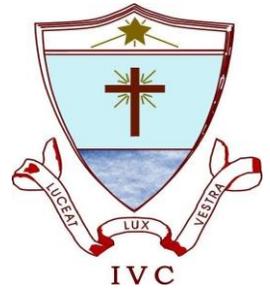




INSTITUTO DE ESTUDIOS SUPERIORES DE LA VERA CRUZ
ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
CLAVE 8967-25



LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

**TERAPIAS ALTERNATIVAS COMO ESTRATEGIA DE APOYO EN PSICOTERAPIA A
PERSONAS CON SINTOMATOLOGÍA DE DEPRESIÓN.**

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

CÉSAR SAMUEL NEPOMUCENO SÁNCHEZ

ASESORA:

MARÍA DEL CARMEN CORRALES MORALES

ORIZABA, VERACRUZ.

JULIO DEL 2022



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.

Agradecimientos

Agradezco infinitamente a todos aquellos que me han apoyado a lo largo de mi vida. Principalmente a mi padre Edgar Manuel Nepomuceno Pacheco y a mi madre Teresita de Jesus Sánchez España por brindarme la oportunidad de estudiar al igual que toda mi educación y los sacrificios que hicieron para todo mi beneficio.

A mi Abuelo Samuel Nepomuceno Limón que hasta el último momento de vida me inspiró a continuar mis estudios y a quien dedico este trabajo.

Agradezco a mi abuela Celia Pacheco y a mis tías Itzel Nepomuceno Pacheco y Gina Nepomuceno Pacheco que en las adversidades de la vida han estado como principal apoyo para mí y toda mi familia.

A Aimee Guadalupe Tinoco Cruz por ser un inmenso apoyo moral en cada momento de dificultad, por alentarme a crecer profesional y personalmente, además de ser en sí mismo una motivación para alcanzar y compartir todos mis sueños.

Gracias a todos y cada uno de mis docentes, que estuvieron durante mi formación y hacerme amar la psicología como una ciencia, pero principalmente al acto humanista que conlleva la carrera.

Gracias a la tanatóloga Fabiola Vázquez Bonilla por ser el perfecto ejemplo en excelencia del acto humano y profesional, a la Maestra María del Carmen Corrales Morales por todo el conocimiento y paciencia con la que me formó, a la maestra Vianney Vargas Navarro por toda la asesoría y material con el que me auxilió además de enseñarme lo que es ser un profesional en el área y brindarme su confianza y apoyo.

Índice

Agradecimientos

Resumen

<i>Introducción</i>	1
<i>Marco Teórico</i>	8
<i>Capítulo 1. Depresión</i>	8
<i>1.1 Mente- Cuerpo</i>	8
<i>1.2. Definición de la Depresión</i>	9
<i>1.3. Aspectos Clínicos</i>	11
<i>1.4. Prevalencia de la Depresión</i>	14
<i>1.4.1 Características Diagnósticas de los Trastornos Depresivos.</i>	16
<i>1.4.1.1. Trastorno de Desregulación Disruptiva del Estado de Ánimo.</i>	17
<i>1.4.1.2. Trastorno de Depresión Mayor</i>	18
<i>1.4.1.3. Trastorno Depresivo Persistente (Distimia).</i>	19
<i>1.4.1.4. Trastorno Depresivo Especificado</i>	20
<i>1.4.1.5. Trastorno Disfórico Premenstrual.</i>	21
<i>Capítulo 2. Terapia para la Depresión</i>	22
<i>2.1 Antidepresivos</i>	22
<i>2.2. Gestalt</i>	24
<i>2.3. Cognitivo Conductual</i>	29
<i>2.4. Logoterapia</i>	32
<i>Capítulo 3. Terapias Alternativas</i>	35
<i>3.1. La Meditación</i>	35
<i>3.2. La Acupuntura</i>	39
<i>3.2.1. Acupuntura en la Ciencia</i>	39
<i>3.2.2. El Shen</i>	41
<i>3.3. El Yoga</i>	43
<i>3.3.2. Beneficios del yoga</i>	45
<i>Análisis</i>	48
<i>Recomendaciones</i>	57
<i>Anexos</i>	59
<i>Caso Brian Murphy</i>	59
<i>Referencias</i>	65

Índice de Tablas

<i>Tabla 1 Resultados de Investigaciones Relacionadas al Beneficio del Yoga en Mujeres Embarazadas con Depresión</i>	<i>5</i>
<i>Tabla 2 Síntomas de la Depresión.....</i>	<i>11</i>
<i>Tabla 3 Las Cuatro Bases de la Teoría Centrada en Esquemas.</i>	<i>31</i>
<i>Tabla 4 Los 7 Centros del Shen.....</i>	<i>42</i>
<i>Tabla 5 Las Ocho Partes del Yoga Según Patanjali.....</i>	<i>43</i>
<i>Tabla 6 Puntos Sugeridos para la Atender la Depresión</i>	<i>50</i>

Resumen

La presente investigación abordará a las terapias alternativas como una propuesta de complementación a la atención psicológica para atender la sintomatología de la depresión. Este trabajo se plantea en forma de tesina debido a que al no contar con las credenciales necesarias para abordar un caso a partir de la psicoterapia. En primer lugar, se muestra la introducción que detalla los objetivos específicos, así como el planteamiento de problema, las variables dependientes e independientes que guían a la investigación. Este documento se divide en tres capítulos, el primero refiere a la depresión, conceptualizándolo, explicando la relación que conecta a la mente con el cuerpo, abordando los aspectos cénicos de esta psicopatología, su prevalencia y las características diagnosticas de los trastornos depresivos. En el segundo capítulo se abarcan terapias que se usan a nivel psicológico para abordar la depresión en las que se mencionan a los antidepressivos, la terapia Gestalt, el enfoque cognitivo conductual y a la logoterapia. Durante el tercer capítulo se detallan las tres terapias alternativas propuestas para esta investigación, siendo estas la meditación, la acupuntura y el yoga. A lo largo de este último capítulo se detallarán los conceptos y las evidencias científicas de las mismas. Consecuentemente se abarca el análisis de un caso que sirve para proponer el uso de lo planteado a lo largo del marco teórico y ofrecer una visión interdisciplinario que engloba a la psicoterapia y a las terapias alternativas en conjunto para abordarlo y dejar claro que cumple con todas las características de diagnóstico de un trastorno depresivo para finalmente cerrar el trabajo de investigación con las recomendaciones que se hace al personal de la salud mental para poder contemplar a lo propuesto como un complemento científico a la psicoterapia.

Palabras clave: Trastorno Depresivo, Psicoterapia, Meditación, Acupuntura, Yoga

Introducción

La depresión es considerada una importante problemática a nivel de salud pública debido a que más del 4% de la población a nivel mundial padece algún trastorno depresivo según la Secretaría de la Salud (2017) afirmando que los más propensos a sufrir un trastorno depresivo son las mujeres, jóvenes y ancianos. Mientras que, al mencionar específicamente a la población mexicana, señala que representa el 25% de discapacidad en salud. A su vez refiere que estadísticamente el 9.2% sufrió depresión en algún momento de su vida, lo que llevó a los especialistas a la conclusión que una de cada cinco personas padecerá de depresión antes de su aniversario 75. Lo que en cifras reflejan 34.85 millones que mencionan haber referido un sentimiento de depresión, de los que solamente 1.63 millones de personas ingieren antidepresivos. (Secretaría de la salud, 2017)

La página de la Cámara de Diputados en su sección de comunicación social lanza su boletín de marzo (2019), dónde mencionan que la Organización Mundial de la Salud (OMS) manejó un pronóstico en que afirma que, en el año 2020, la depresión sería la segunda causa de la discapacidad en el mundo y la primera en países que incluyen a México entre ellos. Dato que fue superado puesto que según la propia (OMS, 2021) considera que la depresión es la causa principal de discapacidad a nivel mundial, sin embargo, México se niega a la idea de considerar que la depresión es una epidemia mundial. Siendo lo más alarmante el declarar que México no cuenta con recursos suficientes ni estrategias que se adecuen a su prevención y menos a su tratamiento. (Cámara de Diputados, 2019)

Lo que nos lleva a la actualidad en la que el principal tratamiento para combatir la depresión es con el uso de antidepresivos, los cuales a pesar de que se han demostrado su eficacia existen también evidencia de la afección que genera el uso prolongado de estos medicamentos, llegando incluso aumentar la estadística de recaída

(Segal et al., 2008) en pacientes con un diagnóstico de depresión, tema que se desarrollará en el marco teórico. Sin embargo, un aspecto a resaltar es que existe un bajo índice de tratamiento para este trastorno siendo casi la mitad de la población con depresión no es atendida, inclusive en países con un mayor desarrollo económico lo que nos lleva a señalar que apenas el 3% del presupuesto del área de la salud van dirigidos a la salud mental y en casos de países con un desarrollo económico bajo tiende a ser menos del 1%. (Organización Panamericana de la Salud, 2017)

Es gracias a esta inversión a la salud mental y específicamente a la depresión lo que propone una necesidad de encontrar estrategias para combatir la enfermedad planteada desde un ámbito clínico para satisfacer las necesidades emocionales de la población afectada, situación en la que se hace referencia a que una dificultad para el desarrollo de nuevos tratamientos se debe a prejuicios que realiza la población así como la marginación del tema, llegando a ser inclusive un estigma social además, según la Organización Panamericana de la Salud, OPS (2017) “los bajos niveles de reconocimiento y acceso a la atención de la depresión y otros trastornos mentales comunes, como la ansiedad, resultan en una pérdida económica global de un billón de dólares cada año” (párr.8). Siendo los mayores afectados los domicilios de los perjudicados dada la incapacidad de trabajar y los gobiernos dado que se ven obligados a generar gastos en el área de salud.

Por lo que este mismo principio es lo que provoca que en este trabajo de investigación se sugiera probar con nuevos métodos para combatir esta enfermedad mental que cada vez va en aumento, métodos que se han utilizado para dicho fin con la única diferencia que se han descartado debido a la falta de pruebas científicas que avalen su eficacia para atender la depresión y los síntomas que la acompañan, sin embargo actualmente ya se cuentan con mayores estudios al respecto que favorecen a la propuesta de nuevos métodos que en teoría auxiliarán como complemento en la atención psicológica sin descartar la importancia de una correcta intervención psicológica por parte de un profesional de la salud mental pues a pesar de que los

métodos a mencionar ya han sido estudiados científicamente no son propuestos como un sustituto a la atención psicológica por parte del autor de esta investigación.

Uno de estos métodos son las técnicas de meditación las cuales poseen un origen milenario, teniendo antecedentes donde en el siglo VI se señalan en las culturas denominadas como védicas, una cultura que buscaban el desempeño espiritual y a su vez una disciplina que entraba en la religión en dónde tienen su origen ciertos practicantes que elaboraron un camino ante lo que consideraban el ideal de nuestra especie, más allá de su propia existencia, siendo uno de ellos Siddhartha al que llamaron Buda que deja en base de sus prácticas lo que actualmente se conoce como budismo zen el cual tiene como ideal la liberación que conlleva la aceptación de un sufrimiento inevitable y de apegos (Gutiérrez, 2011) que junto con otros aspectos cumplen algo bastante parecido a lo que se hace en la psicología ante ciertos padecimientos en los que la aceptación es vital para proceso y el trabajo con los apegos tal como lo mencionan en lo siguiente:

El centro de nuestra vida, de la cuna a la tumba, está en los íntimos apegos. Aunque son sobre todo los primeros vínculos los que determinan nuestra actitud hacia tales apegos, también somos maleables. Si nuestros primeros vínculos han sido problemáticos, las relaciones posteriores pueden ofrecernos otra oportunidad, y quizá el potencial de amar, sentir y reflexionar con la libertad que surge de un apego seguro. La psicoterapia aporta, idealmente, ese vínculo curativo. (Wallin, 2007, p. 11)

Para este trabajo de investigación se puede observar una semejanza entre la finalidad de la meditación y el objetivo de la psicología, puesto que buscan ese vínculo curativo ante los apegos para lograr un mejor desarrollo humano, y es gracias a esto se cree que la meditación puede complementar el trabajo con individuos que padecen sintomatologías que conllevan apego y la aceptación del sufrimiento, tales como la depresión. Todo esto además de mejorar la calidad de vida del practicante pues esto supone un mayor control emocional general y en solución de conflictos en situaciones

cotidianos que en conjunto de un acompañamiento psicológico lo brindará de distintas herramientas y estrategias para atender cualquier situación con afectación psíquica o emocional

Otro método a proponer es la acupuntura puesto que tiene un impacto a nivel cerebral que ayuda a regular emociones a nivel fisiológico siendo recomendado por instituciones de gran importancia como lo es la American Cancer Society, esto gracias a su capacidad de regular fisiológicamente al organismo. La acupuntura considera que toda patología siempre se encuentra vinculada a distintos factores categorizados en: “externos” que responden al clima, mientras que los “internos” a la propia psique y los “neutros” a situaciones independientes tales como el estilo de vida o una mala nutrición. Dentro de los anteriores se manifiestan en metáforas de la naturaleza con las cuales los chinos entendían las distintas patologías, siendo estas: viento, frío, calor, humedad y sequedad. (Bihlmaier, 2017)

Dentro de la acupuntura la filosofía del yin y el yang abarca la parte física y mental dado que dentro de su filosofía tradicional médica los síntomas yin abarca las disfunciones y el yang a las regulaciones el organismo por ejemplo de los “trastornos de ying y yang” se incluyen a la anorexia nerviosa, trastornos del sueño, el deterioro celular, la pesadez mental, el agotamiento y apatía. Igualmente reconoce a una energía que conecta lo físico y psíquico dentro de un organismo, dicha energía se le ha denominado Qi dentro de la medicina tradicional china y tiene sus propias patologías como lo es el trastorno de burnout, de igual forma señalan a una parte del organismo que se encarga de nutrirlo siendo este el “Xue” que al existir un déficit dentro de este provoca un deceso en la respuesta cerebral y por lo tanto una disminución de la alerta mental (Bihlmaier, 2017)

Por otro lado también propone Montes (2021), al yoga dado que ha demostrado en estudios con población de adultos mayores que el yoga resulta favorable en la ya mencionada población en las que se resalta la mejora de la salud cardiovascular, el movimiento y desplazamiento así como la capacidad de mantener el equilibrio, sin embargo, en el área emocional resultó benéfico al tratar la depresión, así como el ciclo

del sueño, sin la necesidad de ingerir fármacos resultando en un aumento de la calidad de vida y su bienestar general. Se han logrado encontrar 7,812 investigaciones en las que se señala la disminución de los síntomas depresivos y el incremento de la salud mental, por ende, al igual que la vitalidad y un mayor desempeño funcional en la sociedad, disminuyendo incluso un miedo que llegaba a dificultar la funcionalidad cotidiana del adulto mayor siendo este el miedo a sufrir caídas. (Montes, 2021)

De igual forma a continuación se presentan algunas de las investigaciones recopiladas por Nieto, et al. (2020) en donde a diversos grupos de mujeres embarazadas con depresión se les brindaron sesiones de yoga con el objetivo de descubrir si existía un beneficio en la salud mental con dicha práctica. En su trabajo llegó a la conclusión de que el uso del yoga como un trabajo que abarca la mente y el cuerpo da beneficios si se lleva a cabo mínimo una sesión de dicha practica una vez a la semana en que la duración mínima sugerida es de 20 minutos, la cual se debe adaptar a la condición actual del practicante que en caso de su compilación fue el embarazo. A su vez sugiere que esta práctica tendrá que tener una duración de mínimo 12 semanas.

Tabla 1

Resultados de Investigaciones Relacionadas al Beneficio del Yoga en Mujeres Embarazadas con Depresión

Fuente	Resultado de investigación
<i>Uebelacker, et al. (2016)</i>	Al estudiar el efecto del yoga en una población que consistía en mujeres en periodo de gestación con un proceso depresivo se logró evidenciar una disminución de los síntomas depresivos a comparación del inicio del estudio
<i>Davis, et al. (2015)</i>	Lograron un deceso de depresión y ansiedad a nivel intra grupal con mujeres gestantes
<i>Newham, et al. (2014)</i>	Con el fin de investigar los efectos del yoga en mujeres embarazadas con padecimiento de depresión y ansiedad encontró que el yoga disminuyó el padecimiento significativamente
<i>Field, et al. (2013)</i>	En un grupo con trastorno del sueño, sintomatología de ansiedad y depresión y con situación de embarazo se indago en la consecuencia de usar el yoga acompañado del taichi en dicha población encontrando un deceso significativo en cada variante

Nota: Datos tomados del Observatorio de: El Yoga como método cuerpo-mente para mujeres embarazadas con depresión: una revisión sistemática (Nieto, 2020).

