

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES

ZARAGOZA

“IMPLICACIONES PSICOLÓGICAS DE LA DEPRESIÓN EN USUARIOS
DEL SERVICIO DE PSICOLOGÍA DEL CENTRO COMUNITARIO DE
SALUD MENTAL CUAHUTÉMOC”

T E S I S A
PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A
ZÁRATE SALAZAR YASHIVA

TUTORA: MTRA. MARÍA DEL REFUGIO
CUEVAS MARTÍNEZ

MÉXICO 2006



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

- Ψ A mis padres con muchísimo cariño y respeto, por sus ensañanzas para la vida, sacrificio, paciencia y dedicación constante. Por su apoyo incondicional e infinito amor.
- Ψ A mis hermanos por ser parte importante de mi vida.
- Ψ A mis amigas Xochitl, Yolanda, Minerva, María Eugenia y Jessica por su apoyo y amistad incondicional.
- Ψ A usted maestra María del Refugio Cuevas por su paciencia y dedicación para guiar exitosamente este trabajo.
- Ψ A todos y cada uno de los brillantes sinodales que conforman el jurado, por haber aportado sus conocimientos y valiosos comentarios para el enriquecimiento de éste trabajo:
 - Ψ Claudia Ruiz Cárdenas
 - Ψ Alfonso Correa Reyes
 - Ψ Gerardo Reyes Hernández
 - Ψ Eduardo Cortés Martínez.
- Ψ A ti Fernando porque a través del tiempo te has convertido en parte fundamental de mi vida. Por haber confiado y creído en mí.

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	i-vi
-------------------	------

CAPÍTULO I. Desarrollo histórico y significado del concepto <i>depresión</i>.....	1
--	----------

1.1 Historia y evolución del concepto depresión.....	1
1.2 Concepto contemporáneo de depresión.....	7
1.3 El concepto de depresión desde la perspectiva Psicológica.....	9
1.4 Causas de la depresión.....	16
1.4.1 Factores psicosociales.....	17
1.5 Teorías y terapias para tratar la depresión.....	24
1.5.1 Teoría Conductual.....	24
1.5.2 Indefensión aprendida.....	25
1.5.3 Terapia conductual.....	26
1.5.4 Teoría Cognitiva.....	27
1.5.5 Teoría Cognitiva de Beck.....	29
1.5.6 Modelo de creencias irracionales.....	32
1.5.7 Terapia cognitiva.....	33
1.5.8 Terapia cognitiva-conductual.....	36

CAPITULO II, Concepto de depresión desde la perspectiva médica	
---	--

2.1 Teoría biológica.....	39
2.2 Factores biológicos.....	42
2.3 Tipos de depresión y sintomatología.....	42

2.4 Diferencias en la percepción y tratamiento de la depresión.....	50
2.5 Tratamientos contra la depresión.....	52
2.5.1 Tratamientos con antidepresivos.....	52
2.5.2 Terapia electroconvulsiva.....	53
2.5.3 Fototerapia.....	54
2.5.4 Cingulotomía.....	54
CAPÍTULO III. Panorama de la depresión en México.....	56
3.1 Datos de la depresión en México.....	57
3.2 Panorama de la atención a la depresión en México.....	66
3.3. Acciones preventivas.....	67
3.4. Acciones para diagnóstico.....	69
3.5. Acciones para el tratamiento.....	70
3.6 La propuesta de integración del estudiante de psicología a la atención de la depresión.....	71
CAPÍTULO IV. Descripción de casos.....	76
CONCLUSIONES.....	94
ANEXOS.....	99
BIBLIOGRAFÍA.....	111
HEMEROGRAFÍA y DOCUMENTOS DE CONSULTA.....	112

INTRODUCCIÓN

La sociedad actual pasa por fuertes momentos de transición y cambio; esto orilla a la sociedad a vivir a un ritmo cada vez más rápido, lo cual repercute profundamente en la salud física y mental del individuo, generándose así una gran variedad de trastornos.

El hecho de ser una sociedad que crece continuamente lleva consigo un aumento en las necesidades que constantemente son insatisfechas por el individuo, esto trae como consecuencia una serie de carencias que intervienen en detrimento de la autoestima, así como en otras áreas de su vida.

En muchas ocasiones de esto derivan problemas tales como: alcoholismo, farmacodependencia, violencia intrafamiliar, neurosis, bajo rendimiento escolar, disfunciones y abuso sexual, problemas de estrés, de aprendizaje, problemas de conducta, en fin, un sin número de problemáticas que día a día deben enfrentar los individuos de una sociedad en constante transformación, ya sea política, económica o social; una sociedad cien por ciento dinámica, en donde hombres y mujeres están luchando por obtener más o nuevos espacios, en donde los jóvenes también están batallando para ser tomados en cuenta, buscando o creando una forma propia de expresión en un mundo que se rige por una moralidad doble y cambiante, en muchas ocasiones confusa. Puede observarse también cómo están surgiendo nuevos padecimientos físicos y mentales que exigen ser atendidos.

Todos estos matices y cambios provocan un ambiente difícil de entender y al cual es complicado adaptarse, debido a todo esto se considera vital el papel del psicólogo clínico como pieza clave no sólo en el tratamiento y atención de las problemáticas existentes o de las nuevas que vayan detectándose, sino también en la educación de la población para la prevención de este tipo de problemas.

En este contexto, es importante considerar que entre mejores psicólogos clínicos se formen, será mejor y más exitoso su desempeño laboral, ayudando así de manera más efectiva a todos aquellos que soliciten la ayuda psicológica y a la población en general.

Cabe señalar que la formación de buenos psicólogos no es suficiente para realizar esta titánica tarea, pues es imposible que el psicólogo clínico pueda hacer todo esto sólo, para ello es necesario que se organice con otros profesionales de la salud que también intervengan en la detección, solución y prevención de la problemática social; sólo así se logrará con éxito llegar a formar una sociedad más fuerte y sana mentalmente.

Cabe señalar que dentro de los trastornos que ocupan más al psicólogo clínico, se encuentran los trastornos del estado de ánimo que constituyen las alteraciones psíquicas más comunes en la población en general. Según datos de Golberg del 14% al 18% de la población general padece depresión y/o ansiedad clínicamente significativas, aunque sólo del 7% al 9% acuden a consultar a los médicos de atención primaria, que constituyen sin duda los primeros interlocutores del paciente ansioso o deprimido. Desgraciadamente, sólo son identificados correctamente del 3% al 4% de los casos (Ayuso y Saiz, 1997).

Tomando en cuenta los datos y estadísticas antes mencionadas, se encontró que dentro de los trastornos del estado de ánimo, la *depresión* juega un papel fundamental como enfermedad mental por sí misma o bien como componente de otros padecimientos de la misma índole.

Considerando esta situación se ha optado tomar como tema principal del presente trabajo el estudio de las implicaciones psicológicas de la depresión en usuarios del servicio de psicología del Centro Comunitario de Salud Mental

Cauhtémoc vinculado con las actividades desarrolladas durante el servicio social.

Este trabajo nace de las necesidades e inquietudes profesionales surgidas en el encuentro del ámbito laboral en el área de la psicología clínica como prestadora de servicio social dentro del "Centro Comunitario de Salud Mental Cauhtémoc"; en donde se realizaron las siguientes actividades:

- a. Atención a niños, adolescentes y adultos.
- b. Aplicación de pruebas psicométricas como Bender, WISC-RM, test de la figura humana, test de la familia, CAT, entre otros.
- c. Participación en taller de escuela para padres intra y extra muros.
- d. Asistencia a sesiones clínicas en donde se exponían en presencia de psiquiatras, psicólogos, trabajadoras sociales y enfermeras casos de los diferentes especialistas.

Con un carácter básicamente documental, esta investigación comienza por reflexionar en torno a los aspectos históricos, teóricos, causales, de clasificación, sintomatológicos y tratamiento de la depresión, como preámbulo para describir algunos casos clínicos que se atendieron durante el servicio social con usuarios del servicio de psicología del Centro Comunitario en mención.

En este marco, se analizará el papel del psicólogo clínico en la sociedad y la formación que este necesita para fungir como agente de transformación en el diagnóstico, tratamiento y prevención de este padecimiento que ha atacado a la humanidad y el cual no discrimina raza, edad, sexo, o nivel social ni económico.

En general, el objetivo principal es recuperar la experiencia lograda durante la intervención en el diagnóstico y tratamiento de pacientes con aparentes cuadros depresivos canalizados por el departamento de psiquiatría del Centro Comunitario de Salud Mental Cauhtémoc, incluyendo población infantil, juvenil y adulta.

Como objetivo particular, se pretende poner énfasis en la importancia del psicólogo clínico en el tratamiento de la depresión, en su papel como integrante de un equipo multidisciplinario que trabaja en los centros de atención a las enfermedades mentales.

Hablar de una hipótesis causal de la depresión rebasa las expectativas de esta investigación. Sin embargo, es posible considerar como eje orientador, que si se trabaja conjuntamente con un equipo multidisciplinario (psiquiatras, trabajadoras sociales y enfermeras), entonces se podrá brindar apoyo en el tratamiento de la depresión y mejorar así la calidad de vida de los pacientes que demanden el servicio.

En términos teórico-metodológicos, el presente trabajo se realizó a través de:

- La consulta bibliográfica
- Análisis y comparación de lecturas
- Exposición de casos clínicos atendidos durante el servicio social
- Propuestas para el mejoramiento en la formación de psicólogos clínicos

Cabe advertir que se ha optado por hacer referencia de manera preponderante a la obra de diversos autores españoles, toda vez que son el conjunto de especialistas en psicología que han realizado las aportaciones más significativas en el campo del estudio clínico de pacientes con depresión, por encima de los estudiosos de la escuela estadounidense, quienes se inclinan más por las cuestiones psiquiátricas (lo que significa medicación), por encima de las propuestas terapéuticas.

Es decir: ha sido desde la perspectiva psicológica y en concreto desde la Psicología clínica, donde se han formulado diversas propuestas teóricas para aclarar el problema del significado de la depresión, su sintomatología y formas de tratamiento, al tiempo que es la disciplina desde la cual se han dedicado mayores esfuerzos para ofrecer una explicación sistemática de la aparición y

persistencia del deterioro psicológico de los individuos. Esto obedece a que la salud y la enfermedad mentales son fenómenos que tienen lugar a un nivel individual aparentemente, sin embargo se convierten en fenómenos epidemiológicos, por ello es claro que es la Psicología la disciplina que con mayores garantías puede encarar la tarea de explicarlos.

Es importante advertir que la medicina, la Psicología y la psiquiatría no compiten entre sí, sino que se complementan. De hecho, en esta investigación se parte de la premisa de que es virtualmente imposible ofrecer una explicación cabal de la enfermedad mental sin recurrir a las herramientas y conceptos que la psicología ha puesto a disposición de los profesionales dedicados a dicho objeto de estudio.

Dada la amplitud de las escuelas y tendencias dentro de esta área de conocimiento, se ha optado por limitar nuestro foco de atención a los modelos conductuales y cognitivos, decisión en gran medida motivada por la notable importancia y preponderancia que estas dos vertientes han tenido, a partir de la década de 1960, en la psicología en general y en la psicología de la salud mental en particular. Además, dichos modelos han aportado explicaciones con un gran respaldo empírico y que a su vez suponen los cimientos para prácticas terapéuticas que han mostrado notable efectividad.

Lo que se expondrá a continuación tiene origen en lo adquirido teóricamente durante mi preparación en la carrera de psicología en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza y sobre todo en lo aprendido en la práctica clínica y de consultorio.

De esta manera, la lógica expositiva es la siguiente: en el capítulo I se intenta dotar de contenido al concepto depresión, presentando su evolución histórica, el significado que adquiere en esta investigación y los sujetos proclives a presentar cuadros depresivos.

El capítulo II se dedica a explorar las aportaciones que, desde un punto de vista psicológico, se han realizado para la comprensión de la salud mental, comenzando por los modelos teóricos generales procedentes de la psicología que se consideran fundamentales en el desarrollo de la psicología clínica; las tipologías que sobre la depresión presentan, su sintomatología y las terapias sugeridas.

Esta investigación no podría estar completa si no se presenta una reflexión sobre la situación de la depresión en México. Se ofrecen datos y estadísticas de trabajos de carácter académico e investigaciones de instituciones públicas sobre el tema, para contar con un panorama que permita ponderar la incidencia de este padecimiento entre la población mexicana.

El capítulo IV se dedica a la narración de casos de los pacientes con los que se tuvo oportunidad de trabajar durante la realización del servicio social.

Finalmente, es importante señalar que el interés en esta investigación surgió a partir de la trayectoria laboral de la sustentante, y principalmente por la oportunidad que se tuvo de colaborar en el Centro Comunitario de Salud Mental Cuauhtémoc. Adicionalmente, nos animó el interés por dar a conocer otro aspecto de desarrollo profesional que puede ser desempeñado con eficacia los psicólogos de nuestra comunidad universitaria y las deficiencias que deberán ser subsanadas en la formación de los profesionales dedicados a la salud mental de los individuos en México.

CAPITULO I

Desarrollo histórico y significado del concepto *depresión*

La depresión es uno de los más comunes y más serios problemas de la salud mental que enfrenta la gente hoy en día. Millones de personas en el mundo sobreviven en medio de la depresión. Ricos, pobres, ciudadanos, campesinos, hombres y mujeres, tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que la depresión se convertirá en el año 2020 en la segunda causa de incapacidad en el mundo, detrás de las enfermedades isquémicas (infartos, insuficiencia coronaria, accidente cerebrovascular) mientras que en el año 2000 ocupaba el cuarto lugar. De acuerdo a estudios realizados por la OMS, un estimado de 121 millones de personas actualmente sufren de depresión, de las cuales se estima que 5.8% son hombres y 9.5% son mujeres, mismos que experimentarán un episodio depresivo en cualquier año de sus vidas. Sin embargo, estas cifras pueden variar entre las diferentes poblaciones del mundo(OMS, 2001).

De ahí que desde los distintos estamentos sanitarios se esté potenciando la investigación para intentar atajar este trastorno mental, cuyo índice de prevalencia, lejos de disminuir, amenaza con incrementarse a medida que transcurra el siglo XXI.

1.1 Historia y evolución del concepto depresión

Para entender el concepto *depresión*, es pertinente hacer un breve recorrido histórico que permita comprender la evolución de este concepto como tal, para posteriormente adentrarnos en la discusión de los matices que presenta en la actualidad.

La depresión no es un fenómeno nuevo, siempre ha estado presente en el desarrollo de la humanidad. La palabra misma proviene del latín *deprimere* y significa hundimiento o abatimiento (Alonso Fernández, 1988). El Oxford English Dictionary agrega la idea de “hundir” como “presionar hacia abajo (Bar Din, 1989).

Este origen se relaciona directamente con la mayoría de las acepciones que se le han asignado al término “deprimir”. Tales significados, en uso desde el siglo XV, implican la idea de un “menoscabo en la condición o fortuna”. Del siglo XIX en adelante, la palabra “depresión” se aplicó en medicina para denotar una disminución en las funciones o potencias vitales, o bien para expresar la condición de “ánimo abatido” (Bar Din 1989).

La historia del término *depresión* comienza con el modelo humoral de la melancolía descrito por Hipócrates cinco siglos antes de Cristo, según el cual, “...un exceso de *bilis negra* actuaba sobre el cuerpo y el alma de los enfermos, produciendo un estado de tristeza y de abatimiento...” (Loo y Gallarda, 2001). Es decir, la reflexión del padecimiento que después será conocido con el nombre *depresión*, comienza a ser analizado desde la perspectiva de lo que posteriormente conoceremos como medicina.

Cabe advertir que a su vez, Hipócrates partió para sus reflexiones de la idea de los antiguos griegos en torno a que el hombre se componía de tres partes o estratos: el *nous* o inteligencia, el *preumation* o aliento vital y el *soma* o cuerpo. Así, lo que se hunde en la *deprimere* es el segundo elemento, el plano vital del ser humano (Alonso Fernández 1989).

Más adelante, Sorano de Efeso (100 d. C.) rechazó la teoría humoral y en cambio describió a la *melancolía* y la *manía* como enfermedades crónicas sin fiebre y las asociaba a lo que denominó *frenitis* o pérdida de la razón, padecimiento caracterizado por los siguientes síntomas: angustia mental, aflicción, silencio, animosidad hacia los miembros de la familia, a veces un deseo de vivir y otras un

deseo vehemente de morir, sospechas por parte del paciente de que se tramaba algo contra él, llanto sin razón, murmullos incomprensibles, y de nuevo, jovialidad ocasional; distensión precordíaca, sobre todo después de las comidas, frialdad en los miembros, sudor suave, dolor agudo en el esófago o el corazón, pesadez de cabeza, tez verdosa-negrucza o algo azulada, cuerpo delgado, debilidad, indigestión con eructos con mal olor, retortijones, vómitos a veces sin echar nada y otras con sustancias amarillas, rojizas o negruzcas, descargas similares por el ano (Quinet, 1997).

De acuerdo a Efeso, el tratamiento a seguir era lograr la relajación de todos estos síntomas, a los que denominó *estado de constricción*, estado físico que producía la sintomatología enunciada. Asimismo, proponía medidas psicológicas que se referían a un cambio en el ambiente inmediato del enfermo (Quinet, 1997).

Fue en el siglo II de nuestra era en que Galeno desarrolló una teoría de la enfermedad mental basada todavía en los supuestos humores, teoría que se mantuvo como doctrina hasta la Edad Media. De hecho, Galeno fue probablemente el primero que asoció la melancolía con un grado limitado de locura, al afirmar que quienes la padecían estaban abatidos, tristes y llenos de miedos. Dentro de los signos que Galeno consideraba primordiales para el diagnóstico, se incluían la reflexión sobre la idea que presentaban algunos enfermos de tener el don de la profecía e ideas suicidas; como rasgos físicos, enumeraba ojos saltones, labios adelgazados, oscurecimiento de la tez, crecimiento del vello y nombraba además dificultades de lenguaje (Jackson, 1989).

Así, Galeno concebía tres tipos de melancolía que serían los retomados por los autores de la Edad Media a saber: 1) enfermedad principalmente cerebral, con sólo un exceso local de bilis negra, 2) el cerebro sólo es afectado secundariamente y es toda la masa de la sangre la afectada, lo que produce el oscurecimiento de la piel. La dificultad aquí, estaba en el poder de atracción del

bazo, por lo cual la bilis negra prevalecía en todo el cuerpo, 3) en el otro tipo secundario, lo afectado era la región abdominal superior, con los consiguientes problemas digestivos y de flatulencias, habiendo inflamación en el estómago por lo que la evaporación atrabiliaria producía síntomas melancólicos en la mente debido a su ascensión al cerebro (Jackson, 1989).

Considerando a la melancolía como uno de los rasgos intrínsecos de la vejez, más común en los hombres que en las mujeres, Galeno sostuvo que el mucho pensar y la mucha tristeza producían melancolía. A partir de esta idea, logró diferenciar la *melancolía adusta* o *melancolía antinatural*, *cólera ardiente* y *bilis negra ardiente*, este nuevo tipo de melancolía se originaría en un factor no natural que afectaba al cuerpo, como por ejemplo la mala dieta o las pasiones inmoderadas y se produciría por un excesivo calentamiento de otros humores del cuerpo que producirían entonces la bilis negra (Jackson, 1989).

En el mismo siglo, Areteo de Capadocia formuló el cuadro más completo y moderno dentro del orden de la teoría humoral. Sugirió que la depresión era causada por factores únicamente psicológicos y que poco tenían que ver con la *atrabilis*, la *flema* o los demás humores; observó que la enfermedad recurría a pesar de las remisiones y que la recuperación de un episodio no aseguraba la cura; valorizó la importancia de las relaciones interpersonales en el curso de la enfermedad y describió a la *melancolía como una caída del espíritu* como única fantasía, sin fiebre, trastorno del entendimiento en que los melancólicos se ven llenos de tristeza y desesperación, pero no todos los afectados por las melancolías se veían afectados en la misma forma, sino que unos temían ser envenenados, otros huían al desierto por misantropía, o se volvían supersticiosos o adoptaban una postura de odio por la vida (Jackson, 1989).

Durante la Edad Media hubo un gran estancamiento en las ciencias, artes, la cultura y el conocimiento en general; así, el estudio de los trastornos mentales no fue la excepción. Sin embargo, sí se tiene registro de un padecimiento que podría

equipararse a la melancolía, denominada *acedia* o *taedium cordis* que parecía atacar a los monjes, aunque posteriormente también atacaría a los laicos. Así, la *acedia* era considerada como uno de los ocho vicios capitales que subyugaban al hombre, al ser relacionada con la pereza (Jackson, 1989).

Estas reflexiones darían paso a las formuladas por San Isidoro de Sevilla, quien propuso cuatro estadios derivados de la tristeza: el rencor, la pusilanimidad, la amargura, la desesperación; y seis de la *acedia* propiamente dicha: la ociosidad, la somnolencia, la indiscreción de la mente, el desasosiego del cuerpo, la inestabilidad, la verbosidad y la curiosidad. En este periodo, a menudo se confundían el humor depresivo y la influencia diabólica: la melancolía era fácilmente considerada como un castigo directo del pecado y se solicitaba el parecer de los eclesiásticos sobre el origen espiritual o satánico de la depresión (Jackson, 1989).

En el siglo XVII, Thomas Willis (1621-1675) desdeñó la teoría de los humores como etiología de la melancolía y, siguiendo los conocimientos de su época, atribuyó a las alteraciones químicas producidas en el cerebro y el corazón las causas de esta enfermedad. Menciona cuatro tipos de melancolías, de acuerdo a su origen: 1) por desorden inicial del cerebro; 2) derivada de los hipocondrios (bazo); 3) la que comprende todo el cuerpo y 4) la originada en el útero (Jackson, 1989).

