol. I). México: UNAM/Instituto de Investigaciones Antropológicas.
- López Austin, A., & López Luján, L. (2014). *El pasado indígena* (3a. ed.). México: Fondo de Cultura Económica.



- MacLaren, L. (2014). *Cómo entender y aliviar la depresión* (Tercera ed.). México: Tomo.
- Merani, A. (2003). *Diccionario de Psicología* (21a. reimpresión ed.). México: Grijalbo.
- Molina, A. d. (1571). *Vocabulario en lengua castellana y mexicana*. México: Casa de Antonio de Spínosa. Recuperado el 30 de julio de 2016, de <https://archive.org/details/vocabularioenlen00moli>
- Muriana, E., Pattenó, L., & Verbitz, T. (2007). *Las caras de la depresión. Abandonar el rol de víctima: curarse con la psicoterapia en tiempo breve*. España: Herder.
- National Institute of Mental Health. (2009). *Depresión*. Recuperado el 05 de junio de 2016, de <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion/index.shtml>
- Ocaranza, F. (2011). *Historia de la medicina en México* (Segunda ed.). México: CONACULTA.
- Organización Mundial de la Salud. (7 de julio de 2016). *CIE-10 Clasificación de los Trastornos Mentales*. Recuperado el 2016, de <http://psikolibro.blogspot.com>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *La depresión*. Recuperado el 05 de junio de 2016, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Salud Mental*. Recuperado el 05 de junio de 2016, de Depresión: http://www.who.int/mental_health/management/depression/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Salud mental: un estado de bienestar*. Recuperado el 05 de junio de 2016, de http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Temas de Salud*. Recuperado el 05 de junio de 2016, de Depresión: <http://www.who.int/topics/depression/es/>
- Organización Panamericana de la Salud. (2008). *CIE-10 Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud* (10a. revisión ed., Vol. 1). Washington, D.C. Obtenido de <ais.paho.org/classifications/Chapters/pdf/Volume1.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2016). *Guía de Intervención mhGAP*. Recuperado el 05 de junio de 2016, de http://www.paho.org/mhgap/es/dep_management.html
- Ortiz de Montellano, B. (1993). *Medicina, salud y nutrición aztecas*. México: Siglo XXI.
- Pellicer, C. (1997). *Noticias sobre Nezahualcóyotl y algunos sentimientos* (2a. ed. facsimilar de la de 1972 ed.). Toluca: Instituto Mexiquense de Cultura.
- Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española*. España: Espasa-Calpe.
- Rodríguez, L. Á. (1944). *La ciencia médica de los aztecas*. México: Hispano Mexicana.
- Rojas Alba, M. (2009). *Tratado de medicina tradicional mexicana*. México: Plaza y Valdés.
- Rojtenberg, Sergio (comp.). (2006). *Depresiones: bases clínicas, dinámicas, neurocientíficas y terapéuticas*. Buenos Aires: Polemos.
- Rosas Uribe, M. E. (2011). *La depresión: nuevas herramientas psicoterapéuticas*. México: Trillas.
- Rosenbluth, M. (2015). *Depresión y personalidad. Desafíos clínicos y conceptuales*. España: El Sevier Masson.
- RT. (28 de mayo de 2016). *¿Quiénes son los rarámuris, el pueblo indígena que se cuelga en los árboles por la tristeza?* Recuperado el 23 de julio de 2016, de <https://actualidad.rt.com/sociedad/208635-pueblo-indigena-raramuris-suicida>
- Sahagún, F. B. (2013). *Historia General de las cosas de la Nueva España* (11a. ed.). México: Porrúa.



- Soustelle, J. (1982). *La vida cotidiana de los aztecas en vísperas de la Conquista*. México: Fondo de Cultura Económica.
- vacaciones en abisinia. (27 de octubre de 2014). *Ni un sólo libro*. Recuperado el 14 de junio de 2016, de La divina comedia. Dante Alighieri:
<http://niunsololibro.blogspot.mx/2014/10/la-divina-comedia-dante-alighieri.html>
- Vallejo Ruiloba, J. (2012). *Melancolía. Un tipo básico de depresión*. España: Médica Panamericana.
- Viesca T., C. (1992). *Medicina prehispánica de México. El conocimiento médico de los nahuas*. México: Panorama Editorial.
- Viesca T., C. (2010). "Medicina del México Antiguo". Recuperado el 20 de junio de 2016, de Facultad de Medicina, UNAM:
www.facmed.unam.mx/sms/temas/2010/09_sep_2k10.pdf
- Viesca T., C., & De la Peña Páez, I. (1976). Las enfermedades mentales en el código Badiano. *Estudios de Cultura Náhuatl*, 79-84. Obtenido de
www.historicas.unam.mx/publicaciones/revistas/nahuatl/pdf/ecn12/168.pdf
- Viesca, C. (1997). *Ticiotl. Conceptos médicos de los antiguos mexicanos*. México: Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina. Facultad de Medicina. UNAM.
- Vox. (1990). *Diccionario ilustrado Latino-Español, Español-Latino*. México: Rei.
- Winograd, B. (2005). *Depresión: ¿enfermedad o crisis?* Argentina: Paidós.
- Wolf, E. (1982). *Pueblos y culturas de Mesoamérica*. México: Era.
- Yapko, M. (2006). *Para romper los patrones de la depresión*. México: Pax.