En la actualidad los fármacos son el principal tratamiento para la depresión a pesar de que como se mostrará en el marco teórico esto supone un alto índice de recaídas en los pacientes que siguen dicho tratamiento (Segal et al., 2008) occidental que contrasta con los tratamientos orientales debido a que en ocasiones son considerados como carentes de ciencia. Esta es la razón por la que se realiza esta investigación para obtener una visión más amplia de los alcances de estas alternativas cómo complemento sin embargo, al ser estudiante de psicología no se cuenta con los recursos y herramientas necesarios para poder establecer una intervención profesional que evite sesgos en los resultados, por ello mismo se ha optado por el uso de tesina y así lograr el planteamiento de un propuesta que podrá ser usada en futuras investigaciones que beneficie a la población con depresión desde un punto de vista científico y psicológico.

Y es por el que se plantea como hipótesis que: El uso de terapias alternativas como estrategias de apoyo en psicoterapia en pacientes con depresión disminuye la sintomatología. Esto ante la pregunta de investigación *¿Qué efecto tienen las terapias alternativas como estrategia de apoyo en psicoterapia a personas con sintomatología de depresión?*

Considerando como *variable dependiente* la sintomatología de depresión que presenta el individuo lo cual abarca fatiga, falta de deseo sexual, ausencia de apetito, disfunción social, afectaciones psicosomáticas, entre otras. Esta sintomatología será retomada con mayor profundidad en el marco teórico. Por otro lado, se determina a la *variable independiente* a las terapias alternativas (Meditación, Acupuntura y Yoga) como estrategia de apoyo en psicoterapia a pacientes con sintomatología de depresión. Justificándose en que la investigación es conveniente llevarla a cabo dado que en caso de éxito se podría contar con formas de complementar la atención psicológica, aminorando los síntomas de la depresión, funcionando como un trabajo de análisis en el que se planteará una propuesta que podrá usarse en futuras investigaciones.

El *objetivo general* en este trabajo documental es *proponer el uso de terapias alternativas como técnicas coadyuvantes en el tratamiento psicológico de personas con depresión*. Por lo que se desglosan tres objetivos específicos mencionados a continuación:

1. Describir los fundamentos de las terapias propuestas (meditación, acupuntura y yoga)
2. Analizar los resultados documentados de las terapias alternativas como técnicas complementarias en el tratamiento psicológico de la depresión
3. Proponer la aplicación de las terapias alternativas como técnicas en el tratamiento psicológico en un caso de depresión

Este trabajo de investigación consta de tres capítulos como marco teórico a lo largo de los cuales se denotarán a la depresión como capítulo 1 desglosado en mente-cuerpo, la definición de la depresión, los aspectos clínicos de la depresión y las características diagnósticas de los trastornos depresivos. Mientras que el capítulo 2 titulado terapias para la depresión abarcará al tema de los antidepresivos, los enfoques Gestalt, cognitivo conductual y la logoterapia mientras que el capítulo 3 comprenderá a las terapias alternativas que se proponen para la atención de la depresión siendo estas la meditación, la acupuntura y el yoga. A lo largo del tercer capítulo se detallará el enfoque científico que tiene cada una de las terapias alternativas mencionadas para finalmente cerrar el trabajo de investigación con las recomendaciones y el análisis para llevar a cabo la propuesta establecida en este trabajo de investigación.

Marco Teórico

Capítulo 1. Depresión

Una realidad en la vida cotidiana es que la depresión afecta en diversas áreas a pesar de ser considerada por algunos únicamente una emoción que no puede afectar a la parte orgánica (cuerpo) dada la ignorancia de la población que se mantiene acerca de dicha psicopatología que como ya fue mencionado por la OMS (2021) que es la primera causa de discapacidad en el mundo demostrando el verdadero impacto que tiene en la población general actualmente, dañando además de emocionalmente también físicamente como se detallará a lo largo de este capítulo en donde se abordará desde la definición de la depresión hasta el aspecto clínico del trastorno depresivo estipulado en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales por la Asociación Americana de Psiquiatría (2014)

1.1 Mente- Cuerpo

Este binomio se entiende como la conexión que existe entre la parte física del ser (cuerpo) y su parte no tangible (mente) que al existir dicha conexión se ven mutuamente afectadas ante cualquier alteración siendo una realidad que a veces algunas personas ignoran es la importancia mente-cuerpo, la cual ha estado presente a lo largo de toda la historia del ser humano, aspecto que referencia el autor Javier castillo Colomer (2007), un profesional de la salud con una inmensa preparación en el área de la psicología con distintos certificados en donde destaca su doctorado en psicología por la universidad de Valencia (Cubells, 2019) dicho autor menciona en su libro el valor del sufrimiento que distintas culturas como lo son los Xapori, en dicha cultura existe un ritual que es dirigido por el chamán quien mediante un estado de trance, invocan a los espíritus denominados por la tribu como Hékurus los cuales se encuentran dentro de los pechos de los Xapori y son dirigidos por el pecho del chamán, siendo varios los motivos por los cuales se acudían a estos rituales con el fin de apaciguar sus males

entre las cuales se encuentran padecimientos crónicos o de sentimientos que son consideradas como depresivos.

Es Colomer (2007) quien menciona que en la actualidad aún quedan vestigios de este tipo de rituales que conllevan un vínculo mente-cuerpo en donde la sociedad actual los considera supersticiones o farsas a lo que el autor se lleva a cuestionar si existe algo a lo que llama “pensamiento corporal” o una pregunta aún más interesante - ¿la mente podría llegar a estar sujeta a algún proceso infeccioso? – lo cual lleva al autor explicar algo observado en Haití, sucedido en el año 1994 en donde logró ser testigo como un individuo creyente del vudú pudo ser asesinado por un sacerdote negro al usar alguna técnica propia de sus tradiciones, lo que lleva al lector a responder afirmativamente a la última pregunta realizada, parece que la mente puede llegar a tener un efecto de infección que se podría considerar somatológico que afecta de tal manera que podría llegar a dar fin a una vida usando únicamente la creencia.

También puede establecer cierto control tal y como lo menciona Colomer (2007) las anestias producidas por la hipnosis pueden llegar a ser verdaderamente eficaces basándose únicamente en el factor mente-cuerpo o también podríamos mencionar los trabajos del Dr. Carl Simonton, director de su propio centro para atención al cáncer “Simonton Cancer Center” rescatados en el libro de Colomer (2007) en los que se afirma observó que sus tratamientos tenían una mayor eficacia si junto a ellos se administraban de igual forma reforzadores imaginativos tales como la hipnosis, la cual en muchos casos ayuda a disminuir síntomas o la intensidad de los mismos.

1.2. Definición de la Depresión

Mencionado lo anterior podemos continuar por definir a la depresión. Si bien se le conoce comúnmente por una tristeza profunda llegándola inclusive a confundir, para mayor precisión se basará en las definiciones de algunos autores como lo es Kristeva (1997) quien comparte una definición entre melancolía y depresión términos que van vinculados según la autora puesto que menciona que la melancolía se refiere a una situación que puede llegar a ser hospitalaria, con una inhibición y asimbolía que

sin embargo es momentánea o crónica llegando a ser usado el termino por psiquiatras para señalar a un padecimiento que puede ser manejado únicamente con el uso de antidepresivos. Haciendo unión en un estado melancólico-depresivo omitiendo los límites de sus propias definiciones comparten un aspecto vital a la hora de abordar cualquiera de ambas y se refiere a una pérdida del objeto o por su parte una modificación de las relaciones significantes.

Haciendo énfasis en que a la hora de trabajar con estos términos es importante usar a la depresión y a la melancolía sin cometer distinciones en las particularidades de cada uno de los términos, sin embargo, manteniendo una postura firme en sus factores comunes. Dado que la conexión entre estos términos es estrechamente necesaria puesto que se comprende a la melancolía como el estado de una enfermedad y a la depresión como la manifestación de la misma a lo que se responde según el libro “Sol negro, depresión y melancolía” como un refugio por parte del paciente en el que el mismo ante una “intolerancia a la pérdida del objeto” mantiene un escape que lo compensa “haciéndose el muerto o la muerte misma”. (Kristeva, 1997)

Mientras que Colomer (2007) asegura que la depresión alude popularmente a diversos estados de ánimo y actitudinales que entran en la categorización de “enfermizas” las cuales obstaculizan a cualquier individuo a desarrollarse de una forma que se consideraría adecuada, al menos socialmente hablando dado que señala que quienes padecen de “depresión” mantienen una constante incapacidad de cumplir apropiadamente con sus tareas en sus diversas áreas, desde laborales como familiares de las que se desglosan de igual manera necesidades de vital importancia como lo puede ser la alimentación o la higiene, a lo que puede provocan el desencadenamiento de distintas manifestaciones tales como son: Dolores psicósomáticos, insomnio, fobias, crisis, falta de apetito, entre todos diversas respuestas del individuo ante el padecimiento. Sin embargo, la define de una manera verdaderamente simple como “pena y duelo” la cual menciona que se puede observar en individuos que atraviesan una perdida. como ejemplo se pueden mencionar la separación de la pareja, fallecimiento de un ser amado, problemas laborales, padecer alguna enfermedad

crónica, etc. Lo cual no representa mayor peligro dado que se le conoce como una respuesta normal ante algún factor que pudiese afectar de forma anímica y represente una pérdida. Lo cual se ve de una forma más grave cuando se vuelve un factor crónico o con una desproporción siendo incapaz de retomar su estado anímico habitual lo que es acompañado por diversos síntomas como los mostrados en la siguiente tabla.

Tabla 2

Síntomas de la Depresión

	Psicosomáticos	Relaciones Interpersonales
• Retardo.	• Mareos	• Empobrecimiento afectivo
• Lenificación de la actividad.	• Dolores musculares	• Restricción del contacto
• Pérdida intelectual.	• Trastornos respiratorios	• Gran sensibilidad al rechazo
• Continuos autorreproches	• Trastornos alimentarios	• Gran sensibilidad a la crítica
• Fatiga		
• Posición de extremo pesimismo		
• Falta de deseo sexual		
• Ausencia de apetito		

Nota. Datos tomados de El valor del sufrimiento Apuntes sobre el padecer y sus sentidos, la creatividad y la psicoterapia (Colomer, 2007).

Para efectos de este trabajo retomaremos la definición de Colomer (2007) de la depresión al enfatizar que contempla diversos estados de ánimo y actitudinales que entran en la categorización de “enfermizas” las cuales obstaculizan a cualquier individuo a desarrollarse de una forma que se consideraría adecuada.

1.3. Aspectos Clínicos

Colomer (2007) hace saber en su texto que alguien que se estanca en una posición de una constante regresión se vería imposibilitado para realizar un duelo. A lo que el psicoanálisis argumenta que se debe a una fijación en la parte oral puesto que mantiene una carente iniciativa , necesitando a un progenitor para lograr estar

satisfecho en su necesidad, comparando al depresivo con un infante que solamente llora para obtener el alimento de su madre o la protección del padre, mientras que un depresivo puede llorar, manteniendo quejas constantes de su estado más sin embargo al igual que el niño es incapaz de obtener alimento por cuenta propia, el depresivo se ve imposibilitado para buscar una forma para enfrentar su situación emocional.

Sin embargo, se debe mencionar que en la actualidad hay muchas formas en las que la gente compensan o incluso ocultan su depresión, siendo algunas de las acciones: hiperactividad laboral, adicciones de todo tipo o cualquier acción que auxilie en la evasión de la realidad vivida por las personas ya que este tipo de acciones generan debilidad, tristeza, pesadez y un desgano los cuales sirven como auxiliares en la evasión de lo deseado o a veces se llega a usar a personas como “instrumentos reparadores de la depresión” siendo los hijos un instrumento común para los padres llegando a expresar sus propios síntomas como si fuesen de sus vástagos.

Colomer (2007) menciona algo muy interesante a la hora de hablar de su experiencia laboral con la depresión y es que menciona que ante este padecimiento, se prepara en la mayoría de los casos un tratamiento adecuado, el cual consta de un fármaco que se categoriza como “antidepresivo” lo que el autor considera un error a la hora de tratar con la depresión puesto que a su parecer es de gran importancia es tener en consideración su “*realidad psíquica y su expresión*” ya sean sus síntomas categorizadas como emocionales o corporales, el individuo mantiene una necesidad latente de una “*escucha*” lo que permite visualizar el sentido del malestar a lo que se debería proceder a seleccionar herramientas que faciliten el manejo del material otorgado por el paciente deprimido. Por otra parte, alude a que muchos de los servicios de salud carecen de tiempo para valorar los síntomas lo que conlleva a lo que él llama una “*justificación para la práctica errónea*” (Colomer, 2007)

Un aspecto a resaltar de la depresión y que incluso se puede considerar un conocimiento común es que aumenta las probabilidades de que el sujeto cometa un suicidio y algo curioso de esto es lo que comentan Segal y otros autores (2017) al mencionar que después de un episodio depresivo se incrementa un 15% las

probabilidades de cometer suicidio en un paciente con depresión recurrente que necesite hospitalización. De la misma manera puntúan que un aspecto común en estos casos es la ansiedad y es en este punto en que comparten que existe una probabilidad 19 veces mayor que un sujeto que padezca depresión sufra un ataque de pánico comparada con un sujeto sin depresión. Sin embargo, contradictoriamente a lo que generalmente se piensa, las personas depresivas según estudios sociológicos acerca de esta enfermedad mental mantienen una tasa baja en el uso de servicios en el área de salud mental, siendo quienes tienen una menor probabilidad de acudir estos servicios junto con las demás personas que padecen cualquier otro trastorno. Asegurando que solo el 12% buscan la orientación de un experto.

Siendo Segal y otros autores (2017) quienes apoyan la idea de que la disfuncionalidad que provoca la depresión es similar razonablemente comparable con padecimientos de gravedad como lo son el cáncer y enfermedades coronarias mientras que por otra parte Segal et al. (2017) señala un estudio más profundo de esta situación de disfuncionalidad comparando los días en cama que pasan personas de distintos padecimientos incluyendo a los depresivos, en los que arroja los siguientes resultados:

Los pacientes depresivos pasan más tiempo en cama (1.4 días por mes) que los pacientes con cáncer (1.2 días), diabetes (1.15 días) o artritis (0.75 días). Sólo los pacientes con enfermedades cardíacas pasan más tiempo en cama (2.1 días). (Segal et al., 2017)

Como puede suponerse, las consecuencias de los “días en cama” en la productividad laboral es considerable. Los trabajadores que sufren depresión presentan una probabilidad cinco veces mayor de experimentar una baja laboral que sus compañeros sanos y la depresión constituye una de las causas más comunes de baja laboral prolongada entre los profesionales (p. 31).

Por otra parte, estos autores vuelven a confirmar la inferencia que se hizo hace algunos años que menciona que para el 2020 la depresión ocupará la segunda enfermedad a nivel mundial según la OMS. Siendo el resultado una superación de la

inferencia llegando a ser la enfermedad que causa mayor incapacidad a nivel mundial (Organización Mundial de la Salud, 2021)

Fue en la década de 1950 que los antidepresivos empezaron a usarse dado que tales medicamentos habían sido probados y perfeccionados hasta el punto de validar su uso dada la eficiencia manifestada a nivel cerebral, específicamente en los neurotransmisores tales como la noradrenalina o la serotonina, además de potencializar la sinapsis cerebral. Para convertirse a finales de la década de 1980 , en el principal método para combatir la depresión clínica, sin embargo el uso de tratamientos enfocados en la psicología igualmente fueron usados y probados, teniendo resultados favorables en los pacientes depresivos, dando a conocer que este tipo de pacientes debían formar parte de actividades reforzantes o placenteras puesto que esto disminuía las conductas de aislamiento que caracterizan a estos sujetos, llegando hasta la terapia interpersonal con la que se les mostraba a los pacientes a resolver problemas internos y el uso del cambio del roles como tratamiento para la depresión.(Segal et al, 20017)

1.4. Prevalencia de la Depresión

Gracias al seguimiento de los casos clínicos se llega a la conclusión de que un aspecto a resaltar de esta condición es el “retorno” que provoca la aparición de episodios depresivos en pacientes quienes habían superado la condición vivida anteriormente. Siendo una pregunta interesante la que realizan los autores “¿Por qué este aspecto de la depresión había pasado desapercibido hasta entonces?” (Segal et al, 2008, p 34). Y es aquí donde explican que se debe a la ética del tratamiento clínico puesto que para poder llegar a esta conclusión se hubiera tenido que observar pasivamente, sin intervención alguna los pacientes, analizando los efectos desconocidos en ese entonces del trastorno. Por lo que nos dicen: “No es ético no ofrecer un tratamiento para la depresión. Esto significa que no existen pacientes deprimidos sin terapia a los que se les pueda realizar un seguimiento durante años”

Dadas las condiciones decidieron dar seguimiento a pacientes que habían superado la condición clínica depresiva en un periodo de entre 1 a 2 años. Lo cual dio

resultados interesantes recopilados por Segal y otros autores (2017) en los que Martin Keller y su equipo, quienes en el año 1983 estudiaron a 141 pacientes quienes específicamente padecían episodios que entran en la categorización de depresivo mayor, con una duración de un año y un mes, arrojando que fue el 33% de su población (43 pacientes) quienes referían una recaída a las 8 semanas de haber sido dados de alta. Para posteriormente en investigaciones más cercanas estiman que un mínimo del 50% de la población que superan un episodio depresivo (inicial) están condenados a revivirlo en un nuevo episodio. Mientras quienes en sus antecedentes cuentan con al menos 2 episodios anteriores, poseen una probabilidad de entre el 70 y 80% de padecer una recaída. Dadas las situaciones que se observaron a lo largo de los descubrimientos acerca de los trastornos, los profesionales de la salud clasifican como “agudos” a los trastornos con periodos breves y “crónicos” a los que su duración es superior a dos años.