Más tarde, al inicio del siglo XVIII, A. Pitcairn explicaba que el *desorden de la hidrodinámica de la sangre* afectaba el flujo de los espíritus animales de los nervios produciendo pensamientos desordenados y delirios de melancolía. Hacia la mitad del mismo siglo, los experimentos con la electricidad, generaron otras ideas sobre la fisiología para dar lugar a los conceptos de sensibilidad e irritabilidad, atracción, repulsión y transmisión. En esta misma época, William Cullen (1719-1790), asoció el concepto de carga y descarga en los cuerpos sometidos a la electricidad y lo aplicó al cerebro en el sentido de mayor o menor

energía (excitación y agotamiento) cerebral. Y se relacionó a la melancolía con un estado de menor energía cerebral, lo que en nuestros días se conoce con el nombre de *hipoergia* (Jackson, 1989).

En 1819 el alienista francés Jean Etienne Dominique Esquirol propone el uso del término *lipemanía*, para apartarse de las representaciones artísticas del término melancolía que predominaban en el siglo XIX. Así, Esquirol fue el primero en describir la lipemanía o melancolía como una verdadera entidad nosográfica (descripción y clasificación metódica de las enfermedades) (Jackson, 1989).

El término *depresión* fue introducido en 1854 en el lenguaje médico por el también alienista francés Jules Gabriel Francois Baillarger, para denotar literalmente un *descenso del nivel de los afectos* (Jackson, 1989).

Las observaciones de Esquirol y Baillarger influyeron en la concepción de Kraepelin, quien en 1896 acuñó el término algo impreciso de *locura maniaco depresiva*, término en el que incluía casos de depresión no circulares que hoy en día se diagnostican como *depresión mayor* o *distimia*, es decir, trastornos del estado de ánimo (Jackson, 1989), como veremos más adelante.

En 1896, Kraepelin revolucionó la psiquiatría al discriminar los elementos comunes entre la confusión de síndromes descritos individualmente y los consolidó en tres categorías principales: demencia precoz, parafrenia y psicosis maniaco-depresiva. Dentro de esta última, Kraepelin incluyó una variedad de desórdenes depresivos. Globalmente, distinguía cuatro subgrupos principales: estados depresivos, estados maníacos, estados mixtos y estados fundamentales, esto es, desórdenes del carácter experimentados, antes o en lugar de los ataques maniaco-depresivos (Jackson, 1989).

Si bien diversos estudiosos continuaban con sus estudios y propuestas, tal como Freud con el psicoanálisis y posteriormente Lacan con sus aportaciones en ese

mismo terreno, fue en los años 50 del siglo XX, cuando se registró una nueva aportación significativa al estudio de la depresión, cuando Jean Delay expuso una teoría sobre los trastornos del humor; de esta forma, la depresión fue relacionada con la perturbación de una función cerebral moduladora del humor, una especie de *termostato moral* (Loo y Gallarda, 2001).

Cabe advertir que, paralelo al desarrollo de la visión de la depresión desde el punto de vista médico, ya existía una amplia reflexión desde la perspectiva de la Psicología sobre este tema. No obstante, será a partir de la década de 1960 cuando surjan con fuerza las teorías cognitivas que, desde un punto de vista psicológico, paulatinamente comenzaron a adquirir preponderancia, al apartarse de las concepciones netamente médicas que predominaban en el estudio de la depresión, para adentrarse en lecturas desde la perspectiva general de la Psicología y en particular desde la perspectiva de la Psicología de la salud mental, a partir de tres visiones fundamentales: la Teoría Cognitiva de Aarón T. Beck; el modelo de indefensión aprendida de Martín Seligman y el modelo de creencias irracionales de Albert Ellis (Sánchez Moreno, 2002), de las que se profundizará más adelante.

1.2 Concepto contemporáneo de Depresión

Este recorrido histórico permite observar que, en principio, fue la perspectiva médica la que dio inicio al estudio del fenómeno que hoy conocemos como *depresión*, concepto que por sí mismo, es amplio y actualmente adquiere diversos significados e interpretaciones, según los diferentes campos en que se la estudie, lo que a veces puede prestarse a confusiones.

Por ejemplo, para el neurofísico, la depresión es cualquier disminución de la actividad electrofisiológica, la cual es posible captar mediante encefalogramas. Para el psicofarmacólogo, la depresión se refiere a la acción de fármacos que disminuyen la actividad del órgano afectado, como en el caso de los depresores

del Sistema Nervioso Central (SNC) tal como los anestésicos barbitúricos u otros medicamentos.

Para el médico psiquiatra se trata, en general, de una amplia gama de cambios en los estados afectivos que van desde lo que se estima como casi normal en la vida cotidiana hasta el grave cuadro llamado melancolía. Desde el punto de vista médico, cuya perspectiva más moderna proviene de la escuela psiquiátrica norteamericana, existen reticencias en cuanto a hablar de “enfermedades depresivas”, habiéndose acostumbrado a utilizar la vaga noción de “perturbaciones mentales”.

La definición clásicamente admitida en el plano médico es la de una modificación patológica de la variedad normal del humor, que es la tristeza. Bajo esta lógica, la *tristeza depresiva* se distingue de la tristeza reaccional por su duración y su capacidad de infiltrarse en el conjunto de la vida mental y repercutir sobre todo en el comportamiento. Rompe claramente con la vida emocional habitual del sujeto. A menudo es incontrolable y poco accesible al razonamiento o al consuelo de quienes rodean al sujeto deprimido. En caso extremo puede ser un estado de dolor moral (denominada *hipertimia dolorosa*) con la que frecuentemente sobrevienen crisis de llanto sin ningún motivo o a la inversa, el sujeto ya no es capaz de llorar, aunque sienta la necesidad de hacerlo (Loo y Gallarda, 2001).

En contraste, representantes de la escuela europea de psiquiatría y psicología como Francisco Alonso Fernández amplían la discusión más allá de los parámetros médicos y consideran a la depresión como una enfermedad social en ciertos aspectos: “...*la intervención etiológica frecuente de los factores sociales y la repercusión comunitaria de la depresión como fuente de malestar y agresividad, constituyen los elementos sociales más universales de la depresión, de los que dan cumplida cuenta los estudios etiológicos y semiológicos de la depresión, respectivamente*” (Alonso Fernández, 1988).

1.3 El concepto depresión desde la perspectiva psicológica

Es desde la perspectiva psicológica donde se han formulado diversas propuestas teóricas para aclarar el problema del significado de la depresión, su sintomatología y formas de tratamiento, las cuales serán materia de los siguientes apartados.

A diferencia de la psiquiatría, que ubica el origen de la depresión en problemas bioquímicos del individuo (Lamoglia, 2005), para la psicología, la depresión es parte del conjunto de enfermedades mentales que provoca la disminución de las funciones cognitiva, perceptiva y/o motora en el individuo (Sobre-Casas, 1997). Asimismo, diversos autores coinciden en que la depresión es la más conocida de las dolencias mentales, además de ubicarla como una enfermedad grave, toda vez que conlleva la posibilidad del suicidio (Ustûn, 2001).

La Organización Mundial de la Salud define a la depresión como:

“...un desorden mental común, caracterizado por tristeza, pérdida de interés en las actividades y por disminución de la energía. La depresión se diferencia de los cambios normales de ánimo por la extensión de su ocurrencia, los síntomas y la duración del desorden. El suicidio permanece como una de las más comunes e inevitables consecuencias de la depresión. Si episodios depresivos alternan con exagerada exaltación o irritabilidad, se les conoce como “desorden bipolar”. Desordenes depresivos y esquizofrenia son responsables del 60% de todos los suicidios. Los casos de depresión pueden variar. Factores psicosociales como condiciones de vida adversas pueden influenciar la aparición y persistencia de episodios depresivos. Factores genéticos y biológicos pueden también formar parte de estos cuadros depresivos...”(OMS, 2001).

Entre los autores consultados sobre el tema, en este trabajo de investigación destacamos la aportación de Ustûn, quien habla de manifestación de *trastornos depresivos*, entendidos como trastornos del estado de ánimo, los cuales considera se acompañan de cambios biológicos, conductuales y cognitivos (Ustûn, 2001).

Para Ayuso y Saiz (1997), la depresión es un trastorno afectivo que varía desde: bajas transitorias del estado de ánimo que son características de la vida misma,

hasta el síndrome clínico, de gravedad y duración importante con signos y síntomas asociados, marcadamente distintos a la normalidad.

Desde la perspectiva de estos autores, la depresión es una enfermedad tratable, al igual que la diabetes o la hipertensión. Asimismo, cuestionan a los especialistas de la escuela médica psiquiátrica norteamericana que consideran erróneamente que la depresión es normal en personas mayores, adolescentes, mujeres menopáusicas, madres primerizas o en personas que padecen enfermedades crónicas. Para Ayuso y Saiz, no importa la edad, el sexo o la situación de la vida, toda vez que la depresión nunca es algo normal. Cualquier persona que experimente síntomas depresivos debe ser diagnosticada y tratada para revertir su condición (Ayuso y Saiz, 1997).

Por su parte, Loo y Gallarda (2001) afirman que la depresión es una *enfermedad*. Sustentan el carácter patológico de la depresión a partir de lo que consideran rupturas con el estado anterior en que se encontraba el individuo, rupturas a partir de las cuales ya nada es igual a como era antes.

Esta idea de la depresión como enfermedad es compartida por Puchol Esparza (2003), quien la considera una *enfermedad grave* y potencialmente letal que afecta al cuerpo, a la mente y al alma de la persona que queda atrapada bajo su influencia. Interfiere negativa y significativamente con la forma en que un individuo se relaciona con el mundo, en la forma que tiene de relacionarse consigo mismo, con su círculo social más próximo y en la forma en cómo interpreta su ambiente natural y los acontecimientos que le rodean.

Para Puchol Esparza, la depresión es un estado cualitativamente diferente de la tristeza ocasional o de un estado de ánimo 'decaído' de carácter transitorio y no patológico. Es un término que se utiliza inapropiadamente y con excesiva frecuencia, lo que provoca que sea malinterpretado habitualmente por parte de la

mayoría de las personas. A juicio de Puchol, las creencias erróneas y los falsos mitos abundan sobre este tópico.

Bretón (1998) introduce un matiz al hablar de *depresión clínica*, a la que define como “una enfermedad médica tratable” (en este punto coincide con Ayuso y Saiz al considerar que es una "enfermedad tratable"), igual que la diabetes o la tensión alta. Cuestiona el hecho de que diversos especialistas, principalmente de la escuela psiquiátrica norteamericana crean erróneamente que la depresión es "normal" en personas mayores, adolescentes, madres primerizas, mujeres menopáusicas o en personas con enfermedades crónicas. A su juicio, la depresión clínica nunca es "normal," no importa la edad o situación de la vida en la que se encuentren los individuos.

Para Sánchez Moreno (2002), *depresión* es netamente un término psicológico, que no obstante forma parte del vocabulario habitual cuando se quiere comunicar que estamos muy tristes. Sin embargo, pone énfasis en que desde el punto de vista clínico, dicha expresión da nombre, al menos, a tres niveles de significación: como síndrome, como síntoma o como categoría diagnóstica.

La primera acepción hace referencia a un *estado de ánimo abatido*. La segunda acepción hace referencia a la depresión como síntoma y se encuentra en la vida cotidiana de muchas personas. El tercer concepto de *depresión* es como *cuadro clínico*. Como tal, se define a un grupo de síntomas que incluyen, además del estado triste, otras manifestaciones. La depresión también da nombre a un *grupo de síntomas clínicos* que aparecen simultáneamente, como son: apatía, tristeza, anhedonia, falta de apetito. Como síndrome, la depresión también forma parte de otros cuadros diagnósticos principales (por ejemplo, Trastornos de Ansiedad).

Por lo tanto, Sánchez Moreno (2002) considera que al hablar de depresión, deberá entenderse que es un *cuadro clínico* denominado *Trastorno Depresivo Mayor*,

dentro de los Trastornos Depresivos, que, a su vez, queda incluido en una categoría más general denominada Trastornos del Estado de Ánimo.

En contraste, y tomando como premisa el hecho de que la tristeza es una *emoción* que tiene su origen en la pérdida de algo querido y una *función* para pedir ayuda, García Higuera (2004) considera que la depresión más que una enfermedad, es un *problema de aprendizaje manejable*. Este autor puntualiza que esto no significa que no pueda haber alguna vez que se dé una depresión debida a una enfermedad que provoque un desequilibrio en los neurotransmisores sin que se dé un cambio en el contexto social. A su juicio, también es cierto que, cuando ha aparecido una depresión, el contexto social cambia, fundamentalmente por los cambios en el comportamiento de la persona.

Yost y Beutler (1991), psicólogos-investigadores adscritos al Departamento de Salud, Educación y Bienestar del Departamento de Enfermería de la Universidad de Arizona, Estados Unidos, describen su experiencia en la aplicación de terapia cognoscitiva para tratar a pacientes adultos en edad avanzada con depresión, lo que les permite considerarla como un *trastorno grave*, principalmente entre adultos de edad avanzada.

En el mismo terreno del tratamiento de adultos de edad avanzada con depresión, Loo y Gallarda (2001) consideran que en la vida contemporánea, los síntomas depresivos aparecen más a menudo y se vuelven más crónicos al avanzar la edad, lo que conlleva el aumento de dificultades para los pacientes, con síntomas tales como sentimientos de soledad, aislamiento, desvalorización social, aparición de enfermedades físicas dolorosas o invalidantes, patologías degenerativas cerebrales, entre otras manifestaciones.

Para formular una definición, Luis F. Sobre-Casas comienza por precisar que existen diferencias cuando se habla de *tristeza*, a la que identifica cuando se trata a un individuo que presenta un estado psíquico que no se aleja demasiado de lo

normal, que es diferente a la *disforia* en lo sintomático y a la *melancolía* en los cuadros clínicos graves.

Considerando lo anterior, Sobre-Casas (1997) define a la depresión como “...un *estado patológico* producto de una mayor o menor exaltación afectiva de carácter triste y angustioso que se acompaña de cierto grado de disminución de la actividad motriz...”

En sus estudios en el campo de la depresión de las mujeres, Anne Bar Din (1989) considera que el término depresión describe toda la gama de emociones, desde una leve fatiga hasta sentimientos de desesperación profundos, por lo que propone el uso del término para denotar “...*problemas inherentes a las relaciones individuales con los objetos significativos...*”

Daniel Millas (1997) apunta que desde la perspectiva del psicoanálisis, la depresión no designa una entidad propia que pueda ser entendida por fuera de una estructura clínica determinada, ya sea por el retorno de un goce mortificante, en el caso de la melancolía, o la pérdida de autoestima ligado a los avatares del superyo en la neurosis. Lo que establece su orientación es considerar la cuestión del goce de los síntomas en función de las condiciones que el lenguaje impone al individuo, esto es, la forma en que el individuo expresa sus propios síntomas al momento de reconocerlos e intentar buscar ayuda.

Por su parte, Alonso Fernández considera que la depresión no es un trastorno psíquico puro, sino *psicofísico*, puesto que engloba rasgos psicopatológicos y alteraciones somáticas. Asimismo, pondera el hecho de que en las depresiones psicofísicas se presentan cuadros depresivos integrados sólo por sintomatología psíquica (*depresión psicotropa*) y en menor proporción otros dominados por los síntomas somáticos (*depresión somatotropa*).

En el transcurso de su exposición, Alonso Fernández (1988) cuestiona el modelo estadounidense para evaluar la presencia de depresión en los individuos, toda vez que el cuadro clínico de esta dolencia se organiza en forma de un trastorno del ánimo, como un humor o ánimo depresivo. Por ello, la escuela oficial de este país contempla la depresión como un trastorno afectivo o anímico y su diagnóstico sólo es verificado cuando puede comprobarse la existencia de un estado de ánimo depresivo suficientemente consolidado. A su juicio, esto es un error, ya que plantea la idea de la depresión como un trastorno afectivo o del ánimo, cuando en realidad las raíces de la depresión son más profundas y amplias y se ubican en las *funciones de la vitalidad*.

Por tanto, para Alonso Fernández (1988) en la determinación de la depresión intervienen sucesivamente dos planos; la causalidad fundamental, distribuida en cuatro apartados: herencia, ansiedad neurótica, situación en la vida del individuo y trastorno corporal; y a continuación, "...la causalidad inmediata o patógena de índole neuroquímica, rematada con la aparición del *cuadro clínico depresivo...*", definido como "...un conjunto de *síntomas* (rasgos subjetivos) y *signos* (rasgos objetivos) un tanto heterogéneos y abigarrados, variable de unos enfermos a otros...". Así, considera el autor que la perspectiva clínica y el sentido didáctico coinciden en exigir una ordenación sistemática de esta amplia colección de rasgos depresivos.

En síntesis, podemos observar cuatro perspectivas desde las cuales se puede definir a la depresión:

1. La depresión como *estado de ánimo, afecto, sentimiento o emoción*. Es algo que impregna la experiencia humana normal tiñéndola de tristeza, decepción, frustración y otras manifestaciones afines. Para delimitar lo anormal de lo normal es necesario tratar de entender la naturaleza y la función de la depresión como mecanismo adaptativo y de señal o alerta.

2. La depresión como *síntoma*. En estos casos, la depresión es un síntoma más que un trastorno afectivo que acompaña a otros estados patológicos, ya sean psiquiátricos o no: esquizofrenia, alcoholismo, por ejemplo o enfermedades de patología endocrina o viral.

3. La depresión como *síndrome*. A juicio de Sobre-Casas (1997), son conocidos los múltiples síntomas que conforman el síndrome depresivo, es decir la enfermedad depresiva: cambios afectivos displacenteros anormales persistentes, asociados con sentimientos de desvalorización, culpa, desamparo y desesperación, ansiedad, llanto, tendencias suicidas, pérdida de interés por el trabajo y otras actividades, disminución de la capacidad para llevar a cabo diligencias sociales cotidianas e hipocondría acompañada de alteraciones orgánicas, como anorexia, disminución del peso, retardo o inhibición psicomotriz, cefaleas y otros trastornos orgánicos.

4. La depresión como *forma clínica*. Esto significa que puede existir el predominio de unos síntomas sobre otros, identificados como la forma simple; la forma ansiosa, la cual se presenta con intranquilidad, movimiento permanente, llanto, angustia, desesperación, a veces con crisis paroxísticas, puede haber una cierta incoherencia y desorientación como consecuencia de la exaltación afectiva; la forma estuporosa, misma que aparece generalmente después de un periodo de evolución de las otras formas ya descritas. El paciente se encuentra en inmovilidad total, no habla, no gesticula, no se alimenta, no reacciona ante los estímulos externos.

En principio y para los fines de este reporte de investigación, podemos considerar a la depresión como uno de los padecimientos mentales más extendidos en el mundo. Todos tenemos a alguien cercano afectado por ella, o que la sufre con regularidad o que le regresa a intervalos casi regulares.

De lo anterior se podría concluir que la depresión no es un trastorno unilateral, por el contrario es un *padecimiento multifactorial* en el que intervienen aspectos de tipo físico, biológico, psicológico, ambiental, social, etc; en el cual pueden combinarse de distinta forma cada uno de estos factores para provocar este fenómeno que consideraremos desde este momento como *enfermedad mental*, la cual se manifiesta a través de diversos factores: un estado de tristeza permanente, trastornos del estado de ánimo, los cuales se acompañan de cambios biológicos, conductuales y cognitivos.

De esta forma, en esta investigación entenderemos por *depresión al proceso que supone un gran deterioro para el individuo, tanto en el nivel individual (físico-biológico), como en cuanto a su funcionamiento social (conductual) y en cuanto al conocimiento u opinión que de sí mismo tenga (cognición).*

Es decir: la depresión interfiere negativa y significativamente con la forma en que los individuos que la padecen se relacionan con el mundo, en la forma que tienen de relacionarse consigo mismos, con su círculo social más próximo y en la forma en cómo interpretan su ambiente natural y los acontecimientos que les rodean.

1.4 Causas de la depresión

No existe una idea clara y definitiva sobre la causa de los trastornos del estado de ánimo. No se puede hablar tampoco de un origen único de las depresiones, lo mismo que se sabe que no existe un único tipo de depresión.

Incluso, desde siempre los especialistas han hablado de *depresiones exógenas* o reactivas y *depresiones endógenas*, dando a entender que había depresiones motivadas principalmente por factores externos -las exógenas- y depresiones que estaban más determinadas por la constitución misma de la persona, y aparentemente no tenían desencadenantes externos -las endógenas- (Loo y Gallarda, 2001).

Por ahora, es pertinente reflexionar en torno a que, con el paso del tiempo, se ha reconocido que no se puede aplicar un modelo explicativo único que aclare completamente el origen de un trastorno depresivo, observándose que estos modelos se han de integrar entre sí y no son excluyentes entre ellos.

En general, se puede decir que existe una mayor o menor predisposición a padecer un trastorno depresivo ante unos desencadenantes de mayor o menor magnitud. Según la persona, uno o varios factores de *vulnerabilidad* de base se combinarían de una determinada manera y frente a una o varias circunstancias, en un determinado momento del curso de la vida, las cuales desembocarían en una depresión.

El concepto de *vulnerabilidad* hace referencia a los factores biológicos, psicológicos y sociales, que están presentes de forma continuada y facilitan o predisponen al desarrollo de la enfermedad (Alonso Fernández, 1988). Dentro de los factores desencadenantes encontramos dos grandes grupos los psicosociales que a continuación se describen y los biológicos que se verán en el siguiente capítulo.

1.4.1 Los factores psicosociales

Se ha implicado a las circunstancias externas potencialmente productoras de estrés (los llamados *acontecimientos vitales*) como factores precipitantes de los trastornos afectivos. Estos acontecimientos vitales, al recaer sobre un individuo que ya tiene una vulnerabilidad de base, desencadenarían el inicio de una depresión. Se piensa que los pacientes deprimidos experimentan más acontecimientos vitales en los meses que preceden al comienzo de los síntomas.