Las ilustraciones de piezas arqueológicas o fragmentos de códices fueron obtenidas de:

<http://www.famsi.org/research/graz/index.html>

<http://www.famsi.org/spanish/research/pohl/jpcodices/index.html>

<http://peytonwright.com/historic/collections/pre-columbian/>

<http://pueblosoriginarios.com/meso/valle/azteca/codices/mendoza/mendoza.html>

<http://bdmx.mx/lista/?tipo=2>

<http://portalacademico.cch.unam.mx/alumno/historiademexico1/unidad2/mesoamerica/codices>

<https://www.wdl.org/es/item/15283/>

<https://www.wdl.org/es/item/10096/view/1/1/>

<http://www.metmuseum.org/art/collection/search#!/search?geolocation=Mexico&sortBy=Relevance&sortOrder=asc&offset=0&pageSize=100>

<http://www.historicas.unam.mx/publicaciones/revistas/nahuatl/ecnum.html>



ANEXOS

Anexo 1: FORMATO PARA ENCUESTA TELEFÓNICA DE SEGUIMIENTO DE CALIDAD EN EL SERVICIO



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
COORDINACIÓN DE LOS CENTROS DE SERVICIOS A
LA COMUNIDAD UNIVERSITARIA Y AL SECTOR SOCIAL



CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS
"DR. GUILLERMO DÁVILA"

FORMATO PARA ENCUESTA TELEFÓNICA DE SEGUIMIENTO DE CALIDAD EN EL SERVICIO

PACIENTE: _____ No. de Expediente: _____

Teléfonos: _____ Edad: _____

Motivo de baja: _____

Nombre del terapeuta: _____

El número no existe	No contesta	Contesta otra persona		Contesta el paciente (2)
		Recado	No lo conoce	

(2) El paciente sí contesta:

No quiere responder a la encuesta	Contactar más tarde Llamar a las:	Sí quiere colaborar (3)
-----------------------------------	--------------------------------------	----------------------------

(3) Según nuestra base de datos Ud. dejó el Tratamiento en la sesión: _____

¿Por qué dejó de asistir al tratamiento?

Ya no pude asistir por motivos familiares/laborales (a)	Ya no me pude ajustar al horario (b)	Me sentí bien / satisfecho con sólo esas sesiones (c)	No me sentí a gusto con el tratamiento (4)	No me sentí a gusto con el terapeuta (5)
--	---	--	---	---

() _____

(4) ¿Qué expectativas tenía del tratamiento que le iban a dar? (¿cómo se imaginaba el tratamiento?).

(5) ¿Qué esperaba del terapeuta?, ¿qué le disgustó/decepcionó? ¿Hubo algo que sí le agradara del terapeuta?

¿Qué sugerencias haría para mejorar la calidad en el servicio?

GRACIAS por su tiempo. Que tenga una excelente día.



Anexo 2: Cartel para el Taller "Manejo de depresión en adultos".



CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS
"DR. GUILLERMO DÁVILA"
COORDINACIÓN DE LOS CENTROS DE SERVICIOS
A LA COMUNIDAD UNIVERSITARIA Y AL SECTOR SOCIAL



TE INVITAN AL TALLER

¿Te sientes triste?

¿Siempre estás cansado?

¿Tienes dificultad para concentrarte?

¿Sientes culpa?

¿Ya no disfrutas de tus actividades?

MANEJO DE LA DEPRESIÓN EN ADULTOS

FECHAS: 20 y 27 de marzo; 10, 17 y 24 de abril 2015.

HORARIO: Viernes de 17:00 a 19:30 hrs.

DIRIGIDO A: Público adulto con depresión.

FACILITADORA: Lic. Flor Valenzuela

Inscripciones en:

Centro de Servicios Psicológicos "Dr.
Guillermo Dávila",

Edificio "D" Sótano, Facultad de Psicología.

Teléfono: 5622-2309