Otro rasgo a resaltar son los resultados de los autores rescatados por Segal et al (2017) en los que enfatizan que los pacientes que tenían una recaída por un nuevo episodio depresivo, contrariamente a lo que se cree, no padecen un nuevo episodio, sino que se trata del mismo episodio tratado anteriormente, el cual “supuestamente se había superado”, por lo que se trataría más bien del empeoramiento de la condición previamente controlada que no logró alcanzar su final por lo que se manifiesta en una recaída. Por lo que contradice a muchos clínicos que aseguraban que la mejor opción era usar antidepresivos para prevenir recaídas en los pacientes, manteniendo esta modalidad como la base para atender esta condición clínica. A lo que Segal (2008) mencionan que los antidepresivos no consiguen un efecto a largo plazo y mucho menos una cura, es más, mencionan que “el efecto de los antidepresivos es la supresión de los síntomas” parecido a lo que refiere Colomer (2007) anteriormente acerca del uso de los antidepresivos.

Por lo tanto todo lo anteriormente expuesto nos detalla la gran necesidad de atender la problemática en la salud mental que representa la depresión puesto que los resultados documentados han demostrado que la estrategia actual (los antidepresivos)

no son suficiente para abordar a la población afectada, que cabe aclarar que no se pone en duda la eficacia de los medicamentos sino que se ha demostrado que ante la prolongación del estado depresivo no logran el impacto esperado al no poder prevenir la recaída de los pacientes que inclusive genera un mayor gasto en la búsqueda de su salud al continuar con el consumo de los antidepresivos de forma prolongada sin obtener el beneficio deseado.

1.4. Trastornos Depresivos en el DSM-V

Para el DSM-V o manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales el cual su función es brindar “una clasificación de trastornos mentales con criterios asociados que se diseñó para facilitar un diagnóstico más fiable de estos trastornos.” (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, p. 46) Los trastornos depresivos se definen como una desregulación disruptiva del estado de ánimo que se clasifican cómo:

- Trastorno depresivo mayor.
- Trastorno depresivo persistente también conocida como distimia.
- Trastorno disfórico premenstrual.
- Trastorno depresivo inducido por una sustancia/ medicamento.
- Trastorno depresivo debido a otra afección médica.
- Trastorno depresivo especificado.
- Trastorno depresivo no especificado.

El trastorno depresivo se determina por la presencia de episodios que duran un mínimo de dos semanas, durante este periodo se muestran evidentes modificaciones en el área afectiva, cognitiva y neurovegetativa. A pesar de que existen diversas variantes se detallarán las que se consideran más importantes a detallar para esta investigación.

1.4.1 Características Diagnósticas de los Trastornos Depresivos.

Para el presente trabajo es de vital importancia diferenciar las características diagnósticas de los diferentes trastornos depresivos con el fin de realizar un correcto análisis que cumplan con los criterios establecidos por la Asociación Americana de Psiquiatría (2014) y diferenciar la definición de la depresión a la de un trastorno

depresivo según las variantes del mismo por lo que se optó por describir los que se consideraron más importantes para esta investigación siendo estos el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo que denota la presencia de irritabilidad de forma crónica que se desarrollan en momentos en los que se pierde el control de la conducta en infantes que presentan este esquema, el trastorno de depresión mayor cuya afectación llega a la parte afectiva, cognitiva y neurovegetativa del paciente, el trastorno depresivo persistente también conocido como distimia que representa una forma más persistente de los trastornos depresivos, el trastorno disfórico premenstrual al que se le ha comprobado una afectación a nivel funcional posterior a la ovulación y por último al trastorno depresivo especificado en el que los síntomas existen, sin embargo, no aplican en criterios para diagnosticar algún trastorno dentro de los trastornos depresivos. Todos estos serán abordados a continuación:

1.4.1.1. *Trastorno de Desregulación Disruptiva del Estado de Ánimo.*

El principal aspecto de este trastorno es una crónica irritabilidad agravada y constante que desencadenan actos coléricos habituales ante situaciones frustrantes y sus manifestaciones pueden ser desde lo verbal hasta el comportamiento. Comienza antes de los 10 años y no puede ser aplicado a infantes que tengan menos de 6 años de edad y un aspecto a considerar es que infantes que presenten las características de irritabilidad mencionadas mantienen mayores probabilidades de provocar trastornos depresivos unipolares o trastornos de ansiedad en la adultez. Existe una prevalencia mayor en el género masculino y tiene una afectación en la parte social del infante dificultando el establecer y mantener relaciones, además de afectar el desempeño académico entre otras afectaciones. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014)

Para un correcto diagnóstico se debe diferenciar al trastorno de desregulación disruptiva del estado de trastornos bipolares es necesario contemplar el aspecto de la duración de los síntomas principales, por ejemplo, los trastornos bipolares se muestran en episodios de emociones alteradas que se logran contrastar ante la conducta “normal” del infante, mientras que la presencia de la irritabilidad en el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo es constante y por ello es posible contemplarla durante

meses al ser una característica en el comportamiento del paciente. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014)

1.4.1.2. Trastorno de Depresión Mayor.

La sintomatología del trastorno depresivo mayor es considerada si se contemplan casi a diario en la vida del paciente y predominar un estado anímico deprimido a lo largo de los días además de la presencia de insomnio y fatiga (a pesar de no haber tenido esfuerzo físico). Otro aspecto a considerar es la presencia de afectación en la psicomotricidad pues es un indicador de una gravedad general (esta afectación debe ser notable) de la misma manera que la existencia de culpa delirante, todo esto a lo largo de 2 semanas como mínimo que se acompaña de afectación en el área social, ocupacional y demás áreas en las que se incluye la sexual y en ocasiones también se contemplan afectaciones somáticas además de sentirse inútil o culpa al rumiar errores cometidos y llegar incluso a tener ideas suicidas (en este trastorno existe un alto riesgo de suicidio). (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014)

El manual refiere importante diferenciar al trastorno depresivo mayor del duelo: siendo el primero consta de un estado anímico afectado de forma constante y siendo incapaz de esperar sentimientos de felicidad o de placer mientras que las punzadas del duelo afectan al pensamiento o recuerdos de la afectación, sin embargo, el ímpetu de las mismas desciende a través de lapsos entre días y semanas además de que en el duelo se presentan emociones positivas que no son propias del sentimiento denominado en el DSM V (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) como miseria que se experimenta en el trastorno depresivo mayor además de la autocrítica y la rumiación pesimista que se diferencian al pensamiento y memorias del duelo.

Este trastorno presenta un alto índice de mortalidad a causa del suicidio que tiene un origen cerebral afirmado por la Asociación Americana de Psiquiatría (2014) al señalar que presenta “hiperactividad del eje hipofisario-hipotalámico-adrenal, que parece relacionarse con la melancolía, los rasgos psicóticos y el riesgo de un posible suicidio” (p. 165). Es debido a esto que se debe tener cuidado al momento de evaluar al episodio del trastorno al existir alguna condición médica. Esto a consecuencia de

poder compartir características en ambas patologías, como por ejemplo se puede rescatar a la diabetes que presenta igualmente la pérdida de peso corporal o cansancio en el cáncer. Tener a consideración esto previene un diagnóstico erróneo y por lo tanto un tratamiento inadecuado para la condición del paciente.

1.4.1.3. Trastorno Depresivo Persistente (*Distimia*).

También conocido como distimia se distingue por mantener un estado deprimido del ánimo la mayoría del día casi a diario en un periodo de dos años (mínimo un año). Es comúnmente una evaluación del trastorno depresivo mayor por lo que la diferencia para su diagnóstico radica en el lapso de tiempo, teniendo una prevalencia de 12 meses. En este trastorno se pueden vivir igualmente episodios depresivos mayores y comúnmente tiene un origen en la infancia o adolescencia además de compartir mecanismos con el trastorno límite de la personalidad por esto mismo la distimia tiene mayor índice de comorbilidad especialmente cuando se trata de trastornos ansiosos y de abuso de sustancias. Viéndose según la Asociación Americana de Psiquiatría (2014) zonas cerebrales afectadas como “el córtex prefrontal, el cíngulo anterior, la amígdala, el hipocampo” (p. 170).

Comúnmente el trastorno depresivo persistente inicia insidiosamente y en etapas tempranas desde la infancia hasta la juventud (antes de los 21 años de edad) a lo que se le atribuyen trastornos comórbidos de la personalidad y la ingesta de sustancias de forma abusiva. El trastorno tiene una evolución considerada como crónica y los síntomas tienden a llegar a la intensidad de un episodio propio del trastorno depresivo mayor para posteriormente volver a descender, sin embargo, la presencia de altos índices de neuroticismo, el agravamiento de los síntomas, la disfuncionalidad general y el desarrollo de trastornos de ansiedad o conductuales determinan un pronóstico negativo afectando la funcionalidad del paciente a nivel social y laboral, teniendo afectaciones que pueden superar al trastorno depresivo mayor (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014)

1.4.1.4. Trastorno Depresivo Especificado.

Es un diagnóstico para casos en donde se cumplen con la sintomatología de un trastorno depresivo, afectando el funcionamiento de diversas áreas como la social y laboral sin embargo no cumplen con los criterios para ser considerados un trastorno depresivo estipulado en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales para ser diagnosticado sin embargo este mismo manual detalla que puede ser especificado según el profesional de la salud mental lo considere, sugiriendo los siguientes criterios según la Asociación Americana de Psiquiatría (2014).

1. Depresión breve recurrente: se caracteriza por un estado deprimente y cuatro síntomas más de los trastornos depresivos con una duración de entre 2 y 13 días con recurrencia de mínimo una vez por mes sin que se asocie al ciclo menstrual en un periodo de un año.
2. Episodio depresivo de corta duración (4-13 días): Es cuando se cumplen el estado anímico deprimido además de 4 síntomas del episodio depresivo mayor que genere una afectación con duración de más de 4 días pero que no supere a los 14 días de duración en un individuo que nunca haya sido diagnosticado con otro trastorno depresivo, bipolar o psicótico.
3. Episodio depresivo con síntomas insuficientes: Se cumplen con el estado anímico deprimido y un mínimo de 4 síntomas de un episodio depresivo mayor con afectación clínica con duración de al menos dos semanas en un paciente que nunca haya sido diagnosticado con un trastorno depresivo, bipolar, psicótico ni trastorno mixto de ansiedad y depresión.

Como se vio a lo largo del capítulo la depresión no es una definición de tristeza aislada, sino que conlleva ya un criterio estadístico como lo maneja el DSM-5 (2014) en el que se contempla lo que se mencionaba al principio del apartado al mencionar que lo físico y lo mental mantienen una conexión al tener una afectación a nivel somatológico, social y anímico que al tener un periodo establecido por el DSM-5 puede llegar a ser considerado un trastorno que tiene que ser evaluado por un profesional de

la salud mental para planificar el tipo de intervención que debe recibir para lo que se abordará en el siguiente capítulo terapias que se usan en específico para esta psicopatología

1.4.1.5. *Trastorno Disfórico Premenstrual.*

Características diagnósticas Su principal característica es la presencia de labilidad afectiva además de disforia y ansiedad durante la etapa premenstrual y es comúnmente asociada también a cambios de conductas y otras afectaciones físicas. Todo lo descrito debe aparecer en la mayoría de ocasiones cuando se llega a dicha etapa del ciclo menstrual a lo largo de un año e interferir con la funcionalidad social o laboral para poder ser consideradas para diagnóstico. En caso de presentar alteraciones de conductas y malestares físicos que no sean acompañados de la afectación en el área afectiva en dónde se enfatiza a la ansiedad cómo factor importante, no podrá llevarse a cabo el diagnóstico. Cabe resaltar que la fase premenstrual es considerada cómo de riesgo debido a que: “Se han descrito delirios y alucinaciones en la fase lútea tardía del ciclo menstrual, aunque son raros. Algunos consideran la fase premenstrual un período con riesgo de suicidio”. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, p. 173)

Capítulo 2. Terapia para la Depresión

La definición de psicoterapia se describe como una práctica de naturaleza invariablemente interpersonal que versa, en parte, sobre la complejidad que supone la interrelación entre dos o más consciencias que despliegan un vínculo en el tiempo con finalidades específicas y fue Dazinker (como se cita en Fernández et al., 2020) mencionó que si la psique no tiene la potestad de causación, la cual refiere una capacidad de modificar los estados mentales y físicos significa que tanto la psicología como la psicoterapia vista desde la ciencia no tienen razón alguna de existir y es gracias a esa postura que se ha cuestionado dicho fin desde el inicio de la psicología hasta la actualidad en la que aún persiste un estigma en la psicología como ciencia por ello que se ha investigado a la psicología a tal profundidad que se han generado diversas corrientes.

2.1 Antidepresivos

Se ha mencionado a lo largo del trabajo de investigación que los antidepresivos son el principal tratamiento ante la presencia de algún trastorno depresivo, sin embargo, Según Figueroa (2021) los antidepresivos tienen un retraso terapéutico de entre 3 y 4 semanas para que se logre un efecto que se pueda medir terapéuticamente además de necesitar mantener este tratamiento después de su fase inicial de entre 6 a 12 meses para finalmente ir abandonando el tratamiento gradualmente pero en casos de tener depresión crónica que es a partir de 2 años con la psicopatología es aconsejable mantener el tratamiento de por vida

Aunque al momento de hablar de farmacoterapia se puede mencionar que los más comunes de utilizar son los de segunda generación siendo estos los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (SSRI) y los Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina y noradrenalina (SNRI) estos dos fármacos presentan una toxicidad menor y por lo tanto mayor índice de seguridad en fármacos que los de la generación anterior que son los inhibidores de la monoamino oxidasa (MAOI) y el antidepresivo tricíclico (TCA) que en resumen mejoran la sinapsis transportando de

mejor manera neurotransmisores e incrementando la concentración endógena de serotonina que según López y otros autores (2021) mantiene una intervención en la regulación del estado animico y la cognición en cuanto la realización de tareas lo cual genera una evidente mejoría en la salud del paciente.

Sin embargo cabe rescatar lo compartido por Figueroa (2021) en su informe acerca de la depresión cuando menciona que “Estos fármacos especialmente los TCA, los SNRI y, en menor medida, los SSRI, pueden inducir el cambio de un episodio depresivo a uno maniaco o hipomaniaco en algunos pacientes.” (p. 6)

Es por esto que Salazar (2017) plantea una pregunta al plantear la necesidad de atender la parte psicológica en la población y es “¿qué pasa si los medicamentos no aclaran los pensamientos, la manera de ver el mundo y las cuestiones que presentan los pacientes?” (p. 143). Para luego enfatizar que es gracias a esa pregunta que la parte biológica no es el único foco de atención al hablar de los pacientes y abre una brecha a la parte sociocultural y psicológico que se aborda en la psicoterapia que es de vital importancia para tener una mayor conciencia de la enfermedad en que se logra conocer los síntomas, el detener futuros episodios reconociendo la parte que genera una afectación en el individuo y provocando una responsabilidad para lograr un autocuidado ante los trastornos mentales.

Bunge y Ardilla, (1988) crearon una sistematización de las corrientes psicológicas en únicamente 3 categorías con conexión a sus raíces filosóficas correspondientes; tal y como lo es la filosofía idealista que se conecta al psicoanálisis y la psicología fenomenológica o la filosofía positivista que se haya en el conductismo y en la psicología cognitiva y la filosofía materialista da inicio a la neuropsicología y reflexología, dentro de estos tres grupos se mantienen distintos objetos de estudios Fernández et al (2020) detalla que el primero (psicoanálisis y fenomenológica) su objeto de estudio es la mente sea la parte consciente o la inconsciente, mientras que en el siguiente grupo el objeto es la conducta observable y los procesos cognitivos operacionalizados y en el tercer y último grupo es el cerebro y la parte fisiológica del mismo. Todos y cada uno de los modelos pertenecientes a la psicología se han

elaborado una metodología y técnicas para atender los distintos desordenes y trastornos mentales, incluso se ha señalado que actualmente existen aproximadamente 400 terapias, en dichas variables existen varias encargadas de tratar los cuadros nosológicos y otras distintas áreas cómo los modelos conductuales son eficaces en trastornos de ansiedad mientras que los sistémicos en situaciones con carga etiológica familiar. Siendo estos algunos ejemplos de la diversidad de las corrientes y su posible uso clínico dado que el mismo fenómeno psicológico se logra interpretar de distinta forma dependiendo la corriente a usar.