Los acontecimientos vitales más potentes para precipitar una depresión serían aquellos no deseados, no controlables, inesperados, y que suponen una amenaza o peligro importante para el sujeto; entre ellos, los acontecimientos que suponen

una pérdida para el individuo (muerte del cónyuge o un familiar próximo, divorcio o separación, jubilación o pérdida de empleo, abandono del hogar por parte de algún miembro de la familia) son los más claramente asociados al inicio de un trastorno depresivo.

Existen también situaciones estresantes crónicas que requieren un gran esfuerzo del individuo para afrontarlas, y también podrían relacionarse con el inicio de la depresión. Esto se debe a que hay pasos intermedios entre el acontecimiento vital estresante y la elaboración de respuestas psicobiológicas por parte del organismo, en el que intervienen procesos de pensamiento y *estrategias de afrontamiento* para enfrentarse al estresor.

Las *estrategias de afrontamiento* son aquellos esfuerzos en el ámbito de pensamiento y de conducta que la persona desarrolla para hacer frente a situaciones externas y/o internas que desbordan los recursos de los que se dispone habitualmente y exigen un sobreesfuerzo para manejarlas. Son estrategias para hacer frente a situaciones imprevistas, problemas, sin llegar a sentirse desbordado y poder mantener la sensación de control de las situaciones (Loo y Gallarda 2001).

En general los pacientes depresivos muestran más dificultad en tomar decisiones y mayor utilización de las reacciones emocionales para resolver problemas y enfrentarse a situaciones difíciles. Se describen dos tipos generales de comportamiento: uno centrado en conductas orientadas a resolver problemas concretos; otro que incluye comportamientos y pensamientos centrados en el ánimo producido por los acontecimientos vitales (Ustûn 2001).

Se ha observado que las personas que desarrollan estrategias activas y centradas en resolver problemas presentan menos niveles de ansiedad y depresión tras un estresor, tanto a corto como a largo plazo. Por el contrario, los sujetos que están centrados en sus emociones negativas no utilizan actividades placenteras para

distraerse de sus emociones, no emplean estrategias estructuradas para resolver el problema y presentan un alto riesgo de episodios depresivos graves y prolongados.

Lo anterior se complementa con lo que se ha dado en denominar *Apoyo social*, entendida como la percepción que tiene el sujeto de la existencia de relaciones con un significado de soporte emocional, informacional y material. Varios estudios han mostrado que la ausencia de una persona confidente constituye un factor de vulnerabilidad para la depresión. El apoyo social puede ser un factor moderador del estrés. La falta de apoyo social puede exacerbar los efectos de los acontecimientos vitales y del estrés (Puchol Esparza 2003).

Lo anteriormente expuesto permite observar que existen muchas posibles causas de la depresión y, sin duda, existen probablemente muchos factores predisponentes y desencadenantes para una enfermedad que, como esta, es tan variada. Pero algunos de ellos tienen un papel causal muy importante y comprobado, no sólo en la especie humana, sino también en los animales superiores.

En muchos casos, se puede comprobar que la depresión está precedida por un periodo de *impactos* y *estrés* demasiado intenso, duradero y/o repetido; en otros casos, los menos, no se ha podido comprobar, lo cual no significa que no exista, quizás indirecta o mediatizadamente, proviniendo de niveles distintos a las emociones conscientes.

Estos impactos estresadores pueden ocurrir en cualquiera de los biontes y planos de manifestación, aunque los más vulneradores suelen ocurrir en los individuos y sus familias, así como en los planos instintivo-emocionales. En cualquier caso, el verdadero «derrumbe» depresivo se produce cuando el cuerpo intelectual y teologal del individuo ha sido por fin bloqueado.

Los impactos estresadores suelen provenir de pérdidas, miedos, frustraciones instintivas y, en general, choques emocionales ante los que el individuo cree que nada se puede hacer.

Los científicos nos aseguran que, para el individuo con vulnerabilidad promedio, más de 50 días de estrés continuado en el adulto desembocan indefectiblemente en trastornos emocionales primero, alteraciones del sueño después y depresión más o menos profunda finalmente. Sin embargo, se observa un aumento claro de depresiones y suicidios en individuos aparentemente bien gratificados y sin traumas como pueden ser los adolescentes y “jóvenes de oro” de Estados Unidos, o las poblaciones super-aseguradas por el “estado del bienestar” de, por ejemplo, los ricos y cultos países escandinavos.

Esto indica que el verdadero *quid* generador primero de la depresión pueden no ser los *traumas estresadores repetidos*, por más que éstos sean los desencadenantes más frecuentes y visibles, sino algo mucho más central y sutil. Es aquí cuando los estudios sobre los efectos de la *indefensión* como bloqueadora del cuerpo causal (teologal) del individuo, cobran su enorme importancia etiológica, como engendrados de la depresión.

Cuando no tenemos un mínimo control sobre los acontecimientos o, mejor dicho, cuando no *creemos que* (confianza) *podemos llegar a tener* (esperanza) un control sobre ellos, entonces abandonamos toda *pretensión* (volición), nos deprimimos, enfermamos e, incluso, podemos llegar a morir. La indefensión nos deprime justamente porque acaba rompiéndonos la fe, la esperanza y el amor, esas tres *virtudes* (fuerzas) *teologales* que los antiguos colocaron en la cúspide de todos nuestros motores morales (García Higuera 2004).

Como se mencionó anteriormente, la depresión es un extremo de la falla en los mecanismos de estrés. Cuando reaccionamos ante situaciones estresantes tenemos un estado de exceso de actividad, nuestro corazón va más de prisa

(taquicardia), estamos con mayor riesgo sanguíneo al cerebro y músculos y nuestras pupilas están dilatadas. Pero esta situación, que en general se presenta de manera aguda se va atenuando, en la medida que la situación que nos induce estrés va disminuyendo. Pero si el estrés persiste de manera continua, o eventualmente se agregan otros estímulos estresantes, entonces el sistema decae y se produce la depresión.

Existen modelos animales que sustentan lo anterior al menos en algunos casos; el principal de estos modelos se conoce como " aprendizaje sin esperanza o aprendizaje desesperado". En este modelo se utilizaron ratas de laboratorio, las cuales se colocaban en cajas de dos compartimientos. Un compartimiento tenía un foco y el otro no, además el compartimiento con el foco tenía un piso por el que se podía pasar corriente eléctrica. Ambos espacios estaban comunicados por un agujero por donde pasaba fácilmente el animal. El animal comprendía que cuando se prendía el foco, a los pocos segundos pasaba una corriente eléctrica en el piso. El animal aprendía a escapar del espacio iluminado al oscuro, en donde no recibía carga eléctrica.

Cuando este proceso se repetía una serie de veces, ya no era necesario el impulso eléctrico, bastaba solo que se encendiera el foco, para que la rata pasara al otro extremo de la caja (el compartimiento seguro). Se había creado así un condicionamiento clásico pavloviano. El animal se seguía comportando sin cambios notorios. Sin embargo en la segunda parte del experimento, se cerraba el agujero, y se volvía a acoplar la maniobra de encender el foco, con el choque eléctrico. Entonces, al no poder escapar de un estímulo nocivo que se presentaba después de encendido el foco, la rata desarrollaba una serie de conductas, que podrían llamarse depresivas. Dejaba de comer, no se acicalaba, había erección del pelo, baja de peso, poca interacción social; lo más interesante de este modelo es que se revertía cuando se trataba con los medicamentos que llamamos antidepresivos (Puchol Esparza 2003).

Este tipo de experimentos fueron derivados de un hallazgo que Martin Seligman y Meier realizaron en 1967, quienes lo descubrieron por casualidad cuando trabajaban con condicionamiento clásico con perros. Un grupo de perros, a los que llamaron de escape, recibían un estímulo eléctrico en las patas, al mover su cabeza en alguna de las direcciones, cortaban el choque eléctrico. Otro grupo de animales, que ellos llamaron controles, estaban sujetos al mismo modelo experimental, solo que al mover la cabeza, no los libraba del choque, este terminaba, según hubiere sido programada. Un día después cuando los animales fueron sometidos a la misma prueba, Seligman y Meier, observaron que el grupo control era el más interesante, pues un porcentaje importante de animales, no hacían ningún esfuerzo para escapar del choque, es decir se daban por vencidos (Sánchez Moreno 2002).

En la investigación de la depresión y sus mecanismos, se ha tenido que tomar mano de diversos recursos. Harlow y sus colegas (1973), observaron cuál era el comportamiento de simios pequeños, cuando éstos eran separados tempranamente de sus madres, también cuando éstos eran colocados con madres sustitutas, las cuales resultaban ser monas de alambre o monas de alambre cubiertas con algún material suave como la felpa. Si se ponía el biberón en la mona de alambre, el bebé chango, iba, se nutría y luego regresaba con la mona de felpa. Si la mona de felpa era la que tenía el biberón, el bebé chango no se separaba de ella. En todos los casos en mayor o menor grado los bebés changos, presentaban conductas características, en donde por ejemplo, se mecían sobre sus patas, se abrazaban a sí mismos, y sobre todo, tenían muchas dificultades para interactuar con el resto de sus congéneres (Sanderson y McGinn, 2001).

Esta situación, sin embargo se podía revertir, si se le introducía al changuito deprimido, otro simio de su misma edad aproximadamente, que tuviera un comportamiento normal, a este nuevo animal se le llamó el terapeuta. La otra situación igualmente interesante, fue que el bebé mono, fuera adoptado por una nodriza de entre los simios. Este último hecho hizo especular a los etólogos, que

quizás alguna de las funciones de la depresión en los animales, fuera el de un tipo de señal, es decir, como un tipo de lenguaje, que en el caso de los bebés, indicaría que se han quedado huérfanos y que esta señal llevará a fenómenos como la adopción, o lactancia, y a fin de cuentas a aumentar las posibilidades de sobre vivencia de las crías, mediante esta serie de hechos altruistas (Sanderson y McGinn, 2001).

Este tipo de conductas observadas en los simios, bien pudieran estar en la base del desarrollo de nuestros orfanatos, sitios en donde Rene Spitz (Sanderson y McGinn, 2001) describió una alteración que observó en los niños crónicamente hospitalizados, y que él denominó depresión *anaclítica*.

Uno de los signos tempranos de esta alteración consiste en la conducta de mecerse, mientras los niños se abrazan a sí mismos. Estos niños, fueron estudiados posteriormente en un contexto de los cambios en su desarrollo, ya que resultaba, que ellos crecían menos, que sus contemporáneos en hogares comunes. Los niños con depresión *anaclítica*, se encontraban siempre por debajo del resto de sus congéneres. Cuando se midió una de las hormonas que regulan nuestro crecimiento, se observó que estos niños tenían niveles por debajo de lo normal de esta hormona, lo cual explica la desaceleración tan importante en su crecimiento. Estas observaciones, fueron rematadas por el hecho de que estos niños recuperaban su peso y tamaño, al ser adoptados, y no sólo eso, sino que recuperaban la cantidad de secreción de la hormona del crecimiento (Sanderson y McGinn, 2001).

Este tipo de trabajo nos indica que hay vías recíprocas entre nuestro ambiente y nuestra biología, modificando un extremo, modificamos el otro. La crianza, los aspectos de la relación con nuestros padres, y de ellos para nosotros, es el otro aspecto que puede crearnos cierta vulnerabilidad para el desarrollo de depresión en etapas posteriores de nuestra vida. El modelo de los monos de Harlow, también podría explicar el que una mala calidad en la relación entre los padres, o

aún la ausencia real o simbólica de alguno de ellos o de los dos, pueda llevar a una modificación en nuestra respuesta a eventos estresantes, y a una facilidad para el desarrollo de cuadros depresivos. Se ha propuesto que la pérdida de un padre antes de los 10 años conlleva a una mayor vulnerabilidad para el desarrollo de depresión (Millas Daniel 1997).

Esto último nos ofrece la pauta para reflexionar en torno al hecho de que si bien todos los seres humanos son proclives a la depresión, existen diferencias entre algunos de acuerdo al sexo y periodo de la vida en que se encuentran, lo que hace a unos sujetos más proclives a la depresión que otros.

1.5 Teorías y terapias para explicar y tratar la depresión

Si bien desde la perspectiva médica y psiquiátrica se han realizado importantes aportaciones al estudio de la depresión, es la Psicología la disciplina que mayores esfuerzos ha dedicado a la tarea nada sencilla de ofrecer explicaciones sistemáticas sobre este padecimiento. Esto obedece al hecho de que la Psicología siempre ha buscado metodologías para intervenir de manera eficaz en la búsqueda de soluciones para los padecimientos mentales de los individuos, antes que impulsar la prescripción de medicamentos para este mismo fin.

Partiendo de esta premisa, los siguientes apartados se dedican a exponer las aportaciones que, desde el punto de vista psicológico, se han realizado para entender la depresión.

1.5.1 La teoría conductual

Desde esta perspectiva, la depresión se debe a una falta de refuerzos así como la falta de control de contingencias, hace que el que la padece no actúe. Debido a la inactividad, el deprimido no encuentra refuerzos en la sociedad y en consecuencia la depresión se perpetúa.

Según esta teoría el tratamiento consiste en una programación de actividades que comienzan a dar al sujeto los refuerzos que necesita. Una vez que comienza se

establece una realimentación positiva. Uno de los problemas que plantea el depresivo es que dice que no tiene fuerzas para hacer nada, que cuando se le cure la depresión y se sienta bien es cuando saldrá y hará las cosas que le apetecen. Se trata de plantearle lo contrario, cuando te mueves te refuerzas y te sentirás bien y con más ganas de seguir (García Higuera 2004).

Desde la perspectiva conductual, se interviene en el diseño de un plan de actividades que resulten gratificantes para el sujeto, empezando por aquella que le ocasiona menor esfuerzo realizarla. De esta forma, se estimula al depresivo a que realice algún tipo de actividad, aunque ésta sea sedentaria como leer o escuchar música (Sánchez Moreno, 2002).

1.5.2 Indefensión aprendida y depresión

La Teoría de Indefensión aprendida, impulsada por los estudios de Seligman efectuados entre 1975 y 1981, convierte en central la noción de *control* en su explicación de la depresión, donde la exposición del individuo a situaciones incontrolables da lugar a la indefensión.

El eje central de la teoría de indefensión es el hecho de que al enfrentarse a un acontecimiento incontrolable, las personas y los animales aprenden que este acontecimiento es independiente de sus respuestas, lo que les lleva a una situación de indefensión aprendida, que a su vez genera consecuencias en tres planos:

- a) Motivacional. Las consecuencias motivacionales implican una reducción en la iniciación de conductas voluntarias. Dado que los resultados son independientes de las respuestas, el organismo reduce su motivación para realizarlas.
- b) Cognitivo. En el plano cognitivo, la indefensión dificulta el aprendizaje posterior. Aprender que un resultado es independiente de una respuesta dificulta el posterior aprendizaje de que esa respuesta produce ese resultado.

- c) Emocional. En cuanto a las perturbaciones emocionales, nos encontramos con dos momentos: en el primero, el acontecimiento traumático puede generar miedo y ansiedad. Si el sujeto puede controlar el trauma, el miedo y la ansiedad desaparecerán. Pero si el sujeto aprende que no puede controlar el trauma, el miedo será sustituido por la depresión (Sánchez Moreno 2002).

A partir de los estudios de Seligman, Abramson, en 1989, propuso la denominada Teoría de la Desesperanza, la cual orienta la atención al hecho de que cuando las personas con un estilo de pensamiento inferencial depresógeno, definido como la tendencia a atribuir los acontecimientos vitales negativos a causas estables (duraderas) y globales (amplias), se enfrentan a un acontecimiento negativo son vulnerables al desarrollo de una depresión porque infieren que:

- i) el acontecimiento negativo actual comportará consecuencias negativas y
- ii) la incidencia de un acontecimiento vital negativo significa que son defectuosos o inútiles en los aspectos más fundamentales de su forma de ser (Sanderson y McGinn, 2001)

1.5.3 Terapia Conductual

Desde las teorías del aprendizaje se han esbozado diferentes hipótesis explicativas de la conducta depresiva.

Desde el modelo Socioambiental se ha hecho hincapié en la pérdida que sufre el paciente depresivo de su ambiente gratificante. Para Fester (1973) las conductas depresivas son una consecuencia directa de la disminución de comportamientos positivamente reforzados (Tomado de Sánchez Moreno 2002). La frecuencia de reforzamiento puede verse reducida por tres factores:

- a) Porque ha habido un debilitamiento en el programa de reforzamiento empleado bien porque las conductas ni van seguidas del reforzador con la misma frecuencia bien porque la persona tiene que esforzarse más para conseguir el reforzador.
- b) Porque se ha producido un aumento de la ansiedad que conduce a la persona a evitar las fuentes que hasta el momento han sido reforzantes.

c) Porque por cualquier circunstancia vital ha habido una pérdida de las fuentes de gratificación. Lewinsohn (1974), por otro lado, pone el énfasis en la reducción prolongada de reforzadores sociales. Esto dependerá tanto del número de actividades realizadas y de sucesos potencialmente reforzantes que una persona experimente, como el número de reforzadores disponibles en el entorno y de la propia capacidad del sujeto para conseguir los reforzadores (Tomado de Sánchez Moreno 2002).

Finalmente Costello (1972) propone que la pérdida de interés de los pacientes depresivos se debe a que los reforzadores que anteriormente ejercían su acción positiva han perdido su efectividad bien por cambios bioquímicos o neurofisiológicos bien por la interrupción de la cadena conductas-reforzadores (Tomado de Sánchez Moreno 2002).

El tratamiento va dirigido al aumento de conductas no depresivas que conduzca a la consecución de reforzadores positivos, a la disminución de las conductas depresivas y a conseguir un aumento de las conductas reforzadas socialmente. Para este fin se utilizan las técnicas como el entrenamiento en habilidades sociales, la asignación gradual de tareas y actividades, el manejo de la ansiedad con entrenamiento en relajación o desensibilización sistemática, el manejo de las contingencias en los programas de reforzamiento de las conductas depresivas y de las conductas no depresivas (Puchol Esparza 2003).

1.5.4 La teoría cognitiva

La teoría cognitiva parte de la idea de que la depresión es un pensamiento inexacto. Es decir, la depresión se debe a una distorsión cognitiva, en la que el depresivo distorsiona la realidad viéndose de forma negativa en la tríada cognitiva, él mismo, el mundo y el futuro.

El tratamiento consiste en detectar los pensamientos automáticos negativos de los sujetos y analizarlos y cambiarlos racionalmente. La aportación que se puede dar desde el punto de vista corporal es que las sensaciones que sentimos son debidas a pensamientos automáticos. Cuando pensamos mucho sobre un tema vamos reduciendo el pensamiento de forma que generalizamos y dejamos indicado el

contenido y lo único que sentimos es la preparación para actuar que nos deja, es decir, la emoción y la sensación asociada. Se puede analizar de esta forma el pensamiento automático de tal manera que el deprimido ve claramente la relación entre la sensación y el pensamiento, de hecho basta con preguntarle respecto a la sensación para que sepa a qué se debe y qué es lo que en realidad la sensación le dice (García Higuera, 2004).

Una vez que se descubre el pensamiento automático a veces se puede desmontar en forma racional, pero en otras es preciso hacer algún ejercicio para comprobar que el paciente no responde a la realidad o no realiza cambios conductuales para que pueda apreciar la realidad. Uno de los problemas que ocurre con este tipo de pensamientos automáticos es que se confirman a sí mismos. El paciente se siente incapaz de actuar y esto le produce una sensación que le deja tan decaído que en efecto no puede actuar.

La experiencia en el tratamiento de pacientes adultos de edad avanzada permitió a Yost y Beutler (1991) identificar las ventajas de la terapia cognitiva en la atención de los pacientes con depresión:

- a) Los autores citados consideran que las intervenciones no médicas resultan en particular provechosas para este tipo de pacientes, en vista de que es una población que padece numerosos problemas médicos, lo que propicia complicaciones;
- b) Su experiencia les permitió determinar que la terapia cognoscitiva es una intervención psicológica establecida y eficaz contra la depresión;
- c) Desde el punto de vista económico, la terapia de grupo es un tratamiento psicológico que justifica plenamente los costos en que incurre.

Siguiendo a Yost y Beutler (1991), estos son los requisitos que deben observarse para la aplicación de la terapia cognitiva:

- i). Que los pacientes comprendan el marco conceptual del método cognoscitivo, a fin de realizar las tareas asignadas e instituir estrategias de cambio.

ii). Lograr atribuciones de sentimientos, lo que implica que los terapeutas logren que los pacientes entiendan la necesidad de examinar sus propias reacciones ante los sucesos de la vida cotidiana.

iii) Conjunten los siguientes requisitos: desarrollo gradual del marco conceptual subyacente, lo que implica que el terapeuta logre que sus pacientes identifiquen situaciones o cogniciones.

1.5.5 La Teoría cognitiva de Beck

En 1963, la aportación de Beck destaca la importancia de los procesos cognitivos en la aparición de la depresión. En sus trabajos, este autor convierte en centrales los procesos cognitivos, mismos que desembocan en la formulación de un modelo explicativo de la depresión sustentado en tres conceptos específicos: *triada cognitiva*, *esquema* y *errores cognitivos*.

La triada cognitiva consiste en la detección de tres patrones cognitivos en el individuo depresivo, a saber:

- a) Una visión negativa de sí mismo (o visión negativa del yo), donde la persona se observa a sí misma como carente de valía;
- b) Una visión negativa de la experiencia actual (presente), donde la persona tiende a interpretar todas sus experiencias de vida presentes como negativas o en detrimento de sus expectativas.
- c) Una visión negativa del futuro, donde el deprimido considera que su sufrimiento será una condición constante en su vida, incapaz de ser modificada (Sánchez Moreno, 2002).

Así, la *triada cognitiva* da cuenta de los principales síntomas de la depresión, mientras que el concepto de *esquema* trata de explicar cómo se mantienen en el individuo depresivo actitudes contraproducentes para su propio bienestar. De lo que se trata es de mostrar por qué el procesamiento negativo de la información se mantiene a pesar de las consecuencias sobre la salud mental del individuo. De esta forma, los *esquemas cognitivos* serían mapas que orientan al individuo en su relación con el ambiente (Sánchez Moreno 2002).

Mediante el concepto de *esquema*, Beck introduce uno de los puntos más importantes de su modelo. Como se ha señalado, la teoría cognitiva de la depresión señala que el pensamiento depresivo está dominado por esquemas negativos de procesamiento de la información. Este procesamiento de información incluye una distorsión de la realidad. Esta distorsión, a su vez, se concreta en el tercer elemento nuclear en el modelo de Beck: los *errores cognitivos* o errores en el proceso de la información, lo que es fundamental para entender la aparición de la depresión.

Al respecto, Beck especifica la existencia de seis tipos de errores cognitivos que hacen al paciente mantener la creencia en los juicios negativos de si mismo:

- a) *Inferencia arbitraria*, o adelanto de una conclusión en ausencia de evidencia que la apoye;
- b) *Abstracción selectiva*, que consiste en extraer un detalle fuera de contexto, ignorando el resto de las situaciones que influyen en los sucesos que atañen al individuo;
- c) *Generalización excesiva*, o proceso mediante el cual se elabora una regla general a partir de hechos aislados;
- d) *Maximización y minimización*, o errores en la evaluación de la importancia o magnitud de un suceso;
- e) *Personalización*, o tendencia a la atribución personal de fenómenos externos en ausencia de base firme para tal atribución y
- f) *Pensamiento absolutista (dicotómico)* o tendencia a clasificar las experiencias en una o dos categorías opuestas: santo/pecador, por ejemplo.

En resumen, la teoría cognitiva de Beck afirma que ciertas experiencias tempranas generan una serie de conceptos negativos acerca del yo, del presente y del futuro. Los conceptos (esquemas) negativos pueden permanecer en estado de latencia hasta que son activados por determinadas circunstancias estresantes. Por lo tanto, lo que viene a decir la teoría es que dichos conceptos negativos son un

factor de vulnerabilidad ante determinadas circunstancias estresantes. Dado que las situaciones negativas de la vida no conducen inevitablemente a la depresión, es ese factor de vulnerabilidad lo que explica su aparición (Sánchez Moreno 2002).

Para otros autores, esta terapia se denomina Terapia Cognitiva Comportamental (Orjuela, 2000) y se enfoca en el cambio de comportamientos observables, mediante técnicas tales como programación de las actividades, terapia de autocontrol, adiestramiento en habilidades sociales y solución de problemas.

La terapia del comportamiento es llamada también Modificación del Comportamiento. Utiliza el consejo psicológico para cambiar hábitos dañinos como los relacionados con el tabaquismo, el abuso del alcohol, las dietas adelgazantes y las secuelas del estrés.

Un supuesto básico de la terapia cognitiva comportamental es que la conciencia de la persona está constituida por sus cogniciones que son el resultado de una síntesis de estímulos internos y externos que reflejan la concepción que tiene la persona sobre sí misma, su pasado, su futuro y sobre el mundo que la rodea.

Este enfoque plantea que las emociones y el comportamiento están en gran parte determinados por los pensamientos conscientes de tal modo que la modificación de las cogniciones influyen sobre el estado de ánimo del comportamiento.

La teoría comportamental cognitiva plantea que los síntomas de la depresión se perpetúan por creencias irracionales y actitudes distorsionadas hacia la propia persona, el ambiente y el futuro. La auto-inculpación y auto-crítica causan la depresión mayor.

La terapia cognitiva de la depresión es directiva y su duración es breve, entre 15 y 20 sesiones. Entre los objetivos que se persiguen destaca el intento de corregir los

pensamientos negativos, las creencias, actitudes disfuncionales o comportamientos dañinos con el fin de manejar el pesimismo y desesperanza de la persona. Para resolver esta situación, se asignan tareas para acabar con el círculo vicioso en que se encuentra la persona deprimida, de pensamientos negativos que llevan al aislamiento social con adicional incremento de pesimismo.

Así, la terapia pretende hallar las relaciones entre cognición, afecto y comportamiento, así como encontrar los pensamientos automáticos negativos para poderlos controlar.

Esta terapia utiliza técnicas psico-educativas donde el terapeuta le explica a la persona el fundamento teórico de la terapia cognitiva, enseña a reconocer, controlar y registrar pensamientos negativos y errores cognitivos. Se trabaja también con técnicas conductuales que buscan alcanzar objetivos concretos, para ayudar a la persona a someter a prueba falsas creencias y cogniciones erróneas.

Esta terapia tiene buenos resultados. Pero en pacientes severa o moderadamente deprimidos, es importante plantearse la posibilidad de un apoyo con medicamentos.

1.5.6 Modelo de creencias irracionales

En 1987, Albert Ellis (Tomado de Sánchez Moreno, 2002) afirma que una de las razones por las cuales los modelos cognitivos conductuales más populares de la depresión y sus tratamientos son menos explicativos y efectivos de lo que podrían ser es porque tienden a omitir un importante elemento cognitivo. Por tanto, el problema es que los modelos cognitivos en general carecen de un elemento psicológico (cognitivo) clave para el desarrollo de la depresión.

Es decir: estas teorías pueden explicar sentimientos como la pena, la tristeza, la frustración, etc. A juicio de Ellis, estos son sentimientos normales en el ser

humano. Por ello, para explicar la aparición de la depresión, entendida como una enfermedad mental, es necesario introducir un nuevo elemento: las creencias absolutistas, incondicionales, dogmáticas, grandiosas, que son finalmente, *creencias irracionales*, entendidas como pensamientos en términos de necesidad que dan lugar a sentimientos inapropiados de depresión al experimentar una pérdida o privación.

A grandes rasgos, el modelo de Ellis establece la existencia de una serie de sucesos activadores (A), que pueden ser ciertas experiencias, actividades o personas con los que se tiene problemas. La persona mantiene una serie de *creencias* (B) acerca de dichos sucesos o acontecimientos. Estas creencias suelen conducir a una serie de consecuencias (C), a las que se denominan *depresión*.

Así, “...las creencias racionales son aquellas cogniciones, ideas y filosofías que ayudan y alientan el logro de las metas básicas o más importantes, en tanto que las creencias irracionales son aquellas ideas, cogniciones y filosofías que sabotean y bloquean el logro de las metas básicas o más importantes...” (Sánchez Moreno, 2002).

Estas teorías dieron un significativo impulso a los estudios psicológicos respecto a la depresión, de tal suerte que dieron inicio a una serie de investigaciones empíricas que arrojaron luz sobre los sujetos más susceptibles a la depresión: niños, adolescentes, mujeres y adultos de edad avanzada.

1.5.7 Terapia Cognitiva

Una elección posible para el tratamiento de la depresión es la visita regular a un psicólogo clínico que, por no ser médico ni psiquiatra, no propone medicamentos, sino una psicoterapia (Pignarre, 2003).

De esta forma, el terapeuta se interesa más en el contenido depresivo de los pensamientos que en los eventuales factores emocionales. El paciente es alentado enseguida a adoptar una actitud racional y a observarse a sí mismo con el fin de aprender a reconocer la falsedad de sus pensamientos y a dejar de tomarlos en serio. El terapeuta cognitivo enseña a sus pacientes a dejar de prestar atención a sus pensamientos negativos, reemplazándolos por pensamientos positivos, más reales, si desea curarse. Por tanto, aconseja al paciente “no escucharse demasiado”, tal como dicta el sentido común.

El modelo cognitivo de la psicopatología se centra en el papel de la perturbación del contenido del pensamiento y del proceso del pensamiento en el origen y mantenimiento de las enfermedades emocionales.

A la hora de planificar la terapia se deben tener en cuenta las características del pensamiento depresivo:

a) las preocupaciones fundamentales de un paciente depresivo giran en torno a la idoneidad y a la posibilidad de ser amado. El contenido de su pensamiento se caracteriza por un aumento considerable del autodesprecio, pesimismo, de pensamientos cargados de temor en lo que se refiere al sí mismo, al mundo y al futuro.

b) Otra característica hace referencia a su estilo atribucional de manera que tienden a atribuir los sucesos a factores internos, globales y perdurables versus los factores externos, específicos y pasajeros.

c) Procesamiento de la información guiado por la exageración en el cálculo de las pérdidas o limitaciones, el desprecio por la fuerza y los recursos del sí mismo y el aumento del recuerdo de experiencias negativas.

d) Presencia en el pensamiento de inferencia arbitraria, abstracción selectiva, generalización excesiva, personalización, pensamiento absolutista y dicotómico, y maximización-minimización. Este tipo de pensamientos lleva a la instauración de un círculo vicioso que no sólo mantiene la sintomatología depresiva sino que la intensifica de manera progresiva.

e) Desde este enfoque se propone una terapia estructurada para romper este círculo y que puede ser aplicada de forma individual o en grupo y en la que el objetivo fundamental es identificar y modificar los pensamientos

negativos automáticos, los esquemas de pensamiento disfuncionales y las actitudes o creencias irracionales.

Su abordaje se realiza desde el marco terapéutico de "empirismo colaborativo" en el que terapeuta y paciente elaboran listas de problemas, analizan las soluciones disfuncionales, exploran nuevas alternativas y elaboran un plan para ponerlas en práctica y posteriormente evaluar los resultados.

Adicionalmente, Alonso Fernández (1988) propone el uso del Cuestionario Estructural Tetradsimensional (CET-DE) para el diagnóstico, la clasificación y el seguimiento de la depresión, por considerarlo no sólo un instrumento especializado que permite clarificar el diagnóstico, la clasificación y el seguimiento de la depresión, sino una prueba sumamente útil para disponer de un inventario de síntomas y para obtener un perfil semiológico estructural de los enfermos depresivos (Ver Anexo I).

Para el tratamiento de adultos de edad avanzada, Yost y Beutler (1991) proponen la aplicación de terapia cognoscitiva de grupo, cuyo tratamiento se divide en cuatro fases:

- a) Etapa inicial (primera sesión). La cual se debe concretar a charlar con el paciente para generar expectativas y enseñar los conceptos requeridos para identificar el origen de la depresión y ponerlos en práctica.
- b) Segunda sesión: se hace énfasis en el desarrollo de conceptos y que los participantes aprendan a comprender su propio proceso cognoscitivo en relación con ánimos decaídos.
- c) Tercera sesión: se sugiere al terapeuta poner en práctica procedimientos de cambio, en esencia para modificar los patrones cognoscitivos y conductuales característicos de la depresión.
- d) Cuarta sesión: Se refuerzan los cambios de conducta, los sentimientos y actividades sociales, además de inocular a los individuos contra estrés futuro.

Como aspectos generales, estos autores proponen atención y análisis en:

- Respecto a la relación entre paciente y terapeuta

- Uso de coterapeutas o auxiliares del terapeuta que pudieran auxiliar en la detección de pequeños detalles que las dinámicas en grupo pudieran hacer pasar desapercibidas para el terapeuta líder
- Analizar la forma de adaptar la terapia cognoscitiva a necesidades y problemas particulares.

1.5.8 Terapia Cognitiva-Conductual

Combinación de las dos vertientes principales de la Psicología, se enfoca en la identificación de las percepciones deformadas que los pacientes pueden tener del mundo y de sí mismos, cambiando estas percepciones, y descubriendo nuevos modelos de acciones y de conductas.

Estas percepciones conocidas como esquemas, son adopciones negativas desarrolladas en la infancia que pueden precipitar y prolongar la depresión. La terapia cognitiva conductual trabaja en el principio de que estos esquemas pueden ser reconocidos y alterados, cambiando con ello la respuesta y eliminando la depresión.

Primero el paciente debe aprender a reconocer las reacciones depresivas y los pensamientos tal como se presentan, normalmente por medio de rellenar un diario de los sentimientos y reacciones hacia los acontecimientos diarios. A menudo, se le dan al paciente deberes que prueban las asunciones negativas antiguas frente a la realidad y piden diferentes respuestas (Sanderson y McGinn,)*.

Entonces, el paciente y el terapeuta examinan y hablan sobre estas reacciones y pensamientos arraigados y automáticos. Cuando el paciente comienza a entender la falsedad subyacente de estas adopciones que causan la depresión, él o ella puede empezar a cambiar las formas de enfrentarse a ellas. Con el tiempo estos ejercicios ayudan a infundir confianza y a la larga cambian el comportamiento. Esta terapia es de tiempo limitado que dura de tres a cuatro meses. Los pacientes pueden recibirla de forma individual o en grupo.

Los mejores candidatos para recibir la terapia cognitivo-conductual son: pacientes con depresión atípica, adolescentes con síntomas leves de depresión mayor, mujeres con depresión posparto no psicótica y para los hijos de padres con la enfermedad, en este caso, la terapia debe involucrar a toda la familia (Puchol Esparza, 2003).

Dentro de las técnicas utilizadas para esta terapia encontramos:

- a) técnicas conductuales como la psicoeducación, autorregistros para la identificación de las secuencias: conducta-pensamiento-sentimiento,
- b) tareas para casa (lecturas para comprender el objetivo y la metodología de la terapia y actividades que permitan la verificación),
- c) entrenamiento en técnicas de distracción y evasión de pensamientos, sentimientos y situaciones angustiantes, tareas graduales de afrontamiento y aprendizaje de técnica de relajación.
- d) Técnicas cognitivas como identificación de pensamientos automáticos acerca de uno mismo, el mundo y el futuro, verificar la exactitud de los pensamientos automáticos, identificar los errores lógicos subyacentes y generar cogniciones alternativas más adecuadas y verificar su validez (Puchol Esparza, 2003).

Desde esta perspectiva se considera que la depresión es resultado de premisas o pensamientos automáticos e incuestionables sobre uno mismo, otros y el futuro. Si una persona cree, por ejemplo, que el hecho de no lograr un ascenso lo convierte en fracasada, estará propensa a la depresión.

El terapeuta con esta orientación trata de lograr que la persona descubra la confusión que existe en sus ideas y sus errores cognoscitivos, para que se sujete a un análisis racional de los hechos. ¿Cuáles son las pruebas a favor y cuáles en contra de una determinada idea?, ¿de qué manera el fracasar en algo (digamos, en una relación) convierte a una persona en fracasada? Si cree que nunca más será feliz con otra persona (suposición en sí cuestionable), ¿significa que Usted está condenado a un sufrimiento absoluto?

El terapeuta cognoscitivo también hace que el paciente se someta a experimentos conductuales para modificar conductas vinculadas con la depresión. Por ejemplo, si el paciente padece una depresión crónica y supone que nada le proporciona placer, el terapeuta podría ayudarlo a elaborar un programa de actividades cotidianas que tiene que comprometerse a llevar a cabo aunque no le gusten. En general, los pacientes descubren que obtienen cierta satisfacción una vez que han iniciado dichas actividades. Esta técnica suele ser útil para los individuos que sufren una depresión grave y no logran corregir ideas irracionales a través tan sólo del pensamiento.

La terapia cognoscitiva se centra en los problemas del aquí y ahora. Sin embargo, en etapas más avanzadas del tratamiento, el terapeuta procurará ayudar al paciente a comprender y modificar premisas arraigadas de su persona y el mundo. Esta terapia está altamente estructurada. En ella el paciente y el terapeuta siguen en cada sesión una agenda claramente preestablecida. Además se espera que el paciente sea quien realice la mayor parte del trabajo. (Quinn, 2003).

A continuación se presenta el cuadro 1 que resume las características más importantes de los tipos de terapia arriba mencionados para el tratamiento de la depresión.

Cuadro 1

TIPO DE TERAPIA	CARACTERÍSTICAS
Terapia conductual	Se centra en la idea de que el paciente pierde su ambiente gratificante, no recibe reforzamiento positivo de sus conductas. Por ello utiliza técnicas de entrenamiento en habilidades sociales, manejo de ansiedad, manejo de contingencias, etc.
Terapia cognitiva	Está centrada en el contenido depresivo de los pensamientos y del proceso del pensamiento en el origen y mantenimiento de la depresión. Se colabora con el paciente elaborando listas de problemas, analizando soluciones y explorando nuevas alternativas.
Terapia cognitivo- conductual	Se enfoca en la identificación de las percepciones deformadas que los pacientes tienen de sí mismos y del mundo. El paciente debe reconocer las reacciones y pensamientos depresivos, luego cambiar estas percepciones y descubrir nuevos modelos de acciones y conductas.

CAPÍTULO II

El concepto depresión desde la perspectiva médica

2.1 Teoría biológica

Esta perspectiva se identifica más con la psiquiatría y conviene comentar algunas observaciones surgidas en dicha disciplina, las cuales han hecho pensar a los investigadores que ciertos cambios en el organismo pueden dar origen a un trastorno depresivo. Por ejemplo, la asociación de una serie de enfermedades físicas con la depresión, o la relación del efecto de los fármacos antidepresivos con modificaciones en los neurotransmisores cerebrales, la existencia de otros fármacos que pueden producir depresión, la depresión inducida por el consumo de drogas, y la transmisión genética de mecanismos que favorecen la aparición de depresión en varias generaciones de una misma familia (Sánchez Moreno, 2002).

En relación a esto, se ha visto que los desórdenes afectivos mayores (aquellos desórdenes del estado de ánimo con mayor intensidad y duración) se dan con mayor frecuencia en algunos familiares de sujetos enfermos. La herencia juega un papel en la génesis de la depresión. Sin embargo, el hecho de que haya diferentes tipos de depresiones con edad de presentación, respuesta al tratamiento y evolución diferentes, dificulta el estudio del tipo y mecanismo de transmisión de cada uno de ellos. Los estudios sobre antecedentes familiares de trastornos depresivos revelan que existe una mayor tasa de trastornos afectivos que en los familiares de sujetos sanos.

Cuando se estudian pacientes adoptados con trastorno del estado del ánimo se comprueba que la frecuencia de trastornos del estado de ánimo es mayor en sus padres biológicos que en sus padres adoptivos. También se ha investigado si en los gemelos idénticos (llamados monocigóticos) la concordancia para que los dos presenten una depresión es mayor que en los gemelos no idénticos (su material

genético no es tan parecido), y se ha visto que la tasa de concordancia para el trastorno afectivo es mayor en los primeros. Escasos estudios sobre gemelos criados por separado confirman también una herencia genética. Los estudios genéticos se hacen en poblaciones con trastornos depresivos mayores (Sanderson y McGinn, 2001).

La comunidad Amish es, como los mormones, un grupo de seres humanos que no se han mezclado con otros grupos, ya que se practican los matrimonios, únicamente con gente de su comunidad. En los amish, se ha detectado que el cromosoma número 11, puede tener que ver con la alta frecuencia de la enfermedad maniaco-depresiva o enfermedad bipolar. Otros genes se han propuesto para la depresión, de entre ellos destaca el cromosoma sexual X, esto sobre la base de que las mujeres tienen dos veces mayor incidencia de depresión que los hombres y a que un defecto que es la ceguera a los colores (daltónica), se ve más frecuentemente en las mujeres que padecen de depresión (Sanderson y McGinn, 2001).

Por otra parte las *hipótesis bioquímicas* evolucionaron a partir de las observaciones clínicas que relacionaron la administración de un fármaco, la reserpina, con la aparición de síntomas depresivos. La reserpina producía depleción (disminución) de sustancias cerebrales neurotransmisoras como noradrenalina (Alonso Fernández,2001).

La función de los neurotransmisores consiste en establecer un código de señales eléctrico y bioquímico al ser segregados por una neurona e interaccionar con las neuronas adyacentes, en cuyas membranas hay receptores para estos neurotransmisores. Este código está determinado genéticamente pero puede variar en función de variables externas. En el hombre se han descrito diversas enfermedades que derivan de una alteración en este código, conocido como neurotransmisión. La esquizofrenia y la depresión se consideran en la actualidad enfermedades de la neurotransmisión (Alonso Fernández,2001).

Los investigadores y los médicos inicialmente se centraron en la hipótesis de que una concentración baja de neurotransmisores y, por tanto, un déficit en la neurotransmisión produce depresión. Los neurotransmisores más estudiados han sido la noradrenalina, la serotonina y la dopamina, basándose en que el efecto de muchos fármacos antidepresivos pasa por una modificación en estos neurotransmisores o sus receptores (Alonso Fernández,2001).

Asimismo, se ha puesto énfasis en el estudio del *Sistema neuroendocrino*. El sistema de secreción hormonal del organismo funciona en interrelación con el sistema nervioso y también es influido por agentes externos. En la depresión se encuentran alteraciones en el funcionamiento del llamado eje hipotalámico-hipofisario-suprarrenal. Estas tres glándulas (el hipotálamo y la hipófisis se encuentran en el cerebro y las suprarrenales sobre los riñones) funcionan sincronizadas entre sí, de modo que la hormona segregada por el hipotálamo estimula a la hipófisis a que produzca otra hormona que a su vez estimula a las glándulas suprarrenales a producir cortisol (Alonso Fernández,2001).

A su vez la cantidad de hormona segregada sirve de freno a la glándula estimuladora, mecanismo que se llama retroalimentación. Parece que en la depresión esta respuesta de retroalimentación no funciona con normalidad y en trastornos como la depresión mayor se han visto niveles elevados de cortisol (producido por las glándulas suprarrenales). También se han visto niveles elevados de las hormonas producidas por hipotálamo e hipófisis, que son el factor liberador de corticotropina; por lo tanto, en ciertos tipos de depresión no funcionaría el sistema de autorregulación del eje hipotalámico-hipofisario-suprarrenal y se producirían hormonas por encima del nivel normal. Neurotransmisores como la serotonina o la noradrenalina regulan en parte la secreción del hipotálamo (Alonso Fernández, 2001).