2.2. Gestalt

La psicología Gestalt se basa según Castaño (2021) en la teoría de que los humanos perciben “totalidades” siguiendo al concepto de figura-fondo que refiere a que existe una figura y el fondo de la misma, dos partes que tienden a únicamente destacar una sola parte ante la percepción de los individuos a pesar de ser imposible de separar para la Gestalt y siendo ahí el origen del nombre pues se puede traducir Gestalt cómo la psicología de la forma. Otro concepto importante en esta corriente psicológica es la Gestalt incompleta que se desarrolla por la tendencia humana de completar lo que logra percibir ante algo incompleto. Todos estos conceptos cómo la corriente en si tienen un origen en el psicoanálisis puesto que su autor principal Fritz Perls (1893-1970) tuvo una preparación profesional como psicoanalista.

Provieniendo del alemán Gestalt se traduce como figura, para este enfoque se entiende que sin importar de que fenómeno se aborde, éste debe ser visualizado desde cada ángulo (su totalidad), al aplicarlo en la psicoterapia se comprende al paciente desde físico, emocional, intelectual, social e inclusive espiritual. Si cualquiera de los anteriores factores es modificado, todos los demás se verán afectados para lo que se puede señalar a cualquier trastorno psicosomático como ejemplo. Este enfoque rescata varios aspectos del existencialismo, como de la fenomenología y de la filosofía Zen al visualizar cómo la raza humana vive su propio existir, lo cual incluye el cómo siente su entorno, a otros individuos y a su propio ser. (Castanedo, 2008)

A diferencia del psicoanálisis la Gestalt enfatiza que no se enfoca en el inconsciente tal y como lo señala Peñarrubia (como se citó en Castaño, 2021) al explicar que este enfoque no trata de negar en ningún momento su existencia, sino que el abordaje que se busca es el “darse cuenta” al centrar la atención en lo que el individuo siente o sabe en aquel momento, esto claro desde diferentes enfoques como lo es la parte emocional, física, etc. Siendo algunos de los más importantes para Fritz Perls (como se citó en Castaño, 2021) el hambre, el contacto y lo inconcluso, negando a la represión como la causa de la neurosis en el paciente y en este mismo sentido considera a la resistencia como una fuerza creativa a rescatar para lograr un objetivo positivo, usando un ejemplo se puede señalar a la compulsión que para el psicoanálisis se traduciría en un “instinto de muerte” para la Gestalt se contemplaría como la necesidad de a completar la existencia.

Perls consideraba que el moralismo es una parte intrínseca del organismo, dado que afirmaba que el individuo es el que toma las decisiones sean estas positivas o negativas para sí mismo y es por ello que en terapia gestáltica se debe enfocar en la autonomía del paciente y la autorregulación que eso conlleva, para ello el terapeuta usa técnicas como lo es *la escucha gestáltica* que consta de una doble dirección; es decir que “entra” al tener consciente el propio sentir del terapeuta al trabajar con el paciente, lo cual favorece a establecer empatía hacia el paciente y reafirmar que se está comprendiendo al otro sin dejar de prestar atención a lo escuchado al usar la parte “externa de la escucha” se enfoca de potenciar cada sentido para recibir cualquier información procedente del paciente pues no toda la información se encuentra en las palabras, siendo por ejemplo la postura, tono de la voz, o gestos otras partes a considerar al momento de usar la escucha gestáltica. (Castaño, 2021)

Esta corriente procura enfatizar la responsabilidad del paciente así cómo crear una conexión con la experiencia del momento, por lo que sugieren adoptar diversas bases cómo las que sugiere Castaño (2021):

1. Siempre hablar en primera persona y exclusivamente en presente

2. Establecer una responsabilidad en cada expresión, lo que podría ser útil usar - Me hago responsable de esto- al finalizar alguna frase
3. Cambiar cada “pero” con un “y” con la finalidad de integrar en lugar de descartar.
4. Hacer uso del “como” en lugar de “porque” para evitar la racionalización y explicación que no tenga como resultado una falta de entendimiento en la estructura y visualización de lo ocurrido
5. Usar afirmaciones en lugar de preguntas.

Una de las partes esenciales de la terapia en esta corriente es “*El darse cuenta*” también llamado “*awareness*” “*concentración*” o “*percatarse*” que se enfoca en un proceso de recuperar la salud, comprendiendo que la “*neurosis*”, esto según Castaño (2021) sirve de obstáculo en percibirse a sí mismo y al entorno, por lo que la senda segura es lograr un análisis de dicho obstáculo sin embargo cabe señalar que esto es únicamente posible al basarse en una necesidad dominante en el presente del individuo que incluye el conocer la realidad del entorno, evento o situación y el cómo se encuentra en el puesto que en cada ocasión se basará en el aquí y ahora, lo cual incluye al “cuerpo” que a su vez abarca a las emociones y sentimientos ya que se considera al individuo como un absoluto y como algo meramente físico y es una gran herramienta al buscar el “*darse cuenta*” o simplemente para conectar con el aquí y el ahora, que también sirve al terapeuta puesto que en el cuerpo se hallará la mayoría de la información emitida por el paciente.

Las polaridades en la Gestalt es un concepto sencillo pero de gran importancia puesto considera que como lo rescata David Castaño (2021) no existe una parte sin la otra contraparte como es el claro ejemplo de luz sin oscuridad o viceversa que al momento de hablar de la psique, esta necesita de cualquier posible opción para poder interactuar plenamente en su entorno que se mantiene en el cambio constante, sin embargo tiende a separar a las polaridades y verlas cómo opuestos y por lo tanto incompatibles , lo que causa el aferrarse a una de dichas partes mientras deshecha otras y a su vez limite al individuo en todas sus posibles respuestas que al ser necesarias son

usadas las que no son aptas para la situación y convertirse en neurosis, algunas de las polaridades que son consideradas de gran importancia son el cuerpo y el alma, lo masculino y lo femenino, etc. Por este mismo punto es necesario describir a la neurosis en la Gestalt.

Se puede entender a la neurosis como un bajo grado de autoconciencia y por su parte la salud se comprende como alto nivel de autoconciencia, incluso Perls llegó a considerar a la neurosis como inmadurez, siempre vista desde una parte de educación y no en un sentido médico, esto a consecuencia de dos fenómenos: *Acumulación de situaciones inconclusas* que como ya se explicó con el concepto de *figura-fondo* el individuo tiende a concentración completar las situaciones que le impedirían en algún punto de continuar con el proceso de su propia vida. Mientras que la segunda consta de la *perturbación del contacto/ retirada* en la que Perls los consideraba básicamente *descompuestos* ya que no pueden decidir cuando es oportuno participar y ni cuando retirarse dado que han perdido la orientación y no pueden lograr la autorregulación orgánsmica. (Castaño, 2021)

Dentro de este enfoque se consideran dos tipos de conductas, siendo estas la conducta simbólica y la conducta interpersonal. La primera engloba toda área mental, es decir que aborda desde el pensamiento, la imaginación, los sueños, fantasías e incluso las pesadillas. Con esto es posible lograr el darse cuenta mediante su visualización que se lleva a cabo cuando se vuelve a experimentar cualquier fenómeno mental desde un sueño hasta establecer una conversación con un tercero que no se encuentre presente mediante una técnica conocida cómo silla vacía. Mientras que la segunda es la conducta que se vincula a terceros, la cual llega a ser interrumpida al evitar un contacto físico o comunicación, esto se logra igualmente mediante el aislamiento provocando conductas catatónicas (Castanedo, 2008) una acción que también se aplica en la depresión y el cómo se lidia con este trastorno.

En terapia Gestáltica un individuo con depresión no posee la condición óptima para basarse en sus herramientas para obtener un cambio que genere resoluciones creativas e incluso es probable que desconozca el origen de su situación ni de las

opciones con las que cuenta y por eso se dificulta tomar decisiones y el enfoque gestáltico tiene el objetivo de fomentar en el paciente a ser lo que verdaderamente es a partir del “aquí y ahora”, por ello el paciente puede analizar su propio proceso que funciona de apoyo a cualquier conducta que no sea satisfactoria o se pueda considerar como inconclusa para lograr un incremento en la toma de consciencia a futuro. (Castaño, 2021)

Naranjo (citado por Castaño, 2021) menciona que para vivir en el aquí y en él ahora se necesita:

- Vivir aquí: relacionarse más con lo presente que con lo ausente.
- Dejar de imaginar: experimentar lo real.
- Abandonar los pensamientos innecesarios; más bien siente y observa.
- Preferir expresar antes que manipular, explicar, justificar o juzgar.
- Entregar al desagrado y al dolor tal como al placer; no restrinjas tu percartarte.
- No aceptar ningún otro “debería o tendría” más que el tuyo propio: no adorar a ningún ídolo.
- Responsabilizarte plenamente de las acciones, sentimientos y pensamientos.
- Acepta ser como eres.” (Naranjo, 1990).

Por último, nuevamente Castanedo (2008) nos menciona que la raza humana contempla todas sus percepciones en procesos de formación como de destrucción, esto incluye toda necesidad, emoción y pensamiento y en todo momento existirá una que sobresalga dando lugar a la “figura” que se contrapone con una parte oculta que se conoce como “fondo”. Un ejemplo de esto puede ser que la figura sea el paciente haciendo contacto con su interior mientras que el fondo sea su propia conexión con su entorno. Lo cual afecta en la personalidad ya que para la Gestalt no se limita a ser la totalidad de acciones y la relación entre lo mental somático, sino que esta misma también como se relacionan al entorno y es la misma personalidad la que manifiesta toda necesidad y el cómo satisfacerlas en su entorno.

2.3. Cognitivo Conductual

La terapia cognitivo conductual (CC) como lo refiere Salazar (2017) es uno de los tratamientos favoritos al momento de trabajar con paciente debido a que posee principios, mecanismos y procesos que dirigen una conducta que puede ser considerada como anormal, además de tener fundamentos de otras ramas científicas cómo lo es la psicopatología, psicología del aprendizaje y la cognitiva, gracias a esto ha sido reconocida por su eficacia al usarse en el tratamiento clínico pues cumpliendo con criterios establecidos por la Asociación Americana de psicología (APA) que es más eficiente a la intervención farmacológica en varios padecimientos pues ante una lista realizada por la APA de 67 tratamientos para 33 trastornos mentales, la terapia cognitivo conductual fue eficiente en el 85% de los casos dado que aborda lo irracional de forma directa.

El enfoque cognitivo planteado por Aaron Beck fue usado en un inicio para el tratamiento de la depresión para posteriormente proponerse como atención a la ansiedad y trastornos de la personalidad dado que se afirma en toda cognición, las emociones y conducta mantienen una correlación afectando cada área entre sí mediante distorsiones cognitivas las cuales son abordadas y solucionadas a través de la terapia, sin embargo es necesario definir lo que es un esquema cómo Caballo (1998) lo refiere: “Un esquema es una estructura inferida y constituye el concepto clave en la explicación de Beck sobre la personalidad y los trastornos de personalidad.”(p.536) estos esquemas se conectan a la visión de Beck (citado Caballo, 1998) acerca de la personalidad afirmando que cada esquema se va formando a través de la vida y especialmente en la infancia para perpetuarse por sí mismas, sin embargo en ocasiones las personas no pueden visualizarlas de forma conscientes, hay esquemas que participan en la formación de trastornos.

El modelo CC Consta de dos diferentes modelos que tienen años de investigación: el cognitivo y el conductual. El modelo cognitivo se enfoca en identificar a los esquemas y los procesos mentales que usa el paciente para interpretar y encontrar el significado de sí mismo y del entorno mientras que el modelo conductual encuentra

su fundamento en la conducta externa y en los procesos básicos del aprendizaje: la combinación de ambos modelos busca interferir en el pensamiento de las personas a través de diferentes estrategias que ya han sido probadas e investigadas mediante estudios de caso; Algunas de dichas estrategias son la terapia cognitiva de Beck, la desensibilización sistemática, la terapia racional emotiva conductual de Ellis. (Salazar, 2017)

Para esta corriente los trastornos de personalidad ante la visión de autores como Caballo (1998) abarcan desde conductas interpersonales, emociones y las visiones propias como la de los ajenos que se suman a la cognición, creencias y esquemas que al contemplarlo todas estas partes se entienden que estos trastornos son multidimensionales, aunque siempre con un protagonismo cognitivo, para su atención es necesario que un terapeuta contemple la vida de su paciente y hacer función de tutor para abarcar todas estas áreas usando conjuntamente el uso de papeles, técnicas cognitivas, imaginación y experimentar nuevamente experiencias vividas a lo largo de la infancia.

Por otra parte uno de los objetivos del enfoque terapéutico cognitivo-conductual en el manejo de las enfermedades mentales consta en que el paciente sea consciente las interpretaciones personales que realiza de su propia condición mental, la comprenda y acepte, lo cual auxilia a establecer objetivos y hacer uso de las diferentes técnicas psicológicas que fomenta a reducir el malestar que se asocia a la enfermedad mental lo cual hace un contraste con el uso de farmacología dado de que a pesar de que el medicamento psiquiátrico tiene el objetivo de conseguir una estabilidad y una funcionabilidad en el paciente más no funciona para aceptar la enfermedad ni establecer ningún cambio en la vida del usuario del fármaco. (Salazar, 2017)

Al abordar los trastornos mentales los pacientes ante emociones intensas con orígenes de esquemas tienden a realizar intentos para bloquearlas llegando a mecanismos como realizar cortes en el área de la muñeca en un intento de insensibilizar la presencia de sufrimiento o el evitar eventos que puedan provocar dolor a causa de

los propios esquemas, cualquiera de estos mecanismos tiene cómo resultado que los esquemas nunca sean claros para el paciente.

Una variante de esta corriente es el planteado por Young como se citó en Caballo (1998) siendo esta la terapia cognitiva centrada en esquemas en dónde se refieren 4 bases:

Tabla 3

Las Cuatro Bases de la Teoría Centrada en Esquemas.

<p>1. Esquemas Tempranos Desadaptativos (ETDS): Eventos con orígenes en la infancia del individuo que continúan desarrollándose a lo largo de la vida del paciente, estos esquemas se describen cómo “plantillas” para el desarrollo de la vivencia posterior, sus características son:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Son creencias incondicionales sobre uno mismo en relación con el entorno. • Se autopropetúan y son resistentes al cambio. • Son disfuncionales de forma recurrente y significativa. • Se activan por acontecimientos del entorno que son relevantes al esquema particular. • Se asocian a elevados niveles de afecto. • Parecen ser el resultado de experiencias disfuncionales con los padres, hermanos e iguales.
<p>2. El mantenimiento de los esquemas se refiere a los procesos por los que se refuerza a los ETD. Estos procesos son apoyados cognitivamente y conductualmente; incluyen la utilización habitual de distorsiones cognitivas y de conductas autoderrotistas.</p>	<p>A nivel cognitivo, el mantenimiento de los esquemas se realiza «resaltando o exagerando la información que confirma los esquemas y negando, minimizando o descartando la información que contradice dichos esquemas» (Young, 1994: 15). A nivel conductual, el mantenimiento de los esquemas se consigue por medio de patrones de conducta autoderrotistas</p>
<p>3. La evitación de esquemas es característica de los trastornos de personalidad.</p>	<p>Cuando se desencadena un determinado, el paciente con un trastorno de personalidad ETD suele experimentar un elevado nivel de afecto, como tristeza, ansiedad o ira intensas.</p>
<p>4. Compensación de los esquemas</p>	<p>Procesos que compensan en exceso: Es intento parcialmente satisfactorio de cuestionar el esquema original, que conlleva un fracaso para reconocer la vulnerabilidad subyacente y, por consiguiente, no prepara al paciente para el fuerte dolor emocional que se produce si la compensación del esquema fracasa y el esquema emerge.</p>

Nota: Extraído de Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos Vol. 2: Formulación clínica, medicina Conductual y trastornos de relación. Siglo XXI. Caballo (1998) (pp. 538-539)

Para cambiar los esquemas según Caballo (1998) se puede hacer uso de diferentes tipos de técnicas tales como:

- **Técnicas emotivas.** Se usan usualmente en el comienzo del proceso terapéutico ya que uno de sus objetivos es lograr que los esquemas se vuelvan flexibles y en consecuencia más fáciles de ser modificados y muchas de estas técnicas son obtenidas de la terapia Gestalt como lo es el crear diálogos imaginarios con las figuras paternas del usuario, por otro lado, existe la técnica de catarsis emocional para emociones no resueltas
- **Técnicas interpersonales.** Son prioridad cuando el objetivo es cambiar los esquemas que van reconociéndose a lo largo de las sesiones, un ejemplo de este tipo de técnica es otorgar al paciente una interacción (relación paciente-terapeuta) que haga matiz en el Esquema Temprano Desadaptativo que se presente cómo lo podría ser el jugar un rol de alguna de las figuras paternas (una opción a usar en terapias con grupos).
- **Técnicas conductuales.** Buscan corregir cualquier conducta que se controlada mediante esquemas, este tipo de conducta generalmente han sido reforzados a través de la vida del paciente y es por ello que también a veces es necesario generar cambios en el ambiente del paciente.