2.2 Factores biológicos

Estos factores están relacionados con la postura psiquiátrica respecto a la depresión, misma que establece que está originada por un desequilibrio de los neurotransmisores.

En nuestro cerebro y demás estructuras del sistema nervioso, existen células llamadas neuronas, que se comunican entre sí por sustancias químicas llamadas neurotransmisores. Estos son el lenguaje con el que una célula se comunica con la otra, y le dice que aumente su actividad (o excitabilidad) o que no se active. Este concepto, de sustancias que modifican la excitabilidad de las neuronas o de otras células excitables, como son las células de los músculos (lisos o estriados) y de las células ganglionares, es el que genera la postura respecto a que la depresión es causada por trastornos bioquímicos en el individuo.

Está demostrado que cuando estamos deprimidos tenemos ese desequilibrio y que cuando tomamos la medicación adecuada, los neurotransmisores se equilibran y nuestro estado de ánimo cambia. Ahora bien, no podemos quedarnos solamente en esta teoría, puesto que si la depresión es reactiva a una situación, hasta que la situación no se solucione se siguen dando las condiciones para que se perpetúe aunque se tomen antidepresivos (Yost y Beutler, 1991).

2.3 Tipos de depresión y sintomatología

Philippe Pignarre (2003) considera que si bien la depresión significa desesperación, sentimiento de culpabilidad, pérdida de cualquier motivación, no implica la pérdida de la capacidad de evaluación, de comparación, de pensamiento, aún cuando esto ocurra de manera aminorada. Se trata únicamente de una alteración del humor, incluido el hecho de que tengamos dificultades para definir esta noción de humor que depende de la actitud, la mímica del comportamiento, mucho más que de la lógica del discurso que manejen los individuos. A juicio de este autor "...no se trata de una dolencia mental como las

otras. Desde siempre a la depresión se la conoce como ‘depresión nerviosa’ para distinguirla mejor de las ‘enfermedades mentales graves’...”

Ustûn (2001) apunta como sintomatología de la depresión la presencia de un grado significativo de incapacidad en el sujeto, que no sólo constituyen experiencias dolorosas para los pacientes y sus familias, sino que también incapacitan en gran medida al limitar la actividad y la productividad de los pacientes.

Loo y Gallarda (2001) consideran que la depresión se caracteriza al principio por un cambio más o menos radical del humor, que da paso a la tristeza, que puede ser contenida, reprimida y ocultada, pero también puede expresarse en el aspecto del sujeto deprimido: la gestualidad es rígida, el tono de voz es monocorde y el gesto lento; en otros casos, se adivina la angustia en el rostro, acompañada de una permanente febrilidad.

Todos estos elementos llevan a estos dos autores a considerarlos en conjunto bajo el nombre de *tristeza depresiva*, la cual consideran se expresa en una visión pesimista del sujeto sobre sí mismo y sobre el mundo que le rodea; en sentimientos de impotencia y fracaso; en una profunda insatisfacción, en desvaloración y autodepreciación de sí mismo. Aparecen también sentimientos de vergüenza y de culpabilidad, lo que se traduce en que el sujeto considera a la depresión como una debilidad, como una cosa que hay que ocultar el mayor tiempo posible. Incluso, Loo y Gallarda consideran que en las depresiones graves los sujetos expresan ideas de indignidad y de incurabilidad que les conducen a una lógica de suicidio.

Con todo, Loo y Gallarda (2001) consideran que el análisis de la depresión no se resume en el análisis de la tristeza, toda vez que la diferencia entre el sentimiento de tristeza más o menos duradero e intenso que cualquier sujeto puede experimentar y la enfermedad depresiva se debe a la presencia de otros síntomas, tales como la *anhedonia*, definida como la pérdida de la capacidad de experimentar placer, ya sea intelectual, estético, alimentario o sexual. Así, el

enfermo anhedónico ha perdido sus intereses habituales, lo que se traduce en incapacidad de sentir afecto, lo que le hace sentir más aislado y abrumado.

Agregan que en el deprimido de cualquier edad, pueden encontrarse trastornos corporales sin un sustrato orgánico llamados *funcionales*. Esto es más evidente en sujetos adultos de edad avanzada, lo que provoca mayores dificultades en los diagnósticos.

Por otro lado, Loo y Gallarda ponderan la existencia de trastornos intelectuales, los cuales consideran son variables en función de la edad y de la gravedad de la depresión. En esta variedad, el deprimido expresa una sensación de tener vacía la cabeza o de tener permanentes pensamientos tristes.

Otros síntomas enumerados por estos autores son: incapacidad del deprimido para hacer una previsión positiva y activa; pérdida de esperanza; incapacidad de prever y proyectarse positivamente al porvenir, lo que les conduce a actos suicidas, impulsos que pueden ser extremos durante estadios de paroxismo de ansiedad, o planeados y ejecutados a sangre fría.

Desde la perspectiva de Sánchez Moreno (2002), la depresión entendida como cuadro clínico unitario engloba un conjunto de síntomas que se diferencian en: síntomas anímicos, motivacionales, cognitivos, físicos e interpersonales.

a) Los síntomas *anímicos* son: sensación de abatimiento, sentimiento de infelicidad, irritabilidad (sobre todo en niños y adolescentes), estado de ánimo disfórico. En casos más graves los pacientes dicen sentir una tristeza profunda, pudiéndose inhibir, incluso, la conducta del llanto. Para Sánchez, estos síntomas son el eje principal del cuadro depresivo.

b) Los síntomas *motivacionales* son uno de los aspectos que produce mayor frustración a los pacientes. Hacen referencia a la apatía, la anhedonia o el desinterés. Hay lentitud psicomotora y, en los casos más graves, se puede llegar al "estupor depresivo", cuyo grado de inactividad es comparable con el "estupor catatónico". Algunas tareas diarias como asearse, vestirse o ducharse pueden convertirse en actividades difícilísimas de realizar por quien está deprimido. Estos síntomas son, junto con los anímicos, los indicadores principales del cuadro depresivo.

c) De los síntomas *cognitivos*, la peculiaridad principal es el negativismo. Los resultados de la evaluación que las personas con depresión realizan sobre sí mismas, sobre lo que les rodea y sobre su futuro (tríada primaria) suelen ser negativos. Por ello también presentan pérdida de la autoestima y tendencia a culpabilizarse de todo lo que ocurre. Las últimas investigaciones parecen apoyar la idea de que estas características cognitivas forman parte, más que de los síntomas, de la etiología del problema. También se presentan disminución en la capacidad de pensar o concentrarse y pensamientos recurrentes de muerte.

Sobre-Casas (1997) apunta las particularidades que deben advertirse para diagnosticar la depresión, lo que le permite proponer una tipología de la misma, a saber:

a) *Depresión melancólica*. En ella se observa bloqueo psicomotor, tristeza con ideas de indignidad y de culpa, quejas hipocondríacas, pérdida de la actividad por desinterés, inapetencia, impotencia sexual. Hay también una inhibición del sistema de vigilia, traducida en adormecimiento diurno e insomnio nocturno).

b) *Depresión involutiva*. A la sintomatología descrita en el inciso a), se añaden ansiedad e inquietud; las ideas de culpabilidad y las autoacusaciones pueden llevar al delirio y los trastornos cenestopáticos, que pueden hacer entrar también al paciente en lo psicótico. Es fundamental tener en cuenta la edad, toda vez que esta forma se presenta en la época en que va menguando todo el conjunto psicofísico, circunstancia que abona la aparición y progresión de la enfermedad, que puede ocurrir durante o posterior a periodos de cambios físicos como la menopausia en las mujeres y en la andropausia en los hombres.

c) *Depresión psiconeurótica*. Aquí se observa tendencia del individuo a la culpabilidad o a formular acusaciones dirigidas al ambiente, al que el propio individuo responsabiliza de sus sufrimientos.

d) *Depresión reactiva*. Predomina aquí la pena, la disminución de los movimientos y de su vivacidad, por fatiga, agotamiento o extenuación; hay una sensación de incapacidad para pensar, angustia relacionada con el padecimiento, trastornos orgánicos (cefaleas, pérdida de la libido, por citar dos ejemplos).

En este caso, la causa deberá buscarse en situaciones traumáticas externas que han actuado sobre una personalidad previa aparentemente normal a veces, pero sin duda predispuesta; la iniciación, persistencia y desaparición del padecimiento se deberá relacionar con la causa exógena;

si una vez desaparecida la enfermedad, ésta continúa, atenuada o no, habrá que pensar en la existencia del factor endógeno preexistente.

e) La *depresión en la esquizofrenia*. En este caso, el cuadro clínico está teñido por la sintomatología de la enfermedad principal: extravagancias, discordancias, estereotipos, carencia de motivaciones, disminución o pérdida de la actividad por disgregación, delirio y hasta autismo.

f) *Depresión sintomática en enfermedad orgánica*. El cuadro lo domina la enfermedad orgánica, la que generalmente es prolongada y/o grave, pero de naturaleza disímil en cada caso: puede ser una diabetes difícilmente compensable, una invalidez como consecuencia de un traumatismo importante, una neoplasia terminal, una infección crónica. El comienzo, la duración y la terminación de la afección psíquica se encuentran en directa relación con el padecimiento orgánico.

g) *Depresión demencial o psicoorgánica*. Predominan aquí los síntomas que evidencian la lesión orgánica. Entre los síntomas comunes a la depresión en todas las formas que se han expuesto párrafos arriba, debe agregarse en este tipo la irritabilidad y la incontinencia afectivas que presentan los pacientes.

De acuerdo con Alonso Fernández (2001), los síntomas básicos de la depresión son los siguientes:

- a) El *humor depresivo*. Definido como un estado de ánimo impregnado de una *negrura pesimista*, esto es, desesperanza o congoja con un halo de tristeza que se organiza en torno a un núcleo integrado por el dolor moral o dolor por vivir. El humor depresivo mantiene una cerrazón hermética a cualquier tipo de placer o alegría, rasgo conocido como *anhedonia* (del griego *an* 'sin' y *hedone* 'placer'), es decir, una insensibilidad al placer. La pérdida de capacidad para experimentar alegría o placer se refleja algunas veces en una vivencia de infelicidad sumamente mortificante. Los indicadores para detectar el humor depresivo son:
- Amargura o desesperanza, con tendencia al llanto, con lágrimas o sin ellas.
 - Incapacidad para experimentar placer y alegría.
 - Desvalorización o subestimación propia en forma de ideas de indignidad o inferioridad; sensación de incapacidad somática o psíquica o sentimiento de culpa.
 - Disminución del apego a la vida o ideas suicidas.

- Dolores localizados en la cabeza, la espalda o en otro sector.
- b) La *Anergia* o debilitamiento de los impulsos. Son los impulsos como los latidos de la vida. La ausencia de este principio vital que son los impulsos, conducen en su forma extrema a la inmovilidad del sujeto, el cual proyecta esto como manifestación del cansancio por la vida, hastío y aburrimiento (Alonso Fernández, 2001). Sus indicadores son:
- Apatía o aburrimiento
 - Cavilación sobre la misma idea o presencia de indecisiones
 - Falta de concentración
 - Disminución de la actividad habitual en el trabajo o en las distracciones
 - Fatiga general o cansancio precoz
 - Disfunción sexual o trastornos digestivos
- c) La *discomunicación depresiva*. Trastorno que conduce al aislamiento del enfermo depresivo mediante el bloqueo de la emisión y recepción, atendiendo a los siguientes síntomas:
- Brotes de mal humor o enervamiento
 - Tendencia a afligirse por todo
 - Retraimiento social
 - Abandono de las lecturas, la radio y la televisión
- d) La *ritmopatía* o desregulación de los ritmos, comprende la desorganización de las formas rítmicas biopsíquicas más características del ser humano: la actividad/descanso, la alimentación y el sueño, sino que se expresan modificando profundamente el ritmo existencial y la temporalidad. Se debe atender a lo siguiente:
- Gran fluctuación de los síntomas a lo largo del día o notables diferencias en el comportamiento entre la mañana y la tarde
 - Pérdida de apetito y peso
 - Crisis de hambre voraz
 - Dificultad para conciliar el sueño

- Pesadillas nocturnas, sueños sombríos o despertar temprano
- Hipersomnia durante el día

En cuanto a su sintomatología, la depresión, como padecimiento mental, aparece recogida y descrita en los dos manuales más importantes editados como apoyo para el diagnóstico de la enfermedad mental: en primer lugar, el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV Texto Revisado* (D.S.M.-IV-TR), elaborado por la American Psychiatric Association (A.P.A.) (Sánchez Moreno, 2002).

El otro documento base es la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (C.I.E.), elaborado por la Organización Mundial de la Salud y en el cual se ha sistematizado una clasificación de enfermedades mentales. Este documento ha alcanzado su décima versión y es conocido con las siglas C.I.E. 10 (Sánchez Moreno, 2002).

Para el diagnóstico de un Trastorno Depresivo Mayor (entendido como una forma concreta de trastorno del estado de ánimo), el DSM-IV-TR exige un curso clínico caracterizado por uno o más episodios depresivos no inducidos por el consumo de sustancias (drogas, medicamentos, etc.) ni a una enfermedad médica (es decir, somática, de tipo físico). Desde esta perspectiva, un episodio depresivo mayor surge cuando:

A. Se dan al menos cinco de los siguientes síntomas:

- a) Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi cada día, según lo indica el propio sujeto (por ejemplo, al referir que se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (por ejemplo, llanto). En el caso de niños o adolescentes esto puede traducirse en irritabilidad.
- b) Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día o casi cada día (tal como lo refiera el propio paciente o por observación de quienes lo rodean)
- c) Pérdida importante de peso sin hacer una dieta especial o por el contrario, aumento significativo de peso (esto es, un cambio de más del 5%

de peso corporal en un mes), o en su caso, pérdida o aumento del apetito casi cada día.

d) Insomnio o hipersomnias casi a diario

e) Agitación o disminución de actividades psicomotoras casi a diario (observable por quienes rodean al individuo)

f) Fatiga o pérdida de energía casi a diario

g) Sentimientos de inutilidad o culpa excesivos o inapropiados

h) sensible disminución de la capacidad de pensar o concentración, o en su caso, incapacidad para tomar decisiones

i) Recurrentes pensamientos en torno a la muerte; ideación suicida o planes específicos para suicidarse.

B. Los síntomas no cumplen los criterios de un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga o un medicamento) o una enfermedad médica (por ejemplo, el hipotiroidismo)

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (como sería después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de dos meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupación mórbida de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o lentitud paulatina en el sistema psicomotor del individuo (Sánchez Moreno, 2002).

En cuanto a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) elaborada por la OMS, los *episodios depresivos* (definidos por esta institución como *trastornos del humor*) se caracterizan por un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece tras un esfuerzo mínimo. Además de estos síntomas, también son indicadores de episodios depresivos los siguientes:

a) Disminución de la atención y concentración

b) Pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad

- c) Ideas de culpa y de ser inútil
- d) Una perspectiva sombría del futuro
- e) Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones
- f) Los trastornos del sueño
- g) Pérdida del apetito

Para el diagnóstico (sea de una depresión leve, moderada o grave) los síntomas deben persistir durante al menos dos semanas, o en su defecto ser excepcionalmente graves o especialmente repentinos. La distinción de la gravedad del trastorno depende de la valoración clínica, que debe atender al número de síntomas presentes, así como el tipo y gravedad. La clave es desentrañar la gravedad de los síntomas y su impacto en la actividad social y laboral cotidiana del individuo en estudio.

Es así como a través de esta relación de síntomas, el terapeuta será capaz de identificar una depresión. Es decir, en la medida en que los síntomas (o signos) mostrados por un individuo encajen en los descritos en cualquiera de los dos criterios de clasificación de enfermedades (que como es evidente, coinciden notablemente), el terapeuta estará en condiciones de proceder a formular un diagnóstico.

Formalmente, el procedimiento es similar al que sigue cualquier otro profesional de la salud, sea médico, psiquiatra o psicólogo: se deben observar los signos preestablecidos para alcanzar un grado de certeza en torno a la presencia de un cuadro depresivo (Sánchez Moreno, 2002).

2.4 Diferencias en la percepción y tratamiento de la depresión

La especialidad desde la que se aborde el problema de la depresión en los pacientes es importante, toda vez que conlleva a diagnósticos y tratamientos diferentes dependiendo de la perspectiva desde la que se trate.

Así, la medicina y la psiquiatría proponen el tratamiento de la depresión como una enfermedad y por lo tanto, hacen uso de medicamentos para el paciente. En tanto,

la perspectiva psicológica no opta por medicar al paciente, sino que recomienda la participación en psicoterapias (Pignarre, 2003).

En este sentido, los requisitos para diagnosticar un trastorno depresivo excluyen gran parte de lo que, comúnmente, se conoce como “estar deprimido”. La depresión es un proceso que supone un gran deterioro para el individuo, tanto en el nivel individual como en cuanto a su funcionamiento social y que requiere de un cuidadoso proceso de identificación para su adecuado tratamiento.

Ahora bien, el auge que en la actualidad tiene este trastorno ha llevado a algunos autores al análisis de las peculiaridades que pudieran estar actuando como factores facilitadores.

Alonso Fernández (2001) propone siete realidades que caracterizan un cambio cualitativo en el estilo de vida y que podrían estar en la base del incremento del trastorno depresivo. Estas realidades son:

- a) estrés crónico que viene determinado por una sobrecarga emocional en el mundo laboral y por un ritmo de vida acelerado;
- b) disminución de la comunicación entre las personas que lleva a situaciones de soledad;
- c) cambios rápidos en la forma de vida como el desmembramiento de la familia y la lenta ruptura con las tradiciones y las estructuras sociales;
- d) el mayor éxito en los tratamientos curativos y paliativos de las enfermedades lo que ha facilitado una mayor supervivencia con procesos de enfermedad más largos y/o estados residuales deficitarios;
- e) la proliferación de tratamientos farmacológicos con la depresión como efecto secundario;
- f) la extensión del consumo de drogas y
- g) el aumento de la esperanza de vida.

De estas siete realidades se pueden destacar los cuatro factores etiológicos de los episodios depresivos: factores hereditarios, factores de personalidad, factores

situacionales y factores médicos. Por lo general los episodios depresivos analizados en sus causas obedecen a cuadros mixtos en los que son varios los factores que entran en juego.

Afortunadamente los tratamientos para ayudar a solucionar este problema también han aumentado, no solo hablando de medicamentos, sino también de técnicas psicoterapéuticas que proporcionan a quienes sufren la depresión diversas alternativas para superar su padecimiento. A continuación se exponen las terapias propuestas desde el punto de vista de la psiquiatría, con la finalidad de subrayar una vez más la diferencia entre esta disciplina y la psicología.

2.5 Tratamientos médicos contra la depresión

2.5.1 Tratamientos con antidepresivos

Desde la perspectiva psiquiátrica, la depresión mayor es una de las enfermedades que pueden tratarse con mayor eficacia hoy en día mediante la administración de medicamentos eficaces, con relativamente pocos efectos secundarios.

Los primeros antidepresivos se utilizaron en la década de los años cincuenta del siglo XX. El primero fue la iproniazida. Esta molécula fue sintetizada con miras a ser empleada en el control de pacientes con tuberculosis, pero, al poco tiempo de ser administrada a los pacientes con tuberculosis, se vio que estos mejoraban del estado de ánimo, aun cuando los estudios radiológicos, no daban mucha señal de que hubiera mejoría de la tuberculosis. Esto llevó a utilizarla deliberadamente en pacientes deprimidos con buen éxito.

Hoy se sabe que la iproniazida ejerce su efecto antidepresivo, inhibiendo la destrucción de norepinefrina, serotonina y de dopamina, ya que bloquea el efecto de destrucción de estas enzimas inhibiendo a las monoaminooxidasas (IMAO), por lo tanto fue la primera molécula inhibidora de las IMAO (Tomado de Linares, 2002).

En esa misma década, se sintetizó la imipramina, la cual es una molécula con tres anillos, por lo cual se clasificó como parte de los compuestos tricíclicos. La imipramina se sintetizó originalmente para el manejo de la psicosis, y concretamente para el manejo de la esquizofrenia. Estructuralmente es muy parecida a la clorpromazina, primer antipsicótico. Al administrar imipramina en los enfermos esquizofrénicos, estos no mejoraron de su psicosis, pero si hubo una mejoría del estado de ánimo. Utilizada en deprimidos, la imipramina se comportaba eficazmente (Lamoglia 2005).

Finalmente, se hizo la observación de que si dos medicamentos, que mejoraban la depresión, parecían trabajar aumentando la cantidad de norepinefrina y serotonina en la sinapsis y que otro medicamento, antihipertensivo, la reserpina, producía disminución psináptica de estas mismas moléculas, al ser administrada en sujetos hipertensos, y hacía que estos desarrollaran depresión mayor, llevó a considerar la hipótesis monoaminérgica de la depresión, la cual sostiene que en esta enfermedad hay una disminución del funcionamiento de los sistemas noradrenérgicos y serotoninérgicos (Lamoglia, 2005).

2.5.2 Terapia electroconvulsiva

La terapia electroconvulsiva (TEC), comúnmente llamada tratamiento de shock, ha tenido mala prensa debido a su efecto de pérdida potencial de memoria, desde que fue introducida en los años treinta. La TEC se ha sofisticado a lo largo de los años y es actualmente efectiva en el 90% de las personas con estado de ánimo deprimido. Muchos expertos recomiendan el uso de la TEC al comienzo de la depresión mayor (Lamoglia 2005).

La TEC puede ser beneficiosa para pacientes que no pueden, por alguna razón, tomar medicaciones antidepresivas, para los pacientes suicidas, y para pacientes mayores que son psicóticos y depresivos.