2.4. Logoterapia

La logoterapia según Noblejas de la Flor (2018) es un término creado por Víktor Frankl (1905- 1997) quien se formó como neurólogo y médico psiquiatra en el que determino a logos como la relación con el entorno que interactúa con los sentidos y valores, por lo que la logoterapia es la búsqueda del sentido de vida. A esta corriente también se le denomina cómo psicoterapia de Viena o cómo la tercera fuerza de la psicoterapia con orientación humanista existencial que reconoce una parte espiritual en el ser y que repercute en cada suceso de la vida del humano y su interacción con los demás pues esta corriente considera que el humano no puede desarrollarse solo y necesita la convivencia constantemente para lograr humanizar a su propio ser al

encontrar su sentido de vida a través de su sistema familiar, la sociedad a la que pertenece , escribiendo su propia historia.

La falta de este sentido se le conoce como “frustración existencial” y el objetivo del trabajo terapéutico en este enfoque es llevar al paciente hacia lo que se conoce como “autorrealización” y a vivir situaciones en los que pueda experimentar felicidad, sin embargo, más que la felicidad el paciente lo que busca es la razón para ser feliz y al hallarla esta emoción se transforma en algo espontaneo. Este fenómeno es lo que lleva al ser humano a plantear objetivos, metas y la motivación para lograrlo que al mismo tiempo se asume la responsabilidad a lo que escoge vivir y el cómo vivirlo, una situación común es que al buscar la felicidad se tiende por únicamente satisfacer las propias necesidades lo cual tiene como efecto el incapacitarse para alcanzar la felicidad dado que al únicamente satisfacerse se niega su propia constitución de la realidad. (Noblejas de la Flor, 2018)

Una parte fundamental es la “voluntad” puesto es que esta le brinda al humano una jerarquía de valores en esta búsqueda del sentido de vida que se conecta a lo anterior debido a que al buscar el sentido de vida las “tentativas” para obtenerla no son reales al únicamente encaminarse en el placer y poder ya que se experimentará un vacío existencial que se puede situar en la parte biológica del ser o en la parte social. Es importante resaltar que este vacío no representa necesariamente una patología, pero si una especie de síntoma ya que lo podemos contemplar en diferentes manifestaciones como lo son: Aburrimiento, indiferencia o la apatía. Frank (citado por Noblejas de la Flor, 2018) lo describía en 2 partes, en la primera que abarca al aburrimiento como un desinterés en el mundo y la segunda implicada en la apatía como la usencia de iniciativa para generar cambios en el entorno.

Al momento de hablar de patologías en logoterapia existe una llamada neurosis noógena, concepto rescatado por Noblejas de la Flor (2018) que no es más que el resultado del ya mencionado vacío existencial y la responsabilidad de la logoterapia es encontrar el sentido de vida, para dicha tarea hace uso de una visión antropológica y terapéutica con un análisis existencial que comprende que el ser se divide en una

dimensión psíquica que engloba lo psico-social finalmente una parte “noética” que se traduce cómo manifestación de su propia libertad, su responsabilidad y conciencia que aborda una voluntad del sentido de vida. Esta postura afirma que el ser humano posee además de todo lo mencionado, dos partes que parten de lo “fáctico” que se señala como lo que es y por otra parte “facultativa” que se traduce como lo que puede llegar a ser, lo cual limita al ser en una realidad en la que no puede lograr un absoluto al instante pero que si puede lograr algo de ese absoluto.

Como se ha detallado existen diferentes enfoques en la psicoterapia para tratar la depresión de manera clínica, lo cual nos demuestra el interés social, clínico y científico que hay para abordar la problemática y es debido a esto que todos y cada uno de estos enfoques han encontrado la forma de comprobar su eficacia de tratamiento ante las necesidades emocionales de los pacientes puesto que a pesar de que se ha enfatizado en la depresión también son eficaces al momento de atender estrés, ansiedad, diversos trastornos entre otras condiciones que puede llegar a presentar la población, sin embargo es de vital importancia señalar que cualquier estrategia de psicoterapia, modelo, enfoque o técnica debe ser llevado a cabo por un profesional certificado.

Capítulo 3. Terapias Alternativas

Según Figueroa (2021) el primer antidepresivo fue el MAOI (Inhibidores de la monoaminoxidasa) y este fue creado alrededor de 1950 por lo que se puede inferir que el uso de los antidepresivos y que actualmente funciona como principal tratamiento para la depresión no tiene más de 100 años, sin embargo han existido diversas maneras en las que nuestros ancestros han atendido esta psicopatología, por lo que se ha decidido abarcar 3 de ellas siendo estas la meditación, acupuntura y el yoga, se han elegido estas 3 debido a que cuentan con evidencia científica que respalda su uso para abordar la psicopatología mencionada y además de tener efecto similares a los fármacos y efectos cerebrales como lo es la neuroplasticidad cerebral también brindan un beneficio general a la salud de los usuarios.

3.1. La Meditación

Varios autores han discutido la definición de la meditación sin embargo para este trabajo se rescata la definición de Boals como se citó en Ortiz (2020) quien afirma que “La meditación es un proceso cognoscitivo de atención selectiva, es una técnica de relajación generalizada, que lleva la atención de un input externo hacia un input interno y genera consistencia”. (p.19) Esta definición se puede vincular a lo compartido por el Centro Budista De La Ciudad De México en lo que llamó “La puerta” en su texto llamado ¿Qué es realmente la meditación? publicado con el fin de responder la pregunta ¿Para qué meditar?

En círculos psicoanalíticos se cuenta una historia bien conocida acerca de un hombre que es atormentado por un sueño recurrente. Este hombre se encuentra atrapado en una habitación; es incapaz de abrir la puerta y escapar. Registra la habitación en busca de la llave, pero nunca puede encontrarla. Con todas sus fuerzas intenta abrir la puerta, pero ésta no se mueve en lo más mínimo. No hay ninguna manera de salir de la habitación excepto a través de la puerta que él mismo no puede abrir. Está atrapado y tiene miedo. En una sesión con su analista el hombre se refiere a este sueño, el cual ha estado atormentándolo

durante años. El analista atiende cuidadosamente al relato del sueño, prestando atención a todos los detalles, e indica que quizás la puerta se abre en la dirección opuesta. Cuando tiene este sueño de nuevo, el hombre recuerda dicha sugerencia y descubre que la puerta gira hacia dentro sin resistencia alguna. (Centro Budista de la Ciudad de México, 2015, p. 3)

3.1.1. Objetivo de la Meditación

Por muchos años se ha considerado a Buda como el principal representante de la meditación y si no es esta figura, recurrentemente se mencionaría a un monje budista, los cuales son seguidores de su filosofía por lo que se le mantiene como una de mayores figuras dentro del ámbito y en la obra de Kornfield (2018) el autor hace referencia a una historia del Buda en donde al preguntarle qué es lo que lo hacía especial el responde –“Estoy despierto”- a lo que nos lleva al significado del nombre puesto que si bien Siddhartha Gautama, el príncipe el cual renunció a su vida en la realeza para encontrar la libertad espiritual emprendió un viaje en el que todos sus aprendizajes lo llevaron a ganarse el nombre de Buda el cual significa sencillamente iluminado o despierto, es decir que llegó a lo que los budistas llaman “*Dharma*”.

A lo que se entiende que el objetivo de la meditación es lograr este estado de “*Dharma*” que no corresponde a un ámbito mágico o místico sino que engloba un estado de consciencia de la psique, lo que conlleva a tener un mayor control emocional y conductual para quien medita, todo esto incluso mantiene una relación científica puesto cómo se abordará más adelante, la meditación tiene un efecto en varias zonas del cerebro y por lo tanto un efecto en neurotransmisores como lo refiere Swanson (2019) al señalar que si se combina con disciplinas como el yoga puede generar un efecto cerebral que facilita el cambio de conducta en los practicantes y promover una mejora en la salud mental de los mismos. A lo que se puede resumir que el objetivo es aumentar la consciencia del usuario.

La meditación puede ser útil al momento de usarla en la psicoterapia ya que el tener un mayor control emocional es una herramienta que se busca en el tratamiento

psicológico que además en complemento a otras disciplinas como lo es el yoga, se logra un estado cerebral que favorece el cambio de conductas como lo refiere Swanson (2019) esto puede ser significativo en tratamientos de pacientes que presentan un abuso de sustancias o en pacientes que acuden a terapia por la presencia de conductas agresivas o de conductas compulsivas además de ser una estrategia en el manejo de cualquier emoción, lo cual engloba a cualquier psicoterapia puesto que como se abordó en el capítulo 2 todas las mencionadas tienen como objetivo atender la situación emocional del paciente.

3.1.2. Meditación en la ciencia

Según el artículo “El cerebro del meditador. Efectos cerebrales y psicológicos de las prácticas contemplativas” de la revista investigación y ciencia publicado en el año 2015 no°460 mediante la meditación ocurre un efecto en el cerebro parecido a lo que se le conoce como Neuro plasticidad, con la única diferencia en que el meditador puede regular los estados mentales que interfieren en el funcionamiento y la composición física de la estructura cerebral, llegando incluso a beneficiar a todo el organismo. (Matthieu, et al. 2015).

Retomando al trabajo de Matthieu y otros autores (2015) se usará una definición similar a la de ellos, contemplando a la meditación como un estado en el que se libera el condicionamiento automático y el aislamiento de una confusión interna. A lo que nos lleva a que dentro de la meditación se encuentran diferentes fases:

En la primera fase Matthieu, et al. (2015). refieren que consta de causar una distracción mental mediante la concentración de la respiración se ha comprobado que esto causa un efecto en áreas como la corteza prefrontal medial, el giro cingulado posterior, el precúneo, la zona inferior del lóbulo inferior y a la corteza temporal cerebral. Esto significa que hay una reacción con efecto en los recuerdos a largo plazo propios del individuo. Durante la segunda fase en la que el sujeto debe hacerse consciente de la distracción se ven inmersas en la acción zonas como la ínsula anterior y nuevamente el giro cingulado de relevancia. Encargada de regular la

percepción de sentimientos, involucrada de igual forma en la identificación de sucesos nuevos y a través de la práctica de meditación también logra activar grupos de neuronas, por lo que a consecuencia de esto posee la capacidad de manipular la atención de la red neural. La penúltima fase que retoma la atención en la respiración son dos partes del cuerpo cerebral las que responden a esta acción; la corteza prefrontal dorsolateral y la zona del lóbulo parietal lateral inferior la cual es responsable de recobrar la atención mientras la disocia de cualquier otro estímulo. Por último, la cuarta fase se dedica a mantener la concentración en un objeto como comúnmente es la respiración y es la corteza prefrontal específicamente en la parte dorsolateral de la misma, la que presenta una mayor actividad.

Al realizar meditación y llegar una gran experiencia se puede mantener en este estado un patrón en el electroencefalograma, el cual consiste en ondas de gamma alta de entre 25 y 42 hercios. “Esta oscilación cerebral podría desempeñar un papel crucial en la construcción de redes neuronales que integren las funciones cognitivas y afectivas” (Matthieu, et al. 2015, p. 25). Estos autores de igual forma afirman que durante un experimento al efectuar la meditación por atención focalizada se puede lograr un incremento en la capacidad de mantenerse alerta.

Al estudiar las consecuencias de la meditación Herbert Benson un cardiólogo que se graduó en Harvard descubre una condición contraria a la respuesta instintiva lucha-huida que denomina “respuesta de relajación” la cual por sus características disminuyen el nivel de cortisol en el organismo al igual que desciende el metabolismo y tener un efecto de descanso similar al de dormir, inmediato que al contrario que al dormir se obtiene después de un periodo de tiempo mientras que en la meditación se obtiene tras minutos de efectuar alguna técnica, sin embargo es necesario enfatizar que el meditar no es lo mismo a permanecer dormido puesto que existe un estado de alerta mental combinada de una relajación muscular que además presenta activaciones de ondas alfa y theta en diferentes zonas como el hipocampo (Olea, 2017)

Se ha demostrado que el cerebro se deteriora con la edad sin embargo Swanson (2019) afirma que la universidad de Harvard demostró que personas que practican la

meditación mantienen estructuras cerebrales básicas que se asemejan a individuos de 25 años que practican meditación por lo que se supone que es posible evitar cierto grado de deterioro natural del cerebro debido a la neuroplasticidad que a pesar de ser multifactorial dicho resultado que contempla variantes como es el estilo de vida, diversos estudios contemplan que el cerebro puede cambiar en tan solo 8 semanas ante una práctica diaria de 30 minutos que además favorece la memoria entre otros beneficios como lo es la disminución de fatiga y ansiedad que si se mezcla con técnicas como el cantar OM que ha demostrado que inhibe zonas cerebrales encargadas con el miedo se pueden obtener beneficios para la salud general.

3.2. La Acupuntura

La acupuntura es una técnica que consiste en introducir agujas en el cuerpo con un objetivo curativo, técnica que ha sido usada a través de la historia pues se conoce que en la edad de piedra se usaba un tipo de aguja denominada “Bian” hechas con roca que se usaba con el mismo propósito ya mencionado, dicho instrumento evolucionó en la edad de bronce y hierro en dónde la Bian fue cambiada por agujas elaboradas de metal sin embargo el registro más antiguo fue entre los años 500 y 300 a.c en el libro Huangdi Neijing que en su traducción se entendería como Canon de Medicina Interna en dónde se plasman distintos hallazgos médicos en dónde se describían como los antiguos chinos diagnosticaban y atendían las distintas patologías, teniendo en dichos remedios a la “acupuntura”. (Instituto de la medicina tradicional china de Beijing, 1980).

3.2.1. Acupuntura en la Ciencia

Una de las ideas más frecuentes al momento de hablar acerca de la acupuntura es el cuestionar cómo es posible una acción distal al estimular un punto del cuerpo, principalmente con agujas y es debido a la activación de fibras aferentes de los nervios, las cuales transportan la información originada en receptores cutáneos que se encuentran en la piel. Estas fibras categorizadas en distintos grupos (I, II, III y IV)

siendo el primero teniendo un receptor e impacto en los husos musculares, el segundo en los órganos tendinosos del Golgi, el tercero en husos musculares secundarios y mecanorreceptores cutáneos y finalmente el cuarto en mecanorreceptores cutáneos, termorreceptores y nociceptores. Estos cuatro grupos poseen su propia velocidad de respuesta, las cuales dependen del tamaño de su diámetro y de la mielina con la que cuentan.

Una de las principales características de la acupuntura en el ámbito científico es la capacidad de inhibir el dolor mediante la punción cercana a la zona que se refiera dolorosa, esto es debido a una modulación de la zona por mecanismos que se asemejan al de la terapia *transcutaneous electrical nerve stimulation* también conocida como TENS, este efecto analgésico lo provoca la ejecución de receptores de adenosina tipo 1 y la participación del sistema purinérgico. Este proceso segrega opiáceos endógenos encargados del efecto analgésico de corta y larga duración. Sin embargo, la acupuntura además de este efecto analgésico también posee la capacidad de tener un efecto en funciones orgánicas como la regulación del sistema inmunológico o mediar la respuesta inflamatoria sistémica. (Muñoz et al, 2018)

En la actualidad esta práctica según Muñoz y otros autores (2018) se ha incorporado por la *American Cancer Society* desde el 2017 para tratar varios procesos clínicos como lo son: Fatiga, ansiedad, depresión y cáncer. Mientras que la *Association of Gynecologic de Alemania* desde el 2018 ha sugerido a la acupuntura para el tratamiento de: Insomnio, artralgias, dolor y fatiga asociados al cáncer, neuropatía periférica, náuseas y vómitos inducidos por la quimioterapia, dolor, náuseas y vómitos en procesos posoperatorios. Incluso la *National Institute for Health and Care Excellence* del Servicio Nacional de Salud británico, una de las instituciones que estrictamente mide la eficacia de sus tratamientos ha reconocido a la acupuntura en el tratamiento de: Cefaleas tensionales, profilaxis y migraña.

Moltó (2020) señala que dentro de la acupuntura existe una rama conocida como craneopuntura (CP) que consta de aplicar agujas específicamente en la zona del cráneo. Esta ha demostrado un avance en el área neuronal tal y como la investigación

del Dr. Deng y su equipo al tratar a ratas con isquemia cerebral focal al lograr un descenso en la viscosidad sanguínea y la continuación del infarto, además de la recuperación de capilares de neoformación y gliocitos dentro de la zona que presenta necrosis además de mejorar la memoria y aprendizaje de dichas ratas. El autor Miguel Blasco afirma que en pacientes que han sufrido un accidente cerebrovascular y tratados con CP han tenido una recuperación motora debido a la excitación de redes neuronales encargadas del movimiento observadas gracias al uso de tomografías por emisión de positrones.

Al momento de hablar de la acupuntura es común que la población crea que esta técnica de la medicina tradicional china es “mágica, mística” o simplemente falsa para lo que se rescata que: “La acupuntura es un procedimiento técnico médico con un elevado nivel de evidencia científica y, en consecuencia, no se puede considerar una pseudociencia”. (Muñoz et al, 2018, p. 98).