Algunos médicos creen que es más seguro el uso de la TEC que el de muchos antidepresivos en las pacientes embarazadas o que tienen algunos problemas

cardíacos, y puede también ser de ayuda para pacientes jóvenes que encajan en los criterios de adultos para la TEC. El procedimiento de la TEC es el siguiente:

- a) se administra un relajante muscular y un anestésico de acción corta,
- b) se envía al cerebro una cantidad corta de corriente, causando una convulsión generalizada que dura unos 40 segundos. La hospitalización no es necesaria para el tratamiento; la mayoría de los pacientes tienen seis semanas de tratamiento, en intervalos de dos a cinco días. Otros pacientes reciben hasta 15 tratamientos, seguidos por seis a doce tratamientos adicionales a semanas alternas o más espaciados durante dos a cuatro meses.
- c) Los efectos secundarios de la TEC pueden incluir confusión temporal, lapsos de memoria, dolor de cabeza, náuseas, dolor muscular y alteraciones cardíacas. Si se administra el fármaco naloxona inmediatamente antes de la TEC puede reducir sus efectos sobre la concentración y algunas de las formas de deterioro de la memoria.

2.5.3 Fototerapia

La fototerapia se recomienda como primera línea de tratamiento en el trastorno afectivo estacional (SAD). Su procedimiento es no invasivo y sencillo, se ejecuta mejor inmediatamente después de levantarse por la mañana, el paciente se sienta a unos pocos pies de una especie de caja que emite una luz brillante durante 30 minutos cada día (Lamoglia, 2005).

Algunas personas describen mejora de ánimo ya dos días después del tratamiento. En otras la depresión no puede desaparecer durante tres o cuatro semanas. Los efectos secundarios incluyen dolor de cabeza, vista cansada e irritabilidad, aunque estos síntomas tienden a desaparecer en una semana. Los pacientes que toman fármacos fotosensibilizantes, algunos antibióticos, o fármacos antipsicóticos no deben utilizar la fototerapia.

2.5.4 Cingulotomía

Una técnica quirúrgica llamada cingulotomía interrumpe el gyrus cíngulo, conjunto de fibras nerviosas de la parte frontal del cerebro, mediante la aplicación de calor

o frío. El procedimiento es generalmente seguro con pocas complicaciones serias; no afecta ni el intelecto ni la memoria (Lamoglia, 2005).

Si bien las últimas terapias enumeradas son recientes, no siempre es posible su aplicación en el contexto de las clínicas de atención con que se cuenta en México. Justamente, para comentar la situación de la depresión en nuestro país, dedicaremos el siguiente capítulo.

CAPITULO III

PANORAMA DE LA DEPRESIÓN EN MÉXICO

Hace casi una década el estudio de la carga global de la enfermedad resaltó la importancia de los trastornos mentales como un problema prioritario de salud pública mundial. Anteriormente, las prioridades de salud se estimaron utilizando solamente indicadores de mortalidad. Incluyendo el número de días vividos con discapacidad, las enfermedades neuropsiquiátricas se colocaron entre las que más carga representan a escala mundial.

Se atribuyó a estas enfermedades 10% de la carga global de la enfermedad (estimando que aumentará hasta 15% para 2020). La depresión unipolar destacó por ocupar el cuarto lugar mundial en la carga de la enfermedad, y se estimó que para el año 2020 ocupará el segundo lugar y el primero en países en desarrollo. Actualmente, de cada 10 pacientes que llegan al consultorio del médico general, uno padece depresión (Ruiz Armenta, 2003).

En 1997, algunas apreciaciones, conservadoras, señalaban que más de 150 millones de personas en el mundo presentaban depresión y requerían de tratamiento específico. Sólo en México se calculaba que más de 4 millones de habitantes sufrían depresión (Ruiz Armenta, 2003).

La depresión que en el 2005 ya afectaba a 340 millones de personas en el mundo podría convertirse dentro de unos 15 años en un problema de salud pública mundial, debido a que 75% de quienes la padecen no tratan esta enfermedad como tal (“Depresión, problema de salud pública mundial” en: El Economista, 26 de septiembre de 2005).

La gravedad del problema tanto en México como en el mundo es que la depresión no es atendida como la enfermedad ni como el producto de alteraciones químicas a nivel cerebral que significa, lo que propicia un deterioro social y del funcionamiento ocupacional de quienes la sufren. Como se señaló en el capítulo anterior, entre otros síntomas, la depresión favorece la presencia de trastornos psiquiátricos y médicos como cansancio, pérdida de energía, alteraciones de sueño (insomnio o exceso de sueño), incremento o disminución del apetito, desórdenes gastrointestinales y fuertes dolores musculares y de cabeza, lo que impacta directamente en el rendimiento laboral, académico o de interrelación social de los individuos.

A continuación, se presentan algunos estudios y cifras de la depresión en México, así como la propuesta curricular de la formación de psicólogos en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, como preámbulo a la exposición de los casos de atención en los que participó la sustentante y que serán presentados en el siguiente capítulo.

3.1 Datos de la depresión en México

Para tener una apreciación de la magnitud de este problema es útil considerar las tasas de depresión en instituciones psiquiátricas, hospitales generales, población estudiantil y población general.

Por ejemplo, en las instituciones psiquiátricas de nuestro país, tanto en el Distrito Federal como en el resto de la república, se ha encontrado que los trastornos afectivos (dentro de los cuales se encuentra la depresión), ocupan el cuarto lugar entre los distintos diagnósticos, sólo superados por la esquizofrenia, la psicosis orgánica y la adicción a las drogas. Estos datos son compatibles con los reportados en otros países.

En los hospitales esta prevalencia aumenta. En el servicio de Psiquiatría del Hospital Español de la Ciudad de México, el diagnóstico de depresión ocupó el primer lugar entre todos los demás y alcanzó una prevalencia del 66% entre la población que acude a tratamiento; asimismo, en los Servicios de Medicina Interna y en las salas de pacientes crónicos se encontró un porcentaje del 38% y 48%, respectivamente (El Economista,2005) .

En relación con el primer nivel de atención médica, un estudio en México elaborado por Padilla y Peláez en 1985 sobre detección de trastornos emocionales, indicó que cerca del 51% se realizaron en un Centro de Salud; 43% en una Unidad de Medicina Familiar y 34% en un Hospital General, lo cual indica que, en promedio, 40 de cada 100 pacientes con problemas médicos que acuden a un primer nivel de atención presentan trastornos afectivos como cuadro acompañante o principal.

Entre la población general, las cifras que arrojan estudios de comunidad son reveladoras, tan sólo en una submuestra de la encuesta Nacional de Adicciones de 1998 se reportó que el 34% de la población estudiada presentaba uno a más síntomas de depresión; además 17% de mujeres y un 8.5% de hombres, (13% en promedio) presentó un sintomatología depresiva de moderada a severa. Así mismo, la ideación suicida, se reportó con una prevalencia del 10 al 14%; el 1.9% indicó haber estado a punto de quitarse la vida; y el 1.6% intentó suicidarse. Los intentos de suicidio fueron en un número significativamente mayor entre jóvenes, en tanto que la depresión fue más frecuente en la población de mayor edad (Ruiz Armenta, 2003).

Por lo que se refiere a la población estudiantil, según el Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental de la Universidad Nacional Autónoma de México de la UNAM, el síndrome depresivo ocupó el primer lugar entre todos los diagnósticos, con un porcentaje del 48%. La cifra es muy

cercana a la reportada por centros similares de Canadá e Inglaterra (“Padecimientos mentales en la población mexicana”, en: Gaceta UNAM, México, abril 2006, p.14).

De acuerdo con los resultados de una encuesta realizada por la Federación Mundial de Salud Mental (FMSM) en cinco países de América y Europa, dados a conocer el 10 de agosto de 2005, en México existe un estimado de 15 millones de mexicanos que padecen este mal. El estudio difundido en la Gaceta del Instituto de Investigaciones Biomédicas (IIB) de la UNAM, revela además que aproximadamente 72 por ciento de quienes la padecen desconocen que sufren depresión (El Economista, septiembre 2005).

Rosalba Namihira, encargada del área de comunicación social y prensa del IIB, detalla los resultados de la encuesta, así como el panorama de esta enfermedad en el mundo y en el país. De esta forma, describe que el padecimiento incrementa el riesgo de mortalidad entre quienes la padecen, pues según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) estiman que más de 75 por ciento de los deprimidos jamás reciben tratamiento y 15 por ciento de los enfermos incuban ideas suicidas (“Padecimientos mentales en la población mexicana”, en: Gaceta UNAM, México, abril 2006, p.14).

Conforme a los más recientes estudios, en México 12% de las mujeres presentan durante su vida algún episodio depresivo mayor, contra sólo ocho por ciento de los varones.

Según datos presentados en la Secretaría de Salud, la depresión, afecta dos veces más a las mujeres que a los hombres. La edad de más alto riesgo es entre los 25 y los 44 años, la cual coincide con la etapa de mayor productividad en el empleo, así como con los años de maternidad. Asimismo, las mujeres buscan más ayuda que los hombres, debido a que el riesgo de caer en

depresión es de 3 a 12% en los hombres y del 20 a 26% en las mujeres (Secretaría de Educación Pública; Instituto Nacional de Psiquiatría de la Secretaría de Salud. Encuesta de estudiantes del D.F. del 2000).

La depresión en grupos más jóvenes, aumenta el riesgo de alcoholismo, abuso de drogas y suicidio. Cerca del 60% de todos los suicidios están relacionados con este padecimiento. En México, se ha encontrado que el grupo de 15 a 19 años presenta mayor tasa de suicidios. Para los hombres es más alta la tasa de consumación del mismo, aún cuando es en las mujeres quienes más intentos presentan.

A pesar de los graves síntomas, 30% de los pacientes espera hasta cinco años antes de recibir un diagnóstico apropiado, y mientras tanto sufre fuertes dolores de cabeza o musculares que en promedio tardan 11 meses en convencer a la persona de ir al médico. De hecho, del 100% de las personas que padecen depresión, solo un 10% consulta al médico. De estos últimos un 7 % acude a un médico general y el 3% restante al psiquiatra.

Por ello, la FMSM decidió realizar una encuesta en Brasil, Canadá, México, Alemania y Francia, que incluyó a 77 pacientes mayores de 18 años diagnosticados con depresión y tratados con antidepresivos, y a 756 médicos generales o psiquiatras que tratan un número mínimo de estos pacientes.

De ese total, "...64% decidió acudir al médico por síntomas físicos dolorosos como dolores vagos, mialgias (fuertes dolores musculares) y cefalea (intensos dolores de cabeza), entre otros padecimientos...", señala el organismo acreditado como consultor de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) (Encuesta de estudiantes del D.F. del 2000).

Según los datos disponibles, 79% de quienes decidieron acudir al médico lo hizo a consecuencia de síntomas no dolorosos como fatiga, sueño irregular, pérdida del apetito sexual, cambios de apetito y de peso corporal, mareos, tristeza y pérdida del interés.

En México se han llevado a cabo algunos estudios epidemiológicos para estimar la prevalencia de trastornos mentales, incluidos los trastornos y episodios depresivos, identificando, además, el proceso de búsqueda de ayuda.

Entre los trabajos previos cabe destacar un estudio llevado a cabo como parte de la Encuesta Nacional de Adicciones en 1988, en el cual se incluyó una sección para investigar la prevalencia de trastornos mentales en personas de entre 18 y 65 años de edad. Uno de los principales hallazgos fue que 34% de la población estudiada presentó uno o más síntomas de depresión durante el mes anterior al estudio. El 13% de la población presentó sintomatología severa con importantes variaciones de acuerdo con el sexo del entrevistado: 8.5% entre los hombres y 17% en las mujeres (Medina-Mora, María Elena; Manuel Mariño, et al. "Trastornos emocionales en población urbana mexicana: resultados de un estudio nacional" en: Salud Pública de México, México, Instituto Nacional de Psiquiatría, No. 3, 1992, pp. 48-55).

Las cifras de la Encuesta Nacional de Adicciones 2003, advierten que México entró al nuevo milenio con un aumento absoluto en el número de jóvenes vulnerables al mercado ilícito de las adicciones, quienes presentan padecimientos emocionales como la depresión. En población urbana de 18 a 65 años de edad, lo que se pudo constatar es que las personas con depresión pierden hasta 2.7 días más de trabajo que aquellas con otras enfermedades físicas, a pesar de no ser causa justificada de ausencia laboral. (Encuesta

Nacional de Adicciones 2003, tomado de Secretaria de Salud. Sección Prensa, publicado el 27 de noviembre de 2005)

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) proporcionó las primeras estimaciones nacionales de la prevalencia de los trastornos mentales. Se estimó que 8.4% de la población ha sufrido, según los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV-TR) un episodio de depresión mayor alguna vez en la vida con una mediana de edad de inicio de 24 años. Estas edades tempranas de inicio implican muchos años de sufrimiento y disrupciones en diferentes ámbitos de la vida como la educación, el empleo y el escoger la pareja. Algunos estudios en otros países sugieren que la edad de inicio para la depresión mayor está disminuyendo en cohortes recientes (Medina-Mora, María Elena; Guilherme Borges, et al. “Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México”, en: Salud Pública de México, México Instituto Nacional de Psiquiatría, No 46, 2004, pp. 417-419).

Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica		
Prevalencia de trastornos por uso de sustancias (alguna vez en la vida)		
Hombres		Mujeres
4.9 %	Consumo perjudicial de alcohol	0.3 %
11.5 %	Dependencia al alcohol	1.0 %
2.4 %	Consumo perjudicial de drogas	0.0 %
0.7 %	Dependencia a las drogas	0.2 %
2.9 %	Dependencia a la nicotina	0.9 %
17.6 %	Cualquier trastorno por uso de sustancias	2.0 %
Prevalencia de trastornos afectivos por sexo (alguna vez en la vida)		
2.0 %	Episodio depresivo mayor	4.5 %
0.6 %	Distimia	2.3 %
2.5 %	Episodio maniaco	1.7 %
6.7 %	Cualquier desorden afectivo	11.2 %
Prevalencia de trastornos		

de ansiedad por sexo (alguna vez en la vida)		
1.3 %	Trastorno de pánico	2.9 %
1.0 %	Agorafobia sin pánico	3.8 %
3.8 %	Fobia social	5.4 %
4.0 %	Fobia específica	9.8 %
0.7 %	Ansiedad generalizada	1.6 %
1.9 %	Postramático	3.3 %
9.5 %	Cualquier desorden de ansiedad	18.5 %

Fuente: Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, 2002.

Puesto que México es un país de población joven, con una edad mediana de 22 años, y que 34% de la población es menor a 15 años, según el censo del año 2000 (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. XII Censo General de Población y Vivienda 200, México, DF: INEGI; 2002), el estudio de la depresión que se inicia en la infancia o adolescencia es particularmente relevante. En estudios realizados en otros países, como Estados Unidos (Shaffer D, Fisher P, et al. The NIMH Diagnostic Interview Schedule for children Versión..., tomado de Medina-Mora, 2004), se estima una prevalencia de depresión mayor entre niños de 9 a 17 años de edad de alrededor de 5% en los últimos seis meses. En México, si bien se cuenta con estudios realizados en población escolar éstos se han hecho con instrumentos que miden la sintomatología y no el diagnóstico, y tienen una cobertura limitada (Medina-Mora, María Elena, Pablo Cravioto, et al. "Consumo de drogas entre adolescentes : Resultados de la Encuesta Nacional 1998" en: Salud Pública de México, México, No. 45, 2003, pp. 15 y 25).

Los resultados de este estudio nacional arrojaron que la prevalencia de depresión con inicio temprano en México es menos de la mitad de la que se observa en otros países como EUA, donde se estima en 5%. Sin embargo, es preocupante la menor proporción de jóvenes necesitados que reciben servicios, la larga espera para buscar atención de los que sí recibieron tratamiento y el

impacto que eso tiene en la duración del primer episodio y la reincidencia de episodios.

El Informe Mundial sobre la Salud de 2001, refiere que la prevalencia puntual de depresión en el mundo en los hombres es de 1.9% y de 3.2% en las mujeres; la prevalencia para un periodo de 12 meses es de 5.8% y 9.5%, respectivamente (OMS, 2001).

En México, Julio Frenk (1999) y colaboradores estimaron que los trastornos neuropsiquiátricos ocupan el quinto lugar como carga de enfermedad, que considera indicadores de muerte prematura y días vividos con discapacidad. Así, 4 de las 10 enfermedades más discapacitantes son neuropsiquiátricas: esquizofrenia, depresión, trastorno obsesivo-compulsivo y alcoholismo.

En otro estudio efectuado en la Ciudad de México se encontró una prevalencia de episodios depresivos durante la vida (sin excluir al trastorno bipolar) de 8.3%, con un claro predominio de las mujeres (Caraveo, Juan; Nora Martínez. "Prevalencia en la vida de episodios depresivos y utilización de servicios especializados" en: *Salud Pública de México*, México, No. 20, Instituto Nacional de Psiquiatría, 1997, 15-23).

La ENEP, llevada a cabo en 2002 entre población urbana de 18 a 65 años de edad, concluyó que los trastornos afectivos (dentro de los que se incluyen los trastornos depresivos), se ubican, respecto al resto de los trastornos investigados, en tercer lugar en frecuencia para prevalencia alguna vez en la vida (14.3%) y los trastornos por uso de sustancias (9.2%). Al limitar el análisis de la encuesta a los 12 meses previos a su aplicación, los trastornos más comunes fueron los de ansiedad, seguidos por los afectivos. Al analizar los trastornos individualmente, el episodio depresivo pasa a un quinto lugar (luego de las fobias específicas, los trastornos de conducta, la dependencia al alcohol

y la fobia social), con una prevalencia de 3.3% alguna vez en la vida. Entre las mujeres, la depresión mayor ocupa el segundo lugar (Medina-Mora, 2004).

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño (ENED) 2002-2003, la prevalencia de depresión en adultos en México en el año anterior a la aplicación de la encuesta fue de 4.5%, con diferencias importantes entre sexos, grupos de edad y, en el caso de los hombres, lugar de residencia. En el país, el porcentaje de mujeres que refieren una sintomatología compatible con depresión es de 5.8%. La cifra correspondiente en los hombres es de 2.5% (Bello, Mariana; Esteban Puentes-Rosas, *et al.*, "Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México" en: *Salud Pública de México*, México, Instituto Nacional de Psiquiatría, No. 47, suplemento 1 de 2005, p. 6).

Las diferencias entre hombres y mujeres respecto a la prevalencia de depresión se mantiene de manera consistente independientemente del grupo de edad estudiado; el porcentaje de individuos afectados, por otro lado, se incrementa con la edad en ambos sexos. En el caso de las mujeres, el porcentaje de las afectadas fue de 4% en las menores de 40 años de edad y alcanzó una cifra de 9.5% entre las mayores de 60 años. La prevalencia en mujeres de 40 años es significativamente menor que la de los otros dos grupos analizados. Entre los hombres la prevalencia de depresión fue de 1.6% en los menores de 40 años de edad y de 5% en los adultos mayores

De acuerdo con los datos de la encuesta, la cifra de mujeres mayores de 18 años de edad con eventos depresivos en el último año fue superior a 2,500,000. De estas mujeres, sólo 27.2% había sido alguna vez diagnosticada como depresiva por un médico y 7.9% había tomado medicamentos antidepresivos en la últimas dos semanas. En el caso de los hombres, poco más de 800,000 mayores de 18 años de edad en el país habían padecido depresión en el último año. En este caso, el porcentaje de los afectados que

contaban con diagnóstico médico fue de 19% y el de individuos con tratamiento de 6.1% (Bello y Puentes-Rosas, 2005).

En el ámbito estatal hay importantes diferencias en el porcentaje de diagnóstico. Las cifras más altas corresponden a Nuevo León con un porcentaje de 50.3%; Distrito Federal con 44.3% y Jalisco que registró 43.3%. Las cifras más bajas se observaron en Guerrero, con 2.4%; Hidalgo con 7.3% y Oaxaca con 7.5%, respectivamente.

3.2 Panorama de la atención a la depresión en México

El número de profesionales que se encuentran disponibles para la atención de trastornos mentales no es suficiente para atender satisfactoriamente las necesidades de la población. Esto es más evidente en las poblaciones alejadas de los centros urbanos en los que se concentran los especialistas de la atención en salud mental: psiquiatras, psicólogos, enfermeras y trabajadores sociales (Salgado, V.; Díaz Pérez, *et al.* "Modelo de integración de recursos para la atención de la salud mental en la población rural de México" en: *Salud Pública de México*, México, Instituto Nacional de Psiquiatría, No. 45, 2003, p. 19).

Existen un total de 2,300 médicos psiquiatras en el país, aproximadamente menos de la mitad están certificados, por lo que se cuenta con 2 psiquiatras por cada 100,000 habitantes. Hay .05 trabajadores sociales psiquiátricos y sólo .04 enfermeras psiquiátricas por cada 100,000 habitantes (Programa de Acción de Salud Mental: Programa Específico de depresión de la Secretaría de Salud del Gobierno Mexicano, México, 2005).

Según datos del Registro Nacional de Infraestructura para la Salud (RENIS), existen cerca de 12,000 unidades de consulta externa en el primer nivel de

atención, sin embargo, un número muy reducido cuentan con un servicio de salud mental (Medina-Mora, 2004).

El Distrito Federal concentra el 41% de los psiquiatras y psicólogos institucionales para la población abierta; únicamente 7 estados tienen suficiencia de psiquiatras (uno por 100 mil). En Campeche, Chihuahua, Quintana Roo y Zacatecas, la carencia de psiquiatras es casi absoluta. Otro aspecto a resaltar es que en las entidades federativas, estos profesionistas se concentran en las ciudades de mayor tamaño y desarrollo.

Los hospitales psiquiátricos dependientes de la SSA son en total 28, distribuidos en 21 entidades federativas, concentrándose en el Distrito Federal y en el Estado de México, lo cual coincide con la escasez de psiquiatras en los estados de Quintana Roo y Zacatecas. Las Instituciones de Seguridad Social cuentan con 4 hospitales, existiendo 8 más de carácter privado.

Existe un Instituto Nacional de Psiquiatría y adicionalmente otros Institutos Nacionales disponen de camas para la atención de estos enfermos. En 1999 el RENIS reportó un total de casi 6000 camas censables, lo que nos refleja un indicador de 0.6 por cada 10,000 habitantes, concentrándose en los Estados de México, Puebla, Hidalgo, Jalisco y el Distrito Federal. La mitad de estas camas estaban saturadas, sin movimiento y distribuidas de manera inequitativa, toda vez que los servicios se concentraban en las localidades de mayor desarrollo económico o en sitios alejados de las zonas urbanas (Medina-Mora, 2004).

3.3. Acciones preventivas

En México, existe un antecedente de la implantación de un modelo de atención primaria para la salud mental en un centro de salud de primer nivel de atención, inspirado en los preceptos del modelo de atención primaria formulado y

propuesto por la Organización Mundial de la Salud en la Conferencia de Alma-Ata en 1978 (Medina-Mora, 2004).

Los resultados de un año de trabajo mostraron que de 33,624 consultas médicas generales, 5,793 (17%) estuvieron relacionadas con problemas de salud mental. De estas últimas, en el 37% se diagnosticaron reacciones de adaptación (incluidas todas las reacciones depresivas ante padecimientos crónicos y a crisis por eventos de la vida (sustentado en el CIE 9) (Caraveo y Martínez, 1997).

Como quedó de manifiesto en el capítulo anterior, generalmente, los síntomas de la enfermedad depresiva no son bien reconocidos en el primer nivel de atención, tanto por el médico como por el paciente. Si no se trata adecuadamente a los pacientes con enfermedad depresiva, esto puede llevar al enfermo a una discapacidad grave, a su muerte por suicidio, al aumento de los costos del cuidado de la salud y al sufrimiento del paciente y de su familia.

Por lo tanto, los servicios primarios de salud en atención psiquiátrica que requiere la población no asegurada, tendrán que ser provistos en forma ambulatoria por personal previamente preparado, bajo la supervisión de los profesionales que trabajan en los niveles más complejos de atención (Medina-Mora, 2004).

Un programa a nivel nacional como el establecido en otros países y el que se efectúa de manera exclusiva en un Centro de Salud en nuestro país desde hace 5 años, favorecerá la capacitación de los médicos generales así como del personal de salud en general lo que permitirá una atención integral de los pacientes que sufren de esta enfermedad y coadyuvará al mejor entendimiento de la misma por parte de la población general, así como de los pacientes y de sus familiares.

Cuando no se cuenta con personal especializado, el médico general en las unidades de atención primaria orienta al paciente y a su familia, refiriéndolo, en el mejor de los casos, a instituciones especializadas con la consecuente pérdida de tiempo y de recursos materiales, así como con el inevitable riesgo de que el paciente no asista a la unidad médica especializada a la que ha sido referido (Medina-Mora 2004).

3.4. Acciones para diagnóstico

La depresión puede ser un trastorno difícil y confuso de diagnosticar por varias razones. El estigma que existe sobre las enfermedades psiquiátricas puede hacer que los pacientes no admitan la posibilidad de sufrir depresión y traten de esconder los síntomas a sus familias, patrones y médicos. La presentación clínica de la depresión puede ser la de un estado de ánimo abatido, irritabilidad o ansiedad, o bien, puede haber síntomas tales como dolor, fatiga o insomnio.

Más de la mitad de los pacientes deprimidos presentan padecimientos somáticos, tales como dolor de espalda, dolor de cabeza y afecciones gastrointestinales, por lo que los individuos pueden quejarse de estos síntomas y minimizar o esconder los componentes afectivos de la depresión, recibiendo exclusivamente tratamientos sintomáticos.

Los médicos de primer nivel juegan un papel muy importante en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos depresivos y, consecuentemente, en la prevención del suicidio. La incorporación de personal capacitado en materia de salud mental en las unidades de atención primaria, permite incrementar la capacidad resolutive de atención en las mismas al ofrecer una atención más rápida y oportuna; disminuye considerablemente la referencia de pacientes a instituciones especializadas con la consecuente disminución del gasto en salud

y, asimismo, permite a los médicos familiares y generales tener un mayor conocimiento de la patología mental y de su tratamiento eficaz.

3.5. Acciones para el tratamiento

Aunque la depresión tiene grandes posibilidades de tratamiento, no siempre es diagnosticada, lo que obstaculiza los esfuerzos para manejar las consecuencias económicas, sociales y de salud que tiene la depresión. Por ejemplo, los individuos deprimidos que no han sido diagnosticados pueden representar un costo mayor para la empresa o lugar de trabajo por causa de la depresión que por otras enfermedades mayores (Medina-Mora, 1992).

Las personas con desórdenes depresivos, generalmente buscan ayuda de su médico de cuidado primario para tratarse de diversos síntomas, los cuales rara vez incluyen *depresión*. El desorden casi siempre se presenta de manera oculta, con fatiga crónica, dolor o quejas somáticas no específicas. El estado depresivo puede ser evidente o puede manifestarse como indiferencia, flojera, incomodidad, "nervios", agitación o irritabilidad. Es por esto último que se requiere un conocimiento adecuado, ya que muchos síntomas presentes pueden ser depresivos y no de una afección de otro tipo.

Se ha estimado que aproximadamente la mitad de los individuos que sufren depresión no buscan tratamiento y que la depresión no se diagnostica en el 50% de los pacientes que sí buscan ayuda. Existen numerosos estudios que documentan la falta de reconocimiento de la depresión por parte de los médicos generales y de los de primer nivel (Medina-Mora, 1992).

La depresión responde adecuadamente al tratamiento con fármacos antidepresivos, sin embargo, los médicos generales u otros profesionistas,

frecuentemente prescriben dosis subterapéuticas o esquemas con una duración insuficiente del tratamiento.

Cuando los antidepresivos se utilizan adecuadamente, producen una mejoría significativa en el 65-80% de los pacientes deprimidos y han probado ser efectivos en la profilaxis del trastorno emocional recurrente. Un reciente estudio realizado en México, muestra que los médicos generales prescriben junto con los médicos internistas el 43.8% del total de antidepresivos que se prescribieron durante el año 2000. Otro aspecto importante es que al comparar la prescripción de estos antidepresivos entre el año 1999 y el 2000, los psiquiatras disminuyeron la prescripción en un 2%, mientras que los médicos generales aumentaron en un 14% y los médicos internistas en un 9%, respectivamente para cada año (Lamoglia, 2005).

3.6 La propuesta de integración del estudiante de Psicología a la atención de la depresión

El modelo curricular de la Facultad de Estudios Profesionales Zaragoza, determinó sus objetivos profesionales con base en la problemática real que la comunidad presentaba, al margen de demandas momentáneas (por ejemplo, aplicación de pruebas psicométricas, selección de personal, etc.) y ajustó los criterios metodológicos y las posibilidades tecnológicas de la profesión a esa problemática real para evaluarla críticamente en términos de sus efectos sociales a todos niveles (Planes y programas de estudios de la carrera de Psicología en la Universidad Nacional Autónoma de México, 1990).

Con base en esto, se logró el establecimiento de un perfil profesional para la Psicología que contribuyera a la solución de problemas en el nivel propio de su ámbito científico y la elaboración de contenidos emanados directamente de la Psicología para la integración del entrenamiento profesional.

Así, la actividad genérica del psicólogo como profesional, incluidas sus labores como investigador básico y aplicado, se encuadraron en aquellas situaciones

sociales en las que el factor humano es determinante; por lo tanto, se definieron cinco funciones profesionales:

- i. *Detección de problemas*: definidos en términos de carencias de formas de comportamiento socialmente deseables o de potencialidades cuyo desarrollo es requerido para satisfacer prioridades individuales o sociales (esto es, evaluación y diagnóstico)
- ii. *Funciones de Desarrollo*. Consisten en promover cambios a nivel individual o de grupos para facilitar la aparición de comportamientos potenciales requeridos para el cumplimiento de objetivos individuales y de grupo, en lo que a recursos humanos se refiere (es decir, educación y capacitación)
- iii. *Rehabilitación*. Se dirigen al remedio de aspectos deficitarios en el comportamiento de individuos o de grupos (reeducación y prótesis)
- iv. *Planeación y prevención*. Esto se relaciona con el diseño de ambientes, predicción de problemas a mediano y largo plazo y difusión de algunas actividades profesionales de apoyo entre personal paraprofesional y no profesional.
- v. Funciones de investigación orientadas a la evaluación controlada de instrumentos de medida, el diseño de tecnología y al establecimiento de habilidades interdisciplinarias en el área de la salud y del cambio social (Ribes y Rueda, 1980).

Para ubicar la actividad profesional del psicólogo en el contexto de la realidad nacional, se analizaron las necesidades sociales fundamentales con el objetivo de determinar los aspectos prioritarios en la formación del psicólogo.

Una de las premisas que dio base a la construcción del currículo de la carrera de psicología fue el ajustar los objetivos terminales a la formación de psicólogos capacitados no sólo para la solución de problemas concretos, en las áreas prioritarias mencionadas, sino también prever que fueran capaces de

diseñar e implementar tecnologías nuevas enfrentándose a la problemática social en forma creativa.

Bajo esta lógica, destaca el programa de Psicología clínica, que se inserta en el 6° y 7° semestres de la carrera, con la intención de que el módulo aplicado adquiera mayor relevancia y el teórico-metodológico adquiera la función de apoyo. De esta forma, la práctica de Psicología clínica persigue los siguientes objetivos con el fin de que los estudiantes cumplan de manera eficaz sus funciones como psicólogos y profesionales de la salud (Escuela Nacional de Estudios Profesionales, Carrera de Psicología, Plan de Estudios, octubre 1979).

1. Describirá las características de la evaluación multimodal y cognitiva como formas alternativas de obtención y clasificación de información en la terapia multimodal.
 - 1.1. Describirá los antecedentes, forma de empleo y propósitos de la evaluación multimodal.
 - 1.2. Describirá los antecedentes, forma de empleo y propósitos de la evaluación cognitiva.
 - 1.3. Evaluará las ventajas y desventajas de las evaluaciones multimodal y cognitiva.
2. Evaluará y explicará los procedimientos terapéuticos derivados del principio de Inhibición recíproca.
 - 2.1. Describirá las características de la técnica de desensibilización sistemática y sus variaciones.
 - 2.2. Describirá los primeros trabajos experimentales y las implicaciones de ellos, sobre la utilización y efectividad de la técnica de desensibilización sistemática.
 - 2.3. Evaluará la efectividad de la técnica y/o la relación teórica-práctica con base a los estudios más recientes.
 - 2.4. Describirá las características del entrenamiento asertivo y sus variaciones.
 - 2.5. Describirá los primeros trabajos experimentales y sus implicaciones para la utilización y efectividad del entrenamiento asertivo.
 - 2.6. Evaluará la efectividad y/o la relación teórico-práctica del entrenamiento asertivo con base en los estudios más recientes.
3. Evaluará y explicará los procedimientos terapéuticos derivados de los principios del aprendizaje vicario u observacional.

- 3.1. Describirá las características de la técnica de modelamiento.
 - 3.2. Describirá los primeros trabajos y las implicaciones de ellos, sobre la utilización y efectividad de la técnica de modelamiento.
 - 3.3. Evaluará la efectividad de la técnica y/o la relación teórico-práctica del modelamiento, con base en los estudios más recientes.
4. Evaluará y explicará los procedimientos terapéuticos derivados del paradigma del condicionamiento operante.
 - 4.1. Describirá las características de la técnica de modelamiento.
 - 4.2. Describirá los primeros trabajos experimentales y las implicaciones de ellos, sobre la utilización y efectividad de la técnica de modelamiento.
 - 4.3. Evaluará la efectividad de la técnica de modelamiento y/o la relación teórico-práctica, con base en los estudios más recientes.
 - 4.4. Describirá las características de la técnica de extinción operante.
 - 4.5. Describirá los primeros trabajos y sus implicaciones, sobre la utilización y efectividad de la técnica de extinción operante.
 - 4.6. Evaluará la efectividad de la técnica de extinción operante y/o la relación teórico-práctica, con base en los estudios más recientes.
 - 4.7. Describirá las características de la economía de fichas.
 - 4.8. Describirá los primeros trabajos experimentales y sus implicaciones, sobre la utilización y efectividad de la economía de fichas.
 - 4.9. Evaluará la utilidad de la economía de fichas y/o la relación teórico-práctica, con base en los estudios más recientes.
5. Evaluará y explicará los principales procedimientos de auto-control.
 - 5.1. Describirá las características de los principales procedimientos de auto-control
 - 5.2. Describirá los primeros trabajos experimentales y sus implicaciones sobre la utilización y efectividad de los procedimientos de auto-control.
 - 5.3. Evaluará la efectividad de los procedimientos de auto-control y/o la relación teórico-práctica, con base en los estudios más recientes.
6. Evaluará y explicará los procedimientos terapéuticos derivados del principio de extinción.
 - 6.1. Describirá las características del procedimiento de extinción.
 - 6.2. Describirá los primeros trabajos experimentales y sus implicaciones sobre la utilización y efectividad del principio de extinción
 - 6.3. Evaluará la efectividad de los procedimientos de extinción y/o la relación teórico-práctica, con base en los estudios más recientes.
7. Evaluará y explicará los procedimientos terapéuticos derivados del manejo del control aversivo.

- 7.1. Describirá las características de los principales procedimientos de control aversivo.
 - 7.2. Describirá los primeros trabajos experimentales y sus implicaciones sobre la utilización y efectividad del control aversivo.
 - 7.3. Evaluará la efectividad de los procedimientos de control aversivo y/o la relación teórico-práctica, con base en los estudios recientes.
8. Evaluará y explicará los procedimientos derivados de la aproximación cognitiva.
- 8.1. Describirá las características de los principales procedimientos cognitivos.
 - 8.2. Describirá los primeros trabajos experimentales y sus implicaciones sobre la utilización y efectividad de los procedimientos cognitivos.
 - 8.3. Evaluará la efectividad de los procedimientos cognitivos y/o la relación teórico-práctica, con base en los estudios más recientes.

Así, la práctica de Psicología clínica enfatiza la enseñanza de diseños, métodos y técnicas aplicadas que le permiten al estudiante no sólo dominar el área profesional sino disponer de una metodología indispensable para desarrollar estrategias en las nuevas situaciones en las que se verá expuesto, lo que redundará en un servicio eficiente y eficaz.

Sin embargo, como veremos en el siguiente apartado donde se recupera la propia experiencia de la sustentante, no siempre es posible el logro de estos objetivos, por diversas situaciones que serán comentadas con amplitud en la parte de las conclusiones.

CAPÍTULO IV

DESCRIPCIÓN DE CASOS

Los objetivos de la institución receptora, el Centro Comunitario de Salud Mental Cuauhtémoc, institución que depende de la Secretaría de Salubridad, consisten en que los prestadores de servicio social empleen los conocimientos teóricos y prácticos para dar un diagnóstico y tratamiento adecuado a los pacientes que demanden el servicio; y así contribuir al trabajo comunitario en la prevención primaria, secundaria y terciaria a través de los cursos de educación para la salud mental. Por otra parte se pretende conjugar al equipo de psiquiatras, trabajadoras sociales, enfermeras y psicólogos con el fin de dar atención integral y multidisciplinaria a los pacientes que demanden el servicio.

El centro fue creado con el fin de dar servicio ambulatorio, con atención en psiquiatría, trabajo social, y enfermería; teniendo todas estas actividades como objetivo principal el establecer un sistema de atención a la salud mental en el Distrito Federal que proporcione un servicio integral y multidisciplinario que brinde un diagnóstico y tratamiento adecuados a los problemas de la población en general, que acuda a este centro.

Con la intención de dar un buen servicio, el área de psicología está organizada de la siguiente manera:

- Atención a niños en problemas de conducta, problemas emocionales y problemas de aprendizaje.
- Atención a adolescentes en problemas de conducta, problemas emocionales, farmacodependencias y en la prevención y orientación en temas de sexualidad y enfermedades de transmisión sexual.

- Atención a adultos en problemas de conducta, problemas emocionales, conflictos de pareja, problemas familiares, problemas de alcoholismo y farmacodependencias.

Esta ayuda es otorgada a través de grupos de terapia para niños, adolescentes y adultos; psicoterapia individual, de pareja y familiar; así como también por medio de orientación en pláticas a la comunidad intra y extra muros.

Además de esto se hace una revisión semanal de algún caso clínico de alguno de los pacientes que acuden al servicio, esto se realiza a través de sesiones clínicas; por otra parte se realizan juntas de trabajo de manera general y en particular en el servicio de psicología en donde el jefe de psicólogos supervisa ya sea a los psicólogos de base, a los psicólogos residentes o a los prestadores de servicio social.

El servicio de psicología cuenta con 10 consultorios y dos cubículos, también con una biblioteca, archivo de pruebas psicométricas, archivo de expedientes y materiales de papelería. Este servicio está a cargo de 17 psicólogos de base, 28 residentes de psicología de la salud provenientes de otras instituciones y que asisten como apoyo al servicio, además de los prestadores de servicio social con un promedio máximo de dos prestadores.

DESCRIPCIÓN DE CASOS

En este capítulo se enunciarán los casos de pacientes deprimidos tratados por la sustentante durante el servicio social en el Centro Comunitario de Salud Mental Cuauhtémoc.

CASO No. 1

SEXO	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	ESCOLARIDAD
Femenino	20 años	8 de enero de 1979	México. D.F.	2º año de bachillerato

La paciente llega al centro por recomendación de la psicóloga de su escuela. La primera entrevista fue realizada por uno de los psiquiatras del centro comunitario que proporciona un diagnóstico de episodio depresivo leve y la remite al servicio de Psicología de dicha institución.

La paciente viene debido a recurrentes periodos depresivos en los que llora constantemente, comenta que con frecuencia está cansada, se siente triste, ya no quiere ver a sus amigos, le cuesta mucho trabajo concentrarse y piensa que nada tiene sentido.

La paciente es la hija mayor de un matrimonio que se disolvió a causa de los constantes viajes de su padre, por lo que la madre decide separarse y llevarse a la paciente y a su hermano, cinco años menor que ella, a vivir con sus abuelos.

La paciente es una mujer con baja autoestima, que se siente agobiada por la familia extensa de su madre, pues presentan una dinámica familiar en donde no están establecidos correctamente los límites, roles y responsabilidades que cada miembro debe llevar. Las familias de sus tíos están tan unidas que no han permitido un desarrollo de personalidad individual de los integrantes.

Cada vez que la paciente intenta tomar sus propias decisiones todos los demás opinan sobre lo que debe o no hacer, "cuando me equivoco o discuto con mi mamá, todos me critican y me señalan como mala hija; enojarme con ella, es enojarme con todo mundo".

Al parecer la madre de la paciente no tiene autoridad sobre ella y recurre a su familia para educarla. En cuanto a la relación con su padre la paciente sólo menciona que se fue por culpa de su madre y hasta la fecha no lo ha vuelto a ver.

Con respecto a las relaciones con sus amigos y compañeros, la paciente es insegura, le cuesta trabajo relacionarse y convivir con la gente. Sus relaciones son superficiales pues teme parecer tonta e inferior a sus iguales.

Es importante señalar que la información antes mencionada se obtuvo a través de las entrevistas y el registro de cada una de las sesiones de trabajo. Lo primero que se trabajó con la paciente fue la redefinición de su propia persona ayudándola a encontrar los puntos positivos y sus cualidades, como por ejemplo sus capacidades físicas para los deportes, su habilidad para dibujar y su gusto por la naturaleza. Esto le ayudó a adquirir seguridad y confianza en sí misma.

Por sugerencia de la paciente se solicitó la asistencia de su madre en donde se pudo confrontar el sentir de ambas partes, la paciente pudo externar lo que piensa y siente cada vez que su madre delega la responsabilidad de su educación a su familia. Este hecho permitió que la paciente pudiera sentirse más segura y con mayor autonomía sin ser descalificada.

Después de esto hubo otra entrevista con la madre de la paciente en donde ambas pudieron negociar diferentes situaciones como permisos de salir, obligaciones en casa y formas de comunicarse en caso de desacuerdos. Posteriormente la madre de la paciente acudió a terapia por sugerencia de la psicóloga para solucionar sus propias problemáticas.

Después de cuatro meses de asistir, una vez por semana, la paciente mostró una importante mejoría, por lo que fue dada de alta del servicio.

Cabe indicar que en el Centro Comunitario no existía ningún tipo de mecanismo para efectuar alguna evaluación a los pacientes. Únicamente se registraba el registro de los avances en un expediente clínico.

CASO No. 2

SEXO	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	ESCOLARIDAD
Masculino	42 años	14 de junio de 1957	México. D.F.	Ingeniero

El paciente solicita la consulta debido a que constantemente está cansado, se siente muy solo, tiene lapsos de total desganado y otros de mucha angustia.

La primera consulta fue realizada por el psiquiatra quien proporciona un diagnóstico de trastorno depresivo recurrente y prescribe trimipramina en dosis de 300 miligramos al día , canalizándolo además al servicio de Psicología.

El paciente ha presentado síntomas de hipoergía, insomnio, falta de apetito e irritabilidad. Los síntomas depresivos se han presentado desde hace varios años aunque antes no eran tan frecuentes ni tan severos. Todo se agrava a raíz del fracaso del negocio familiar.

La familia del paciente está integrada por su esposa y tres hijos todos estudiantes de nivel secundaria y bachillerato. Debido a la quiebra del negocio comienza a verse limitado el nivel económico de la familia que si bien no era alto, tampoco padecían carencias y podían darse algunos lujos. Los hijos del paciente tuvieron que dejar de estudiar pues asistían a escuelas particulares, también se deshicieron de diversas posesiones materiales. A partir de esta situación la salud física y mental del paciente decayó dramáticamente al grado de intentar suicidarse en dos ocasiones.