Por este mismo principio se destaca a la acupuntura como un método sistémico que puede abordar diversos síntomas de la depresión tales como lo son la alteración emocional teniendo diversos puntos para “calmar la mente” además de puntos que tienen el efecto de un ansiolítico (17 de Ren Mai descrito en la tabla 4) y la fatiga llegando a ser reconocida por instituciones internacionales para el tratamiento específico de esta psicopatología pues tiene un efecto cerebral al momento de puntuar adecuadamente en zonas específicas como lo menciona la craneopuntura e inclusive poder tratar la parte somatológica, área que se ve reflejada al momento de padecer un trastorno depresivo.

3.2.2. El Shen

Para la filosofía china el Shen es la principal diferencia entre animales y humanos, el cual se puede entender de una forma sencilla como la mente, la cual tiene una seria vinculación con la acupuntura teniendo inclusive una propia categoría dentro de esta área siendo estos los 7 centros del Shen, descritos por Moltó (2020) los cuales están formados por 7 puntos ubicados en los meridianos de Ren Mai y Du Mai que se

encuentran en la división sagital del organismo, que curiosamente coinciden con puntos energéticos llamados chakras por la medicina Ayurvédica. La Psiconeuroacupuntura afirma que estos puntos pueden provocar la catarsis en los pacientes debido al impacto que tienen sobre “el Shen” a continuación se enlistarán los 7 “centros del Shen”.

Tabla 4

Los 7 Centros del Shen

Centros	Punto dentro de la acupuntura	Localización según Carl Herman	Características según la Psiconeuroacupuntura
Primer centro	1 de Du Mai	Punto medio entre el Cóccix y el ano	Puntos vinculados a las cápsulas suprarrenales, lo que en consecuencia mantiene una correlación con la sexualidad. Freud mencionó que en esta zona se hallaba la libido.
	1 de Ren Mai	Zona céntrica del perineo	
Segundo centro	6 de Ren Mai	A dos dedos por debajo del ombligo	Equilibra la energía correspondiente a la masculinidad y feminidad. Usado para problemas con la tendencia sexual.
Tercer centro	12 de Ren Mai	A cuatro pulgares debajo del ombligo	Ayuda a estabilizar trastornos de la personalidad, sin embargo, no se usa para la corrección de los mismos.
Cuarto centro	17 de Ren Mai	En el cuarto espacio intercostal	Sirve como tranquilizante para la mente, teniendo un efecto similar al del Diazepam
Quinto centro	22 de Ren Mai	En medio de la fosa supraesternal	La combinación de ambos puntos estimula la expresión de todo lo ha sido reprimido además de eliminar bolo histérico.
	23 de Ren Mai	Fosa encontrada en la parte superior de la nuez	
Sexto centro	24 de Du Mai	Por encima de la línea media del cabello anterior	Punto ubicado a nivel de la médula oblongada lo que provoca un impacto en el cerebro, cerebelo y ganglios basales. Lo que potencializa la meditación, siendo útil en casos de excitación emocional o depresión con ansiedad
Séptimo centro	20 de Du Mai	Punto que intercepta a nivel de la zona más alta de los pabellones auriculares y la línea media del cráneo	Considerado como la unión entre el cerebro y la mente, logra una armonía en el Shen

Nota. Datos tomados de los libros Guía acupuntura psiquiátrica (Moltó, 2020) y Atlas de acupuntura (Hempen, 2018).

3.3. El Yoga

El Yoga señalado por Wolf (2019) es una filosofía de origen hindú, cuyo nombre proveniente del sanscrito se traduce cómo unión/ conexión. La cual consta de 6 distintas doctrinas las cuales fueron nombradas “Darsanas” siendo estas: Sankhya, Yoga, Nyaya, Vaisheshika, Mimamsa y Vedanta. Y a pesar de no conocer el periodo exacto en el que se inició se estima que su antigüedad es mayor a 35 siglos, durante los cuales las enseñanzas pasaban de generaciones en generaciones por medio oral, siendo pocos los autores que escribían al respecto, autores cómo lo fue “Pantajalí” quien escribió aproximadamente durante el quinto siglo A.C. un texto de vital importancia compuesto por casi 200 aforismos del arte del yoga.

Estos sutras son considerados un modelo dentro de lo que contemplaban como el camino al despertar espiritual, por lo que se puede afirmar que el objetivo de este arte consta es alejar al humano de lo material para llegar a un estado de pureza, usando esta guía cómo llave para alcanzarla dentro de los distintos tipos de yoga, destacando a dos variantes: El Raja Yoga se traduce cómo el rey de los yogas llamado de igual forma Ashtanga yoga cuyo trabajo se centra en la mente y el Hatha yoga que se compone de varias posturas denominadas “Asanas” bastante populares en el occidente.

Tabla 5

Las Ocho Partes del Yoga Según Patanjali

	Se refiere a prácticas éticas que se desglosan en cinco:
Yamas	1. Ahimsa: Que señala no cometer ningún acto de violencia durante cualquier práctica del yoga.
	2. Satya: Que pregona que todo acto debe ser veraz, evitando en todo momento actos falsos.
	3. Asteya: Consta de la prohibición de cualquier tipo de robo.
	4. Brahmacharya: Alude a la parte sexual en la que menciona la necesidad de la castidad, fidelidad sexual o el uso de abstinencia sexual.
	5. Aparigraha: Evitar actos avaros o de posesión.

Niyamas	Es la disciplina personal y su ejecución al nivel espiritual de cada practicante en la que se destacan 4 aspectos: <ol style="list-style-type: none"> 1. Saucha: limpieza de la psique, del habla y lo corporal 2. Santosha: Aceptación del medio y circunstancias para lograr la superación de las mismas. 3. Tapas: señala a la constancia dentro de la práctica. 4. Svadhyaya: que consta del uso de la reflexión de lo hablado, lo actuado y lo que está en el interior de cada persona.
Asanas	Son posturas corporales cuyo fin es influir en los canales energéticos dentro del cuerpo, potenciando la resistencia además de la estimulación de la psique y lo corporal.
Pranayama	Es el dominio de la respiración, el termino prana alude a la conexión entre el cuerpo y la psique, una conciencia plena al momento de ejecutar los mecanismos de inhalación y exhalación.
Pratyahara	Dominio de psíquico y sensitivo. Se refiere a mantener separados la experiencia del entorno y el abandono emocional.
Dharana	Es un nivel de atención alto en el que se ignoran las alteraciones del ambiente, generalmente se usa para trabajar con un chakra o reproducción de un mantra.
Dhyana	Es un estado de concentración constante que no debe ser interrumpido acompañado de quietud, es decir mantener la atención en la tranquilidad.
Samadhi	Se relaciona a lo divino, al trance en el que el individuo se mantiene cómo un observador y no como materia, se considera iluminación.

Nota. Datos extraídos de Yoga: Reducir la depresión y el estrés con el yoga. Cómo llevar una vida sana y plena y encontrar la paz interior (Wolf, 2019).

3.3.1. La Importancia de la Respiración en el Yoga (Uso del Pranayama)

González (2017) afirma que en primer lugar cabe recordar que el proceso de respiración puede derivar en dos partes: respiración celular y la respiración pulmonar siendo esta última la más notoria que sin embargo, va a tener un repercusión en la primera debido al mejoramiento de la oxigenación sanguínea que conlleva, además de llevar a cabo el proceso bio-químico de la oxidación y reducción en la que las células reciben la energía que para ello usan algún combustible cómo lo es la glucosa (entre otras moléculas) a la vez que hacen uso del comburente, siendo el oxígeno quien juega este papel en el proceso; llegando por vía sanguínea gracias a respiración pulmonar.

Este recorrido pasa a través del aparato circulatorio, llevando a si los nutrientes y diversos componentes a las células para su correcto funcionamiento al mismo tiempo que toma los desechos que posteriormente serán trasladados a los riñones y retirados a través del sistema urinario y el aire que sale por los pulmones. De igual forma funciona como defensa ante infecciones y regulador de la temperatura corporal y el PH en el organismo para la obtención y mantenimiento de la hematosiis.

El ritmo respiratorio está encargado de células neuronales que se encuentran dentro del bulbo raquídeo ya que estas tienen una reacción directa a las neuronas encargadas de los músculos respiratorios; es decir que manejan los mecanismos de inhalación y exhalación, este ritmo se ve afectado por el PH por lo que la correcta oxigenación de la sangre a través de la respiración pulmonar y el metabolismo energético anteriormente mencionado. Además, el pranayama tiene como objetivo principal es “centrar la mente”. (González, 2017)

3.3.2. Beneficios del yoga

El yoga ha demostrado tener un efecto cerebral como Swanson (2019) afirma al explicar el aumento de las ondas alfa las cuales están relacionadas al estado de relajación, aumento del neurotransmisor ácido gamma aminobutírico que alivia la sintomatología de la ansiedad y estrés, dando lugar a la relajación, aumenta de igual forma otro neurotransmisor, siendo este la serotonina la cual influye en la regulación emocional del estado de ánimo y que en su descenso da lugar a la depresión por lo que se podría decir que sirve como antidepresivo, otro factor que ayuda a combatir a la depresión es que incrementa el factor neurotrófico del cerebro, esta es una proteína encargada de la salud y de favorecer a la neuroplasticidad neuronal. Por otra parte, regula los niveles de dopamina y disminuye los niveles de cortisol (esto favorece el aumento de la memoria) y noradrenalina (hormonas asociadas al estrés).

En estudios con población de adultos mayores Montes (2021) ha encontrado que el yoga resulta favorable en la ya mencionada población en las que se resalta la mejora de la salud cardiovascular, el movimiento y desplazamiento, así como la

capacidad de mantener el equilibrio, sin embargo, en el área emocional resultó benéfico al tratar la depresión, así como el ciclo del sueño, sin la necesidad de ingerir fármacos resultando en un aumento de la calidad de vida y su bienestar general. Se han logrado encontrar 7,812 investigaciones en los que se señala la disminución de los síntomas depresivos y el incremento de la salud mental, por ende, al igual que la vitalidad y un mayor desempeño funcional en la sociedad, disminuyendo incluso un miedo que llegaba a dificultar la funcionalidad cotidiana del adulto mayor siendo este el miedo a sufrir caídas.

En la investigación de Swanson (2019) se detalla que el yoga facilita un fenómeno conocido como la ley de Hebb que menciona que las células neuronales que logran una activación conjunta se mantienen conectadas, por otro lado se ha comprobado que esta práctica puede favorecer a cambiar hábitos negativos al igual que respuestas condicionadas ya que tienen un impacto en las redes neuronales dado que cada vez que una conducta o pensamiento se transforma en uno nuevo mediante la conciencia y su constante ejecución las conexiones neuronales se fortalecen que junto con la meditación se logra una mayor estimulación para que todo lo descrito se logre puesto que además se hace uso de los “mudras” que se pueden entender como gestos con las manos que requieren concentración y por lo tanto respuesta neuronal que se desglosa en un mejoramiento de agudeza sensorial y motricidad fina.

Esta práctica ancestral conoce a la homeostasis como un equilibrio entre la pérdida y ganancia para el cuerpo que se puede traducir como salud y enfermedad, mientras que por otro lado la alostásis es la búsqueda del organismo para mantener la homeostasis que ante situaciones de estrés se genera una carga alostática que significa que para el cuerpo es más difícil mantener el equilibrio y dado que el yoga reduce el efecto estresante se sugiere que por consecuencia disminuye esta carga alostática del organismo. Esta disciplina refleja un beneficio en distintas áreas en las que se destaca la cerebral, teniendo la oportunidad de usarse incluso para generar cambios de conducta, aspecto que también se aborda en psicoterapia además generar un estado de

salud que brinda herramientas y disposición al paciente de atender su situación emocional ante la presencia de algún trastorno depresivo. (Swanson, 2019)

Análisis

Debido a que al momento de realizar esta investigación no se cuentan con las credenciales apropiadas para la intervención necesaria para el manejo de un caso clínico se ha optado por usar un caso planteado en el DSM-5 Guía para el diagnóstico clínico (Morrison, 2014) con el fin de evitar diagnósticos erróneos y asegurar un correcto desarrollo del posible uso de las terapias alternativas, sin embargo, es necesario señalar que en dicha fuente no se señala con que enfoque o estrategia fue tratado el sujeto a estudiar a lo que se infiere que recibió un tratamiento farmacológico para atender lo que fue diagnosticado como un trastorno depresivo mayor.

El paciente que describe Morrison (2014) es Brian Murphy. Un varón de aproximadamente 55 años de edad cronológicos cuyo oficio se puede denominar “granjero” y dicho oficio era cada vez más pesado de realizar y mientras esto sucedía su función corporal comenzó a mermarse que resultaba también en un cansancio persistente. Por otra parte, presenta insomnio, señalando que a pesar de estar en cama a las 9 en punto para despertar entre 2 y 3 de la mañana que le generaba una preocupación descrita cómo obsesiva que le impedía volver a dormir además de pérdida de apetito que generó una pérdida de peso considerable y aplanamiento emocional. En la parte física indicó preocuparse por su presión arterial dado que mencionaba sentir que su corazón iba a detenerse sin embargo el paciente afirmó no haber tenido ideas suicidas.

En resumen, el caso presenta:

- Aplanamiento emocional.
- Desinterés
- Fatiga
- Insomnio
- Baja autoestima
- Falta de apetito
- Agitación

- Disfunción
- Ansiedad
- Sin antecedentes de otro factor medico
- Sin episodios maniacos / hipocondriacos
- Diagnóstico: Trastorno depresivo mayor, episodio único con características psicóticas graves congruentes con el estado de ánimo, con características melancólicas, con tensión ansiosa moderada.

En el caso descrito en James Morrison (2014) hace énfasis en que este tipo de diagnósticos al carecer de un tratamiento existe riesgo de una evolución que desencadene en suicidio por lo que es importante plantear un correcto enfoque para trabajar la situación del paciente y es por ello que se analiza la posibilidad de ejercer las terapias alternativas como complemento a un acompañamiento psicológico, el cual por lo general se puede trabajar una vez por semana según el profesional lo indique, lo cual deja al paciente con seis días sin un acompañamiento clínico que a pesar de tener actividades que deja el terapeuta para el seguimiento del caso este puede llegar a ser ineficiente puesto que pueden atender a la zona emocional pero llega a descuidar la parte física, ya que existe la posibilidad que el paciente no lleve a cabo las tareas que dictó el terapeuta.

A lo largo del capítulo 3 en el apartado 2.1 del Marco teórico, destinado a las terapias alternativas, se mencionaron las cualidades de la acupuntura y su parte científica sin embargo al existir tantas opciones que pueden usarse ante la situación planteada se ha recolectado mediante un análisis un listado de puntos sugeridos para su abordamiento en el que se detalla la locación y las propiedades de cada punto, el uso de la acupuntura como complemento se sugiere que se realice una vez a la semana con el objetivo de tratar especialmente el estado de aplanamiento emocional causado por la depresión, el insomnio que genera disfuncionalidad y la agitación que describe el paciente lo cual teóricamente favorecerá en la cotidianidad y el abordamiento individual de cada síntoma descrito.

A continuación, en la tabla número 6 se enlista un compendio de puntos que se sugieren para el tratamiento de la depresión mediante el uso de la acupuntura, en la misma se ha detallado el número de punto, el meridiano al que corresponde, su localización en el cuerpo humano y por último el uso clínico que este puede ofrecer para esta investigación y se podrá constatar como abarca desde un efecto benéfico a nivel cerebral, hasta tener la reacción de un ansiolítico como lo es el Diazepam, además de contar con evidencia científica, siendo una de las principales fuentes Moltó (2020) quien ha comprobado a nivel científico la eficacia de la acupuntura en la atención psicológica.

Tabla 6

Puntos Sugeridos para la Atender la Depresión

Punto	Meridiano	Localización	Uso
24	Du Mai	ubicado detrás de la línea anterior del cabello	Tiene un efecto directo a nivel cerebral, específicamente en cerebelo y ganglios basales; este punto es recomendado para depresión con ansiedad.
14	Du Mai	Depresión en la línea media dorsal, debajo de la apófisis espinosa c7	Estimula al cerebro y trata el insomnio
17	Ren Mai	En el cuarto espacio intercostal	Indicado para angustia y agitación mental. Su efecto se asemeja al diazepam
20	Du Mai	En la línea media de la bóveda cranean, en el punto que cruza la línea entre las puntas del pabellón auricular y el lóbulo.	Indicado para dar claridad a la mente además de referirse por Moltó como un punto que sirve para recuperar el ánimo ante la depresión, de igual forma está indicado para la amnesia e insomnio.
4	Ren Mai	En la línea media ventral, a 4 dedos debajo del centro del ombligo.	Sirve como calmante ante estados de ansiedad grave
6	Ren Mai	En la línea media ventral, a 2 dedos debajo del centro del ombligo.	Usado ante estados de depresión
12	Ren Mai	En la línea media ventral, a 4 pulgares por encima del centro del ombligo.	se usa para tratar insomnio
17	Ren Mai	En la línea media ventral a la altura del cuarto espacio intercostal.	se sugiere en casos de ansiedad y depresión, por otra parte, Moltó lo señala como un punto a usar en pacientes con sentimientos reprimidos.

3	Corazón	Con el codo flexionado, en el centro entre el extremo cubital del pliegue del codo y el cóndilo humerocubital	tiene como función tranquilizar el Shen que como ya se describió anteriormente es sinónimo de la mente, usado para atender la depresión, amnesia, insomnio y ataques de pánico.
7	Corazón	A nivel cubital, en el extremo del pliegue de la muñeca, en la zona del hueso pisiforme, radial al tendón del musculo flexor cubital del carpo	descrito como el mejor punto para dar calma a la mente ante la presencia de ansiedad además de potenciar la memoria junto con las capacidades intelectuales. Sugerido para insomnio, amnesia y depresión.
12	Estomago	Fosa supraclavicular	sirve como un calmante a nivel psíquico por lo que es se sugiere su uso para atender la ansiedad en los pacientes.
7	Pulmón	Cara Radial del antebrazo, en el canal proximal de la apófisis estiloides del radio.	Es descrito como un punto de vital importancia al momento de tratar problemas emocionales debido a que favorece a que el paciente de expresión a las emociones reprimidas
6	Riñón	A un pulgar de distancia a la máxima elevación del maléolo interno, en el espacio articular en que se palpa una depresión.	Punto utilizado para tratar insomnio y atender crisis nocturnas.
9	Riñón	5 pulgadas encima del maléolo y una pulgada posterior al borde de la tibia	Funciona como un tranquilizante mental sugerido para atender depresión, neurosis y psicosis

Nota. Datos tomados de los libros Guía acupuntura psiquiátrica (Moltó, 2020) y La acupuntura Manual atlas guía práctica (Hempen, 2018)

Toda la tabla anterior plantea una propuesta de puntos de acupuntura que pueden ser utilizados en el caso de Brian Murphy y su condición de trastorno depresivo mayor, por lo tanto, en cualquier caso de trastorno depresivo al atender insomnio, ansiedad, amnesia, neurosis, sentimientos de depresión, entre otras sintomatologías comunes de la psicopatología señalada al estimular zonas cerebrales como lo son el cerebelo y los ganglios basales como lo hace el punto 14 de Du Mai, esta estimulación significa un mejoramiento en su estado general al usar únicamente 14 puntos de acupuntura señalados en la tabla seis, que pueden ser divididos en diferentes sesiones para la comodidad del paciente. Por otra parte, los dichos puntos son únicamente una fracción de todos los puntos que pueden ser utilizados en dichos casos, sin embargo, fueron seleccionados debido a que forman parte de la Psiconeuroacupuntura (Moltó, 2020) recomendando su manejo ante trastornos afectivos como la depresión debido a

que cuenta con bases científicas para fundamentar su uso y eficacia en casos de atención psiquiátrica.

De las aportaciones vistas en el marco teórico una de las funciones del yoga es centrar la mente (Wolf, 2019), lo cual en el caso ya planteado es de vital importancia para que el sujeto pueda llevar a cabo las tareas de su granja, que por cierto el primer síntoma detallado fue que su trabajo cada vez era más pesado de realizar y su función corporal comenzaba a deteriorarse que claramente conllevaba un estado de cansancio constante que sumado al insomnio resultaba en un estado alterado del organismo que no se encontraba en una homeostasis, es por ello que la yoga funcionaría como un complemento a cualquier tratamiento psicológico dado que a nivel físico ya se detalló como mejora la oxigenación a nivel celular que llega a la parte neuronal obteniendo beneficios desde la respiración usada en dicha práctica.

Por otro lado también se mencionó cómo el yoga favorece en el desplazamiento, movimiento y salud cardiovascular que recordemos este último era una constante preocupación del paciente pues afirmaba que sentía que su corazón podría detenerse que en conjunto este beneficio físico que enfatiza lo cardiovascular serían de vital importancia para volver a realizar las actividades físicas que conllevan atender a una granja y por lo tanto su cotidianidad pues cabe rescatar que también se comprobó que favorece al ciclo del sueño sin la necesidad de ingerir fármaco alguno que también representa una disminución en los gastos para atender su situación personal y generar a la vez una mejora de su estado general puesto no hablamos únicamente de lo emocional sino también de lo físico, sugiriendo practicar 2 veces por semana. (Swanson, 2019).

¿Qué pasaría si el paciente practicara yoga 2 veces a la semana? Tal y como se menciona en el apartado 3.3.2. del Marco Teórico, las ondas alfa incrementan dando un efecto de relajación en el organismo al igual que se estimula la segregación del neurotransmisor ácido gamma aminobutírico que tiene como efecto un descenso en síntomas de ansiedad y del estrés que al mismo tiempo aumenta la producción de serotonina que media el estado de ánimo evitando y su deceso significaría el desarrollo

de síntomas de depresión a lo que el yoga sirve como un antidepresivo evitando que baje el nivel de serotonina en el individuo. Además, promueve la regulación de dopamina y la disminución de cortisol y norepinefrina, favoreciendo la memoria y bajar los efectos del estrés, entre otros beneficios como lo es una mayor salud cardiovascular, mejora en la motricidad y equilibrio. Resumiéndose en una mejora de la salud en general según Montes (2021).

Para las practicas mencionas se sugieren que se base en el uso del Hatha yoga que como ya se mencionó en el apartado 3.3 del Marco teórico, se forma a partir del uso de las Asanas, las cuales según Wolf (2019) constan de posturas corporales con el objetivo de impactar en canales energéticos que se hayan en el cuerpo y por consecuencia mejoran la resistencia e incentiva desde lo corporal hasta la parte mental del organismo. Todo esto se abordó a lo largo del capítulo tres y se detalla todo el beneficio que brinda desde la respiración hasta condiciones cerebrales que favorecen el cambio de conductas según Swanson (2019) y retomado del apartado 3.1.1 del Marco teórico, podemos señalar al yoga como una valiosa herramienta en el uso de la psicoterapia puesto que si bien el psicoterapeuta no abordará la situación personal del paciente a partir del yoga si puede referirlo como un complemento que le brindará un beneficio a su salud general.

Mientras que contemplando la edad del paciente identificado siendo esta un aproximado a los 50 años se rescata que al tener prácticas de meditación se puede evitar el deterioro cerebral mediante la neuroplasticidad (Matthieu Ricard et al., 2015). Obteniendo más beneficios que atenderán la situación planteada en el caso, siendo los más significativos la presencia de cansancio y estados ansiosos que generarían una alternativa en el tratamiento de los mayores factores que lo vuelven disfuncional en su labor diaria que además mejora la atención y la discriminación de estímulos innecesarios y mantiene un sano estado de alerta gracias a que la meditación da un efecto de descanso en el organismo que se asemeja al dormir (sin sustituir el sueño). Teniendo la posibilidad de practicarla 3 veces por semana en sesiones de al menos 30 minutos o incluso podría realizar diariamente según el paciente lo contemple.

Lo cual resultaría en que durante la semana (7 días) el paciente tenga según lo sugerido 1 día de atención psicológica, 1 día en la que acuda a sesión de acupuntura, 2 días en que tenga prácticas de yoga y finalmente 3 días con pequeñas sesiones de meditación, daría como posiblemente resultado un abordaje desde los diferentes enfoques y disciplinas durante los 7 días de la semana que como se señaló en conjunto se atenderían todos los síntomas enlistados al principio del análisis, siendo el aplanamiento emocional abordado por las tres disciplinas, el desinterés por parte de del acompañamiento psicológico, la fatiga por la yoga y meditación, insomnio por la acupuntura, yoga y meditación, la baja autoestima y la falta de apetito por el terapeuta y la agitación, disfunción y ansiedad por las 4 disciplinas.

Lo que concluye que teóricamente la hipótesis que *el uso de terapias alternativas como estrategias de apoyo en psicoterapia en pacientes con depresión disminuye la sintomatología* se cumple al plantear una estrategia en la que por la evidencia científica es confiable afirmar que los síntomas de depresión son reducidos efectivamente a través de las diferentes estrategias propuestas. De igual forma se cumple el objetivo general debido a que se ha logrado proponer el uso de terapias alternativas como técnicas complementarias en el tratamiento psicológico, mientras que los objetivos específicos han sido alcanzados dado que se describieron los fundamentos de las terapias propuestas siendo estas la acupuntura, meditación y el yoga, además de lograr una propuesta de aplicación de las terapias alternativas descritas en un caso de depresión documentado en la “Guía para el diagnóstico clínico” (Morrison, 2014) basándose en fuentes de origen científico que aportan la información necesaria para señalar los beneficios de cada una de las terapias propuestas y su posible función en conjunto a la psicoterapia.

Añadiendo que la alternativa en esta propuesta es estrictamente una estrategia de apoyo a la psicoterapia y nunca en su sustitución debido que ante los resultados mostrados en las investigaciones citadas y en todo el marco teórico, este uso puede lograr una mejora en la salud general que hace énfasis en la parte mental y emocional por lo que atiende las necesidades emocionales que puede describir un profesional de

la salud, en cambio por ejemplo estas terapias alternativas no podrían atender un duelo sino únicamente en parte la sintomatología y sería papel del profesional de la salud mental abordar a profundidad la situación individual de cada paciente por lo que nuevamente se hace énfasis en esta propuesta es como complemento y en ninguna circunstancia como sustitución a la psicoterapia cómo es el ejemplo de Moltó (2020) quien usa a la acupuntura como una estrategia de apoyo a la atención psicológica que le brinda a sus pacientes.

De igual forma es de vital importancia que el profesional de la salud mental también tenga conocimientos teóricos de las terapias alternativas, puesto que es común descartar métodos o estrategias debido a la ignorancia de las mismas y sus efectos en el organismo/salud del quien la practique, incluso es factible que el propio terapeuta llegue a practicarlas, no necesariamente como disciplina sino como experiencia y búsqueda de un conocimiento empírico ya que de este modo podrá además advertir al paciente de consideraciones al parecer el profesional para una correcta practica que favorezca en su salud mental.

Dentro de esta propuesta es posible interpretar que la psicoterapia al ser una minoría en las practicas sugeridas sea esta de menor importancia cuando es lo contrario, la psicoterapia es el eje principal de esta propuesta dado que como ciencia brinda herramientas para el abordaje de las necesidades del paciente, mientras que las terapias alternativas únicamente apoyarán en un abordaje multidisciplinario en que se maximizarán los efectos brindados por la psicoterapia. Ahora bien, me permito explicar que la psicoterapia atenderá el origen del conflicto o necesidad del paciente y las terapias alternativas propuestas (acupuntura, meditación y yoga) abordarán los síntomas, puesto que en ninguna bibliografía citada se menciona que alguna asana, punto o meditación cure la depresión, sino que explican que favorecen condiciones cerebrales para lograr una mejoría, pero nunca se mencionan como cura, como Swanson (2019) que menciona que el yoga favorece a un estado de salud general del organismo.

Lo que concluye que la psicología tiene una necesidad de establecer estrategias y metodos para atender a la depresión, tal y como lo rescata Chávez (2020) al mencionar que dentro de la psicología no es sorprendente que “se continúe priorizando la mejora de los tratamientos, haciendo énfasis en aquellos que permitan que las personas diagnosticadas (con depresión) no recaigan ni continúen en estado de discapacidad, con años de vida perdidos y con una funcionalidad diaria deteriorada, debido a que ya han sido declarados los riesgos de que se mantenga la enfermedad” (p.7) a lo que las terapias alternativas pueden ser respuesta a esta búsqueda del mejoramiento en tratamientos ante la depres

ión e incluso ante otras psicopatologías como lo es la ansiedad.

Recomendaciones.

Como recomendaciones se sugiere el implementar la estrategia planteada en el análisis para posteriormente medir cuantitativamente la sintomatología del paciente, para esto se debe realizar una entrevista inicial en la que se obtenga información del estado emocional del paciente, antecedentes y observaciones del profesional de la salud mental, posteriormente la aplicación de una batería de test que para el cumplimiento del objetivo se recomienda el uso del test Hamilton (1960) como una opción para llevarlo a cabo, posteriormente ante el diagnóstico o resultados de la batería de test que se obtengan, decidir que terapia alternativa podría funcionar como un complemento alternativo dependiendo de la situación individual de cada paciente, puesto que a pesar que se ha descrito como hacer uso de las tres terapias alternativas, esto se debe ajustar a lo ya mencionado (la situación emocional del paciente), englobando también la parte socio-económica y física ya que por ejemplo ante un paciente con imposibilidad de mover extremidades inferiores no podría participar en prácticas de yoga pero si en sesiones de meditación a lo que se debería adecuar a las necesidades y posibilidades de cada usuario.

De igual forma se plantea la posibilidad de estudiar las reacciones cerebrales (como lo indique un neurólogo) entre lapsos semanales a lo largo de 8 semanas de seguimiento para poder registrar cada cambio en las estructuras cerebrales además de los cambios de la conducta del paciente a estudiar para esto último se sugiere la implementación de diario en el que se detallen las emociones, sentimientos y conductas experimentadas cada día haciendo énfasis en el antes y después de cada sesión de las diferentes disciplinas. Esto representaría un avance en la medición de la eficacia de estas alternativas en el uso terapéutico para atender la sintomatología de la depresión.

Dentro de este trabajo de investigación se han propuesto tres terapias alternativas (meditación, acupuntura y yoga) sin embargo también se recomienda expandir la investigación a cualquier otra diferente a las señaladas en las que se podrían ejemplificar al Tai chi, el uso de flores de Bach, Kung fu, entre otras mientras se combina con intervenciones psicoterapéuticas de diferentes corrientes como lo puede

ser el Psicoanálisis, cognitivo conductual, entre otras. Así como métodos en los que podemos ejemplificar a la risoterapia con el fin de obtener información científica y poder proponer un abordaje que favorezca al paciente desde todas las disciplinas disponibles que verdaderamente le ofrezcan un beneficio comprobable mediante el método científico ya sea cualitativo, cuantitativo o mixto.

Cualquier intervención debe realizarse por un profesional en el área para prevenir cualquier situación que afecte al usuario y al seguir la propuesta planteada deber ser estrictamente llevada a cabo con un psicoterapeuta certificado en el método científico, evitando caer en un enfoque mágico y jamás descartando a la psicoterapia como tratamiento principal y con la revisión médica oportuna o de un fisioterapeuta, para practicar cualquier terapia alternativa mencionada (acupuntura, meditación y yoga) ya que si el candidato a esta propuesta presenta alguna condición médica que lo ponga en riesgo esta misma debe ser descartada de inmediato y deber ser atendido exclusivamente en el ámbito médico y psicológico (con un psicoterapeuta).

Esta propuesta se le hace al personal profesional de la salud mental, debido a que se busca ampliar la gama de opciones a utilizar como apoyo al proceso psicoterapéutico para tratar una de las principales psicopatologías a nivel mundial (Organización Mundial de la Salud, 2021). El psicólogo ya ha utilizado a lo largo de toda la evolución de su ciencia distintos métodos orientales, como lo es en la actualidad la terapia Gestalt, que como lo vimos en el Marco Teórico, al principio surge desde la filosofía Zen y ha sido aceptada y reconocida a nivel mundial como una corriente efectiva, y de estas mismas corrientes como la cognitivo conductual han tomado técnicas para el manejo de sus pacientes logrando indudables resultados en el beneficio para la salud mental de la población.

Se hace énfasis en el enfoque científico que deben tener estas de intervenciones puesto que como personal de salud es vital mantener a la psicología libre de atributos “mágicos” pero también reconocer que la psicología forma parte del área de la salud que es multidisciplinaria y complementaria entre todas sus ramas y toda intervención

o propuesta de la misma deberá llevar a cabo una investigación previa que la respalde, por lo que lo recomendable es descartarla carente de un carácter científico.

Anexos

Caso Brian Murphy

Brian Murphy había heredado un pequeño negocio de su padre y lo había hecho crecer. Cuando lo vendió unos cuantos años después, invirtió la mayor parte de su dinero; con el resto, compró una pequeña granja de almendros en el norte de California. Con su tractor, realizaba la mayor parte de las tareas de la granja él mismo. Casi todos los años la granja producía unos cuantos cientos de dólares, pero, como a Brian le gustaba señalar, eso en realidad no hacía gran diferencia. Si ganaba 10 centavos, sentía que “valía la pena, por mantenerme ocupado y en forma”.

Cuando tenía 55 años, su estado de ánimo, que siempre había sido normal, cayó en depresión. Las tareas de la granja parecían cada vez más una carga; su tractor permanecía estacionado en su cobertizo.

Conforme su estado de ánimo se hacía más negro, la función corporal de Brian parecía deteriorarse. Si bien sentía una fatiga constante, que con frecuencia lo llevaba a la cama a las 9 de la noche, de manera invariable despertaba a las 2 o 3 de la mañana. Entonces, una preocupación obsesiva lo mantenía despierto hasta que salía el sol. Las mañanas eran lo peor para él. La perspectiva de “otro maldito día que vivir” parecía avasalladora. En las tardes solía sentirse un poco mejor, si bien se sentaba para hacer números sobre una cubierta de revista para ver cuánto dinero tendrían si “él no pudiera trabajar la granja” y tuvieran que vivir de sus ahorros. Su apetito lo abandonó. Aunque nunca se había pesado, tuvo que recorrerse el cinturón dos orificios en comparación con los meses anteriores.

“Sólo parecía que Brian había perdido el interés”, informó su esposa Rachel el día que ingresó al hospital. “Ya no disfruta nada. Pasa todo su tiempo sentado y

preocupándose por las deudas. Debemos algunos cientos de dólares en nuestra tarjeta de crédito, ¡pero la pagamos todos los meses!”

Una o dos semanas antes, Brian había comenzado a rumiar en torno a su salud. “Al inicio era su presión arterial”, dijo Rachel. “Me pedía que se la tomara varias veces al día. Todavía trabajo como enfermera por horas. Varias veces pensó que estaba teniendo una apoplejía. Ayer se convenció de que su corazón se iba a parar. Se levantaba, palpaba su pulso, caminaba por la habitación, se acostaba, subía los pies por encima de la altura de la cabeza, hacía todo lo que podía para ‘mantenerlo andando’. Fue entonces que decidí traerlo”.

“Tendremos que vender la granja”, fue lo primero que dijo Brian al clínico de salud mental cuando se reunieron. Brian vestía ropa casual y algo arrugada. Tenía líneas de expresión marcadas en la frente y palpaba su pulso una y otra vez. Varias veces durante la entrevista, pareció incapaz de mantenerse quieto; se levantaba de la cama donde estaba sentado y caminaba hasta la ventana. Su lenguaje era lento, pero coherente. Hablaba en su mayoría acerca de sus sentimientos por haber sido golpeado por la pobreza y sus temores de que la granja tuviera que rematarse. Negaba tener alucinaciones, pero aceptaba sentirse cansado y “completamente desgastado, ya no soy bueno para nada”. Estaba del todo orientado, tenía todo un acervo de información y obtuvo una calificación perfecta de 30 en el Mini-Mental State Exam (MMSE). Aceptó que estaba deprimido, pero negaba tener ideas en torno a la muerte. Aunque un poco renuente, estuvo de acuerdo sobre la posibilidad de que requiriera tratamiento.

Rachel señaló que su generosa póliza por discapacidad, sus inversiones y la pensión que recibía de su antigua compañía les daban más dinero que cuando él estaba saludable. “Pero de cualquier forma tenemos que vender la granja”, replicó Brian.

Desafortunadamente, los clínicos (incluso ciertos especialistas de la salud mental) con frecuencia cometen dos tipos de errores al valorar a los pacientes con depresión.

En primer lugar, en ocasiones nos concentramos con demasiada intensidad en la ansiedad del paciente, su consumo de alcohol o sus síntomas psicóticos, e ignoramos los síntomas subyacentes de depresión o distimia. Ésta es mi regla de toda la vida, formulada a partir de una experiencia amarga (no toda mía) que ocurriera en mi lejana época de residente: siempre busque un trastorno del estado de ánimo en cualquier paciente nuevo, incluso si refiere como problema principal algo distinto.

En segundo lugar, los síntomas de presentación depresivos o maníacos pueden ser notorios, incluso dramáticos, a tal punto que los clínicos pueden no identificar, en lo subyacente, la presencia de un trastorno por consumo de alcohol o de otro tipo (algunos buenos ejemplos son los trastornos neurocognitivos y de síntomas somáticos). Y esto sugiere otra regla de igual importancia, casi la imagen en espejo de la primera: nunca asuma que un trastorno del estado de ánimo es el único problema de su paciente.

En primer lugar, tratemos de identificar los episodios del estado de ánimo en curso (y cualquiera previo). Brian Murphy había estado enfermo durante más de dos semanas (criterio A). De los síntomas enumerados para el episodio depresivo mayor (el DSM-5 requiere cinco), tenía por lo menos seis: estado de ánimo abatido (A1), pérdida del interés (A2), fatiga (A6), insomnio (A4), baja autoestima (A7), pérdida del apetito (A3) y agitación (A5; observe que para establecer el diagnóstico se requiere la presencia de abatimiento del estado de ánimo o pérdida del interés; Brian tenía ambos). Padeecía una disfunción tan intensa (B) que requirió hospitalización. Si bien no contamos con los resultados de su exploración física y las pruebas de laboratorio, el caso clínico no refiere ningún antecedente que sugiriera otra afección médica (p. ej., carcinoma pancreático) o consumo de sustancia (C). Sin embargo, su clínico en definitiva necesitaría interrogar tanto a Brian como a su esposa en torno a esto; las personas con depresión con frecuencia aumentan su consumo de alcohol. Resultaba claro que presentaba depresión intensa y que difería de su forma de ser usual. Cubría con facilidad los criterios para el episodio depresivo mayor.

Ahora, ¿qué tipo de trastorno del estado de ánimo presentaba Brian? No había tenido episodios maníacos o hipomaníacos (E), lo que descartaba los trastornos

bipolares I y II. Sus ideas delirantes de pobreza podrían sugerir un trastorno psicótico (como el trastorno esquizoafectivo), pero mostraba muy pocos síntomas psicóticos, y la relación temporal de los síntomas del estado de ánimo con las ideas delirantes no correspondía (D). Presentaba ideas delirantes, pero carecía de otras características del criterio A para la esquizofrenia. Sus síntomas del estado de ánimo descartaban el trastorno psicótico breve y el trastorno delirante. Por ende, cumplía todos los requisitos para el TDM.

Hay sólo dos subtipos de TDM: con episodio único y recurrente. Si bien Brian Murphy pudiera con posterioridad presentar otros episodios de depresión, éste era el único que había desarrollado hasta ese momento.

Para integrar una descripción más detallada y codificar la depresión de Murphy, vayamos al cuadro 3-2. Su único episodio señala la columna que debe consultarse bajo el encabezado TDM. Puesto que presentaba ideas delirantes, lo codificaremos como con características psicóticas.

Pero, espere: ¿Qué pasaría si no hubiera estado psicótico? ¿Qué gravedad le asignaríamos entonces? A pesar del hecho de que no presentaba ideas suicidas (no deseaba la muerte; la temía), sí tenía casi todos los síntomas requeridos y mostraba disfunción intensa derivada de su enfermedad depresiva. Por ello yo lo calificaría con depresión grave (pero recuerde, el número de código ya se determinó).

Ahora regresaremos a toda la colección de especificadores, que analizo hacia el final de este capítulo (p. 159). Brian carecía de síntomas maníacos; eso descarta el especificador con características mixtas. Su idea delirante en torno a que era pobre y tendría que vender la granja era congruente con el estado de ánimo, esto es, coincidía con los temas cognitivos usuales de la depresión (sin embargo, la idea de que su corazón se detendría y su verificación del pulso quizá no eran delirantes. Yo consideraría que revelaban la ansiedad sobrecogedora que sentía en relación con su condición de salud). Las palabras que agregaremos a su diagnóstico (hasta el momento)

serán TDM, episodio único, características psicóticas graves congruentes con el estado de ánimo.

Pero espere; todavía hay más. No había anomalías del movimiento que sugirieran características catatónicas, ni su depresión tenía alguna característica atípica (p. ej., no presentaba aumento del apetito o dormía demasiado). Por supuesto, no calificaría para inicio relacionado con el parto. Pero su esposa refería que “ya no disfruta nada”, lo que sugiere que pudiera catalogarse con características melancólicas. Mostraba agitación durante la entrevista (la lentitud psicomotora intensa también se habría considerado apropiada según este criterio), y había perdido una cantidad considerable de peso. Refería despertar temprano muchas madrugadas (insomnio terminal). El entrevistador no le preguntó si este episodio de depresión difería de manera cualitativa de la forma en que se sentía cuando sus padres habían muerto, pero apuesto que esto era así. De manera que agregaremos con características melancólicas a la mezcla.

Escribí este caso clínico antes de que un especificador nuevo, con síntomas de ansiedad, produjera un brillo en los ojos de todos, pero pienso que puede aplicarse también en Brian Murphy. Parecía nervioso y tenso, y estaba muy inquieto. Además, parecía temer que algo horrible, quizá un evento catastrófico de salud, ocurriera. Aun cuando no se dijo nada en torno a una concentración deficiente, tenía por lo menos tres de los síntomas que se requieren para utilizar el especificador síntomas de ansiedad, con un grado de intensidad moderado. La evidencia señala que este especificador tiene importancia pronóstica real y sugiere, en ausencia de tratamiento, la posibilidad de una mala evolución, incluso el suicidio.

Algunos pacientes con depresión grave también refieren muchos de los síntomas típicos del trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada o algún otro trastorno de ansiedad. En este caso, podrían establecerse dos diagnósticos. Por lo general, se menciona primero el trastorno del estado de ánimo como diagnóstico principal. Los síntomas de ansiedad que no cumplen los criterios para uno de los

trastornos descritos en el capítulo 4 pueden evaluarse con más detalle para obtener evidencia del especificador con tensión ansiosa.

Por supuesto, en Brian no se justificaría el diagnóstico de un patrón de ciclado rápido o estacional; sólo con un episodio no puede existir patrón. Yo le asignaría una calificación en la EEAG de 51, y su diagnóstico final sería el que indico más adelante.

Sólo déjeme decir que la perspectiva de utilizar tantos grupos de criterios distintos para codificar a un paciente puede parecer escalofriante, pero al dar un paso a la vez se revela un proceso que en realidad es lógico y (una vez que usted se acostumbre) absolutamente rápido. Deben aplicarse los mismos métodos básicos a todos los ejemplos de depresión (por supuesto, usted podría argumentar, lo haría, que el uso de descripciones del prototipo para la depresión y la manía, así como sus trastornos respectivos, simplifica aún más las cosas. Pero, además, recuerde siempre considerar la posibilidad de consumo de sustancias y afecciones físicas ante cualquier cuadro sintomático).

F32.3 [296.24] Trastorno depresivo mayor, episodio único, características psicóticas graves congruentes con el estado de ánimo, con características melancólicas, con tensión ansiosa moderada

Nota. Texto de donde se obtuvo el caso para análisis de la tesina. Referencia: Morrison, 2014

Referencias

- Alfaro, C. (17 de Marzo de 2019). Para 2020, depresión, primera causa de discapacidad en México.
<http://www5.diputados.gob.mx/index.php/esl/Comunicacion/Boletines/2019/Marzo/17/1290-Para-2020-depresion-primera-causa-de-discapacidad-en-Mexico-Cheja-Alfaro>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). Asociación Americana de Psiquiatría.
- Bunge, M., & Ardilla, R. (1988). Filosofía de la psicología. Siglo veintiuno.
- Caballo, V. E. (1998). Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos Vol. 2: Formulación clínica, medicina Conductual y trastornos de relación. Siglo XXI.
- Cámara de Diputados. (17 de Marzo de 2019). Cámara de Diputados LXV Legislatura.
<http://www5.diputados.gob.mx/index.php/esl/Comunicacion/Boletines/2019/Marzo/17/1290-Para-2020-depresion-primera-causa-de-discapacidad-en-Mexico-Cheja-Alfaro>
- Castanedo, C. (2008). Seis enfoques psicoterapéuticos. Manual Moderno.
- Bihlmaier, S. (2017). La acupuntura Manual atlas guía práctica. Paidotribo.

Castaño, D. C. (2021). Terapia gestalt recopilación metodológica. *Know and share psychology*,61-83.

<http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/496/4962078004/index.html>

Centro Budista de la Ciudad de México. (2015).
<https://budismo.org.mx/material/estudio/fundacionales/01-que-es-realmente-la-meditacion.pdf>

Chavez, A. P. (2020). Depresión: Intervenciones innovadoras. Univerdad peruana
Cateyano Heredia.

Colomer, J. C. (2007). El valor del sufrimiento Aputes sobre el padecer y sus sentidos,
la creatividad y la psicoterapia. Bilbao: Desclée De Brouwer.

Cubells, F. (16 de Diciembre de 2019). Quienes somos. *SIDPAJ*.
<https://sidpaj.es/titular/dr-javier-castillo-colomer/>

Fernández, J., Abril, J., Sánchez-Reales, S., Guadalupe , M., Gómez , J., & Youn, S.
(2020). La brecha entre la investigación y la práctica clínica: hacia la
integración de la psicoterapia.
doi:<https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2932>

Figueroa, D. A. (2021). Informe 05: Depresión. Academia.

González, S. G. (2017). La respiración y el yoga. Barcelona

Gutiérrez. (2011). Meditación, mindfulness y sus efectos biopsicosociales. revisión de
literatura. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 2(14), 225-226.
<http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/26036>

- Hempen, C. H. (2018). Atlas de acupuntura. Barcelona: Paidotribo.
- Instituto de la medicina tradicional china de Beijing. (1980). Fundamentos De Acupuntura y Moxibustión De China. Lenguas extranjeras Beijing.
- Kornfield, J. (2018). Meditación para principiantes. Kairós.
- Kristeva, J. (1997). El sol negro. Depresión y Melancolia. . Caracas: Monte Avila Editores Latinoamericana.
- López, Y, Cardona, K, Garcia, J y Cardozo, K(2021). Efectos de los Polimorfismos del Transportador y de los Receptores de Serotonina en la Depresión. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 1- 4.
- Matthieu, R., Lutz, A., & J Davidson, R. (2015). Efectos cerebrales y psicologicos de las practicas contemplativas. *Investigacion y ciencia*, 24.
- Moltó, J. (2020). Fundamentos de NeuroCraneopuntura. PNA (PsicoNeuroAcupuntura).
- Moltó, J. (2020). Guía acupuntura psiquiátrica. Ediciones PNA (PsicoNeuroAcupuntura).
- Montes, A. S. (2021). Beneficios de la práctica de yoga en adultos mayores: revisión sistemática. Universidad de Jaén.
- Morrison, J. (2014). Guía para el diagnóstico clínico. Manual Moderno.

- Muñoz, J., Vas, J., Carrillo, B., Pérez, A., Verástegui, C., & Cobos, R. (2018). Síntesis de la evidencia científica en acupuntura. *Revista Internacional de Acupuntura*, 12(4), 97-125. doi:10.1016/j.acu.2018.11.002
- Nieto, J., Granero, A., & Carrasco, M. (Marzo de 2020). El Yoga como método cuerpo-mente para mujeres embarazadas con depresión: una revisión sistemática. *Psychology, Society and Education*, 12(1), 97-115. doi:10.25115/psye.v10i1.2618
- Noblejas de la Flor, M. Á. (2018). Logoterapia, fundamentos y líneas de intervención. *Revista De Psicoterapia*, 29(109), 69-87. doi:<https://doi.org/10.33898/rdp.v29i109.231>
- Olea, E. L. (2017). Interaccion mente-materia y la meditacion como tratamiento de diversos padecimientos (Tesis de licenciatura) Universidad autonoma de Mexico cd.mx. Mexico.
- Organización Mundial de la Salud. (13 de Septiembre de 2021). Who.it. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Panamericana de la Salud. (30 de mayo- agosto de 2017). OPS. *Género y salud*: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13102:depression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&Itemid=1926&lang=es

Ortiz, C. M. (2020). La meditación como herramienta pedagógica para potenciar la concentración y el bienestar en niños y niñas. Viña del Mar: Universidad Andrés Bello.

<https://repositorio.unab.cl/xmlui/handle/ria/14333>

Pan American Health Organization. (2017). *OPS*.

https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13102:depression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&Itemid=1926&lang=es

Salazar, M. (2017). La importancia de la psicoterapia cognitivo-conductual en el tratamiento de los trastornos mentales. *Poiésis*(33), 139-145. doi:<https://doi.org/10.21501/issn.1692-0945>

Secretaría de la salud. (2017). Género y salud en cifras (Vol. 15). Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.

Segal, Z., Williams, J., & Teasdale, J. (2017). *Terapia cognitiva basada en el mindfulness para la depresión*. Barcelona: Kairós.

Swanson, A. (2019). *Anatomía del Yoga: Un Estudio Fisiológico Postura a Postura*. Londres: DK Publishing (Dorling Kindersley).

https://www.amazon.com.mx/Anatom%C3%ADa-del-Yoga-Science-Fisiol%C3%B3gico/dp/1465485341/ref=asc_df_1465485341/?tag=gledsksho-pmx-20&linkCode=df0&hvadid=360807935506&hvpos=&hvnetw=g&hvrnd=82

79420518460752171&hvppone=&hvptwo=&hvqmt=&hvdev=c&hvdvcmcl=&
hvlocin

Wallin, D. J. (2007). El apego en psicoterapia. Hebao: Desclée de brouwer.

Wolf, M. (2019). Yoga: Reducir la depresión y el estrés con el yoga. Cómo llevar una vida sana y plena y encontrar la paz interior.