En las entrevistas el paciente refería constantemente que su padre estaría decepcionado de él, que lo habían educado para ser un triunfador y no un fracasado, "soy tan poca cosa que ni siquiera puedo hacerme responsable de mi familia".

En las siguientes sesiones el paciente presentó mejoría muy probablemente gracias al medicamento prescrito por el psiquiatra, comenzó a buscar trabajo y a pensar en soluciones para sus problemas económicos. Esta mejoría en el estado de ánimo se aprovechó en la terapia para profundizar en la relación padre - hijo del paciente, considerando los comentarios hechos en entrevistas pasadas.

La relación del paciente con su padre estuvo dirigida por una educación sumamente estricta y con una línea claramente machista, en donde el hombre debe ser el único proveedor, el protector y el pilar de la familia. Nunca se le permitió al paciente la expresión de emociones y los errores eran severamente castigados, el paciente refiere que de niño trataba siempre de dormirse antes de que su padre llegara a casa y que trataba a toda costa de cumplir y darle gusto a su papá en todo lo que éste le pidiera. Con todo esto el paciente desarrolló un tremendo miedo contra su padre que, con el paso del tiempo, fue encubriendo con una idealización y admiración por su padre.

Lamentablemente después de tres meses el paciente no llevó a término la terapia, debido a que encontró un trabajo fuera de la ciudad y no le fue posible seguir asistiendo a las entrevistas.

CASO No. 3

SEXO	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	ESCOLARIDAD
Femenino	36 años	17 de marzo de 1963	Tlaxcala, Tlax.	Primaria concluida

La paciente asistió al centro, canalizada de la escuela secundaria de uno de sus hijos. La primera entrevista fue realizada por uno de los psiquiatras del centro, diagnosticando trastorno depresivo recurrente y prescribe amoxapina en una dosis de 500 miligramos al día y remitiéndola al servicio de Psicología del centro.

La paciente recurre al servicio pues refiere llorar constantemente, todo el tiempo está triste, se siente agobiada por los problemas de casa, no quiere realizar la actividades normales de una ama de casa y casi todo el tiempo quiere estar durmiendo.

La familia está integrada por ella, su esposo y dos hijos que asisten a la secundaria. Esta paciente refiere estar harta de las obligaciones de casa, la rutina diaria de levantarse temprano, preparar a sus hijos, hacer comida, lavar, planchar, etc, para que al fin de cuentas nadie se lo agradezca.

En las entrevistas la paciente menciona que este sentimiento de vacío y soledad comenzó después de su segundo embarazo, el cual se desarrolló con ciertas dificultades de salud pues fue un embarazo de alto riesgo. El embarazo fue deseado por ella y por su esposo aunque acepta que la situación económica de su familia era bastante difícil en esos momentos. Después de muchos cuidados el embarazo llegó a término y la paciente refiere haber quedado exhausta, aunque estaba contenta por el nacimiento de su hijo, se sentía muy triste y cansada, al grado de tener problemas para cuidar a su bebé por lo que tuvo que pedir ayuda a su madre. Su esposo al darse cuenta de esta situación comenzó a reprocharle el desinterés hacia su nuevo hijo, y ella comenzó a sentirse culpable y a pensar que era una mala madre, por no atender a ninguno de sus dos hijos.

A pesar de todos estos problemas la paciente no recurrió con ningún especialista, y después de unos meses sintió que recuperaba el ánimo y fue retomando poco a poco sus responsabilidades como madre, esposa y ama de casa.

Aunque durante algún tiempo no se presentaron síntomas depresivos la paciente comenzaba a preocuparse por no tener una vida propia, pues estaba siempre ocupada de su familia pero no de ella misma. Con el paso del tiempo este

sentimiento fue aumentando hasta la fecha en que incluso le molesta tener que atender a sus hijos y a su esposo. "Ellos no me entienden solo ven a una sirvienta que tiene limpia la casa y les tiene listo todo".

La paciente se casó a los 21 años al quedar embarazada, tiene a su primer hijo a los 22 años y al segundo a los 24 años, no termina de estudiar y menciona que siente que le faltó mucho que vivir.

Con esta paciente se trabajó la elaboración de un proyecto en donde ella pudiera buscar actividades que le ayudaran a desarrollarse como persona sin dejar de lado sus responsabilidades como ama de casa.

La paciente empezó a recordar actividades que le gustaban antes de casarse y otras que dejó inconclusas debido a su embarazo. Escribió todas aquellas cosas que le gustaría hacer, con esta lista de actividades junto con la terapeuta empezó a analizar cuáles eran posibles y cuales no, debido a su circunstancia actual de vida, entre ellas la más importante era seguir estudiando y conseguir un empleo ya que además de ayudar a su esposo esto le permitiría sentirse útil y autosuficiente y dejar de depender de su familia.

Después de la definición de metas se realizaron algunas entrevistas con la paciente y su esposo para que pudieran negociar la posibilidad de organizarse y que ella pudiera realizar estas actividades en estas entrevistas la paciente pudo expresar sus sentimientos de vacío y soledad aún estando con su familia. Luego de negociar también se realizó una sesión con la familia completa para establecer las obligaciones que cada uno tendría pues la paciente retomaría sus estudios.

Después de tres meses y medio se dio de alta a la paciente pues presentó una rápida recuperación gracias al medicamento y a la terapia.

CASO No. 4

SEXO	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	ESCOLARIDAD
Femenino	19 años	25 de febrero de 1999	México. D.F.	Primer semestre de la Lic. en Derecho

La paciente acude al centro debido a múltiples problemas tanto en su familia, en la escuela y con sus amigos. La primera entrevista fue realizada por el psiquiatra del centro quien diagnostica trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado y prescribe imipramina en una dosis de 300 miligramos al día, además de ser canalizada al servicio de Psicología del centro.

La paciente acude a la primera entrevista presentando llanto incontrolable y dificultad para expresar verbalmente las razones de su estado. En esta sesión solo logra mencionar que se siente agobiada pues tiene muchos problemas y siente que nada le sale bien. Piensa que sus padres no la comprenden, que los maestros de la escuela están en su contra y que sus amigos no la toman en serio; en cuanto a su novio menciona que es la única persona que realmente la comprende y apoya, aunque él se molesta con frecuencia, lo justifica diciendo que ella tiene la culpa.

En las sesiones posteriores la paciente se muestra más tranquila aunque con facilidad se presenta el llanto que poco a poco va controlando.

La paciente es hija única, su madre se dedica al hogar aunque tiene que ocuparse a demás de su madre que está enferma, por lo que constantemente tiene que salir de su casa y dejar pendientes las actividades del hogar, su padre trabaja como chofer y casi nunca está en casa. La paciente refiere que casi siempre está sola y que cuando ve a sus padres solo es para pelearse y discutir con ellos.

Refiere que aunque nunca ha sido una excelente estudiante últimamente sus calificaciones han bajado y le cuesta mucho trabajo concentrarse y comprender las clases. Por otra parte menciona que nunca ha tenido muchos amigos aunque sí buenos compañeros que en la actualidad se han alejado de ella. Al de hablar de su novio los comentarios que hace sobre él son siempre positivos "el me cuida y me apoya, es la única persona que se preocupa por mi y trata de aconsejarme para que yo esté mejor", algunos de sus comentarios hacen pensar que probablemente exista una relación de control y sometimiento de la paciente y su novio.

En cuanto a su vida familiar la paciente reconoce que nunca le ha faltado nada, sus padres siempre han tratado de darle todo lo necesario, sin embargo, menciona que desde niña se ha sentido aislada y sola, ya que su madre siempre está ocupada en los asuntos de la casa, "ni siquiera me pregunta como estoy, como me siento o como me va en la escuela, mi papá solo llega para quejarse de lo mal que estuvo el día en su trabajo, se sienta a ver televisión y me ignora por completo, cree que con darme de comer y mandarme a la escuela ya cumplió con su papel de padre".

Con el paso de la sesiones se encuentra que probablemente la paciente haya desarrollado una relación de codependencia con su novio, pues habla mucho de él, se angustia mucho cuando siente que no cumplió con alguna de sus demandas y cuando da una opinión sobre algo dice "mi novio dice que...". Al parecer el novio llena aparentemente las necesidades afectivas de la paciente aunque ésta todavía no logra ver el costo que esto le implica.

Al preguntarle como se ha sentido con el medicamento la paciente se pone nerviosa y finalmente acepta que no lo está tomando, por comentarios que ha escuchado sobre que estos medicamentos causan problemas con el tiempo,

cuando se le pregunta dónde escuchó estos comentarios la respuesta es: "mi novio dice que..."; a este respecto se le da orientación sobre la importancia de la medicación.

En las siguientes sesiones la paciente se muestra distante y poco cooperadora y comenta que su novio no está de acuerdo con que asista a terapia "dice que eso sólo es para personas que están locas y que yo no lo estoy, además me quiere y va a ayudarme". Cuando se intenta hacer algún comentario sobre su novio ella lo defiende y niega que la esté manipulando.

En la última sesión menciona que se siente muy bien y que está muy feliz pues su novio le pidió que se fuera a vivir con él, que la quería y la iba a proteger de sus padres y de cualquier persona que quisiera hacerle daño. Desgraciadamente después de cinco semanas la paciente deserta del servicio.

CASO No. 5

SEXO	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	ESCOLARIDAD
Femenino	38 años	14 de mayo de 1961	México. D.F.	Bachillerato

La paciente acude al centro debido a un intento de suicidio. Es atendida en la primera entrevista por uno de los psiquiatras del centro quien proporciona un diagnóstico de posible episodio depresivo moderado, prescribe trimipramina en dosis de 300 miligramos al día y la canaliza al servicio de psicología

La paciente acude a la primera entrevista con un aspecto demacrado y falta de aseo personal, se muestra molesta pues no le permitieron terminar con su sufrimiento. Refiere sentirse triste todo el tiempo, estar cansada de vivir, no encuentra ningún interés en su vida.

La paciente es madre de tres hijos de 12, 9 y 6 años, tiene trece años de matrimonio y su esposo es contador. Comenzó a sentirse triste, cansada y a no poder dormir desde hace año y medio cuando descubrió que su esposo tenía otra mujer, menciona que se sintió traicionada y le reclamó a su esposo hecho que éste negó, en un principio ella le creyó pero empezó a vigilarlo a revisar su ropa, etc. y encontró cosas que indicaban que si tenía otra mujer.

Con todo esto comenzó a descuidar a sus hijos a estar enojada todo el tiempo, "desquito mi coraje contra mis hijos y ellos no tienen la culpa de lo que su padre hace". La pareja comenzó a tener más problemas pues los celos de ella provocaban disgusto en su esposo, intentó dejarlo en dos ocasiones pero tuvo miedo de no poder mantener a sus hijos ya que depende económicamente de él. Cuando se le pregunta a cerca de lo que siente refiere estar confundida dice que todavía lo quiere pero no sabe si podrá perdonarle la traición y el engaño. No sabe que hacer y prefiere morir que seguir sufriendo de esa manera.

Con esta paciente se trabajó en un principio la expectativa que ella tiene sobre la relación con su esposo, se trabajó con la autoestima y con los sentimientos de culpa. Esto se logró redefiniendo la situación de: él es el culpable o sólo yo tengo la culpa por la de los dos tenemos la responsabilidad de que el matrimonio no esté funcionando. Se ha notado más estable a la paciente, se le sugirió la posibilidad de que su esposo asistiera con ella a la terapia y estuvo de acuerdo.

En la entrevista con la pareja el esposo se mostró cooperador y expresó estar arrepentido con su comportamiento, aunque también señaló que se sentía abandonado por la paciente y agobiado por que ella sólo se quejaba de los problemas familiares. Al terminar la entrevista se sugirió que tomaran terapia de pareja para solucionar y definir situación, además de aprender a comunicarse y

expresar sus sentimientos, ambos aceptaron, por lo que se les canalizó con otro terapeuta especializado en terapia de pareja.

CASO No. 6

SEXO	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	ESCOLARIDAD
Femenino	43 años	12 de octubre de 1955	Estado de México	Carrera comercial

La paciente acude a la consulta pues la envían del Hospital Gregorio Salas por sentir tristeza, la paciente refiere que desde que era niña se sentía sola y que su familia no la quería, este sentimiento de tristeza se agrava después del casamiento de su única hijo.

La primera entrevista fue realizada por uno de los psiquiatras del centro quién la canaliza al departamento de psicología. En la primera entrevista la paciente se muestra en buenas condiciones de aliño e higiene, la expresión de su cara es de tristeza y comenta que no está segura del motivo por el cual asiste a la terapia, describe todas sus dolencias físicas que consisten en fatiga, falta de apetito, insomnio, dolores de cabeza frecuentes entre otros, durante la entrevista trata de contener sus emociones aunque fácilmente brota el llanto.

En las siguientes entrevista se busca información que ayuden a encontrar las causas de la tristeza de la paciente que aparentemente padece depresión. La paciente menciona que desde los seis años de edad era maltratada por sus hermanas mayores (ella es la quinta de 13 hermanos) "me jalaban de los cabellos y las orejas, llegué a pensar que yo no era hija de ni mamá".

La relación con la madre era muy distante pues ésta era poco comunicativa aunque era represiva con la paciente. El padre es alcohólico y actualmente vive con una de las hermanas de la paciente con quien esta última tuvo serios

problemas pues mantuvo una relación amorosa con su esposo. A los 7 años dos de sus hermanas mayores la jalaron y la golpearon "por culpa de mis hermanas quedé sorda del oído izquierdo".

Era buena estudiante aunque no tenía muchas amistades le costaba trabajo socializar; sus relaciones laborales eran escasas, solo obedecía lo que le mandaban, trabajó en dos ocasiones sin recibir salario, uno de estos trabajos se lo consiguió su hermana y duró un año, después lo abandonó por tener dificultades para escuchar. En la actualidad trabaja en la tienda d su mamá.

En cuanto a la relación con su marido tuvieron un noviazgo de 3 meses, se escapa con él y a su regreso la casan. Sus relaciones sexuales fueron insatisfactorias, pues estaban acompañadas de maltratos y amenazas. En la actualidad no mantiene relaciones con su esposos pues cada que ella busca acercamiento éste la tacha de prostituta.

Con esta paciente se trabajó el manejo de la inseguridad y angustia, así como la autoestima. Ha sido difícil trabajar con ella debido a sus problemas de audición, aunque se ha visto una mejoría pues su estado de ánimo en la entrevistas ha mejorado y dentro de sus posibilidades se muestra más cooperadora. Se reforzó la autoestima buscando localizar los eventos que provocan que se sienta desvalida y devaluada, a pesar de esto tuvo algunos retrocesos afectivos, por lo que fue necesario profundizar en su relación con padres y hermanos ayudándole a eliminar sentimientos de culpa por los que ella sentía que era maltratada. Después de más de cuatro meses se dio de alta a l a paciente satisfactoriamente.

CASO No. 7

SEXO	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	ESCOLARIDAD
Masculino	20 años	24 de julio de 1979	México. D.F.	3º año de bachillerato

El paciente acude a consulta pues necesita que la digan qué tiene, porqué se siente así, cuando habla sobre sus problemas se siente mejor. La primera entrevista se realizó por uno de los psiquiatras del centro quién proporciona un diagnóstico de distimia y disfunción familiar. Prescribe Mianserina 15 miligramos por día y solicita un E.E.G. aunque el paciente nunca lo realizó, también fue canalizado al departamento de psicología.

El paciente refiere llorar frecuentemente sobre todo cuando está solo y escucha alguna canción que le recuerda algo doloroso, algunas veces se siente rechazado por sus amigos, siente que no lo comprenden, le cuesta mucho trabajo concentrarse y su aprovechamiento escolar es muy bajo. Poco a poco ha ido perdiendo interés en las cosas que antes le gustaban, no tiene ganas de hacer nada, siente flojera, se duerme muy tarde y se levanta también muy tarde aunque siente que no descansa.

Recuerda que desde que tenía 7 años comenzó a sentirse muy triste pues se la pasaba pensando en los problemas de sus padres que discutían frecuentemente, algunas veces llegaron a los golpes y cuando el paciente trataba de defender a su madre sus padres le decía que no se metiera que no era asunto suyo. En una ocasión recuerda haber amenazado a su padre con un cuchillo y éste último lo golpeo en la cara. Es importante mencionar que el padre del paciente fue diagnosticado de esquizofrenia hace tres años. Desde pequeño el paciente recuerda que no ,o llevaban a visitar a sus familiares pues el padre tenía miedo que los fueran a lastimar. Con el paso del tiempo la tristeza fue aumentando, los problemas de sus padres continuaban y me iba mal en la escuela "cuando me decían que había sacado malas calificaciones me daba mucha tristeza y me sentía muy mal, pues esto hacía que me costara todavía más trabajo concentrarme", también refiere sentirse muy triste cuando tenía problemas con alguna de sus novias, comenta que tiene problemas para recordar cosas que le acaban de decir.

El paciente se presentó a las entrevistas mostrando una gran inconstancia (en ocasiones dejaba de asistir a consulta por más de un mes) y dificultad para acceder a recibir ayuda a pesar de estar conciente de que la necesita. La madre del paciente quién lo acompañó en algunas ocasiones también mostró desinterés pues es estudiante de biología y tiene otras ocupaciones más importantes para ella. Después de cinco meses el paciente deja de asistir a la consulta definitivamente,

CASO No. 8

SEXO	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	ESCOLARIDAD
Femenino	26 años	27 de agosto de 1972	México. D.F.	Bachillerato

La paciente acude a consulta por recomendación de un familiar que está asistiendo al centro. La primera entrevista es realizada por uno de los psiquiatras del centro quien no proporciona un diagnóstico y la canaliza al departamento de psicología .

La paciente refiere sentirse muy mal " le dan depresiones", llora mucho, se enoja y le pega a su hija de seis años. Es responsable de sus dos hermanos, situación bastante desagradable para la paciente pues dice ya estar cansada de ocuparse de ellos. Comenta que busca ayuda pues le preocupa su comportamiento, sobre todo por su hija ya que no quiere perjudicarla.

La paciente recuerda que desde niña ha tenido depresiones, la primera ocasión fue cuando sus padres se separaron, lo que provoca mucha inestabilidad en su vida (la paciente tenía 5 años de edad cuando esto sucedió), cambia frecuentemente de lugar de residencia y de personas con las que convive. Debido a esto la madre de la paciente comienza a beber por lo que lleva a sus hijos con su madre, permanecen ahí durante dos años, sin embargo pasado este tiempo la

madre le reclama a su hija y le pide que se haga cargo de sus hijos, después de esto la madre de la paciente se los lleva a vivir a un cuarto. con toda esta situación la paciente se ve en la necesidad de hacerse cargo de sus hermanos ya que la mamá continúa con el alcoholismo.

A los 14 años la paciente se siente muy deprimida y toma pastillas para quitarse la vida, en la secundaria recuerda que faltaba frecuentemente a clases, le daban ataques de nervios, lloraba le dolía el pecho y sentía entumecimiento en las manos, en otras ocasiones se golpeó contra la pared y se cortó con un cuchillo.

A los 12 años el padre de la paciente los busca a ella y a sus hermanos para llevárselos a vivir con él. dos años después la madre de la paciente se va a vivir con ellos y el padre decide irse nuevamente. En la actualidad la paciente y sus hermanos viven en el departamento que su padre les compró y se mantienen con el dinero que éste les da.

A los 19 años la paciente conoce "al padre de su hija", quien le ofrece una relación sin compromisos a los que ella accede sin problema, dos meses después la paciente queda embarazada, al informarle de esta situación él le dice que se las arregle como pueda pues él va a irse a Londres a visitar a una novia que tiene allá. En un principio la paciente decide abortar aunque después recibe ayuda de su padre y hermanos aunque estos estuvieron muy enojados con ella. El embarazo se vivió de manera angustiante y dolorosa para la paciente pues se sentía muy solo y deprimida. El parto fue difícil y se deprimió aún más, por ese tiempo su pareja regresa de Inglaterra, conoce a su hija y decide hacerse cargo de los gastos, desde entonces conviven sin establecer un compromiso, la paciente de forma pasiva acepta las reglas que él le señala, lo cual implica que no vivan juntos aunque duermen juntos dos veces por semana. A pesar de aceptar las condiciones la paciente demanda atención y cariño del padre de su hija.

Con esta paciente se trabajó alentando la verbalización de sus sentimientos de enojo, culpa y abandono hacia sus padres, así como la orientación a cerca de la funciones que tiene como madre procurando evitar la sobreprotección, por lo que se le inscribió al curso para padres. También se le apoyó en la adquisición de confianza para tomar sus propias decisiones lo que incluyó la búsqueda de empleo y la continuidad en la terapia. La paciente concluyó satisfactoriamente la terapia después de seis meses de tratamiento.

Cabe señalar que los pacientes que se atendieron por la sustentante fueron canalizados del departamento de psiquiatría del Centro Comunitario, estos pacientes tenían ya el diagnóstico de depresión por parte del psiquiatra. Sin embargo, para corroborar el diagnóstico en algunos de los casos se recurrió a pruebas como en inventario de frases incompletas de Zacks, el HTP y el test de la figura humana, esto se realizó de manera independiente por parte de la responsable de los casos.

Entre las técnicas utilizadas para trabajar con estos pacientes, están las siguientes:

- ❖ Entrenamiento autoformativo
- ❖ Moldeamiento
- ❖ Manejo de contingencias
- ❖ Realización de contratos de contingencias
- ❖ Tiempo fuera

Desafortunadamente como se puede apreciar en la exposición de casos no fue posible verificar los resultados del tratamiento, esto debido a la deserción de los pacientes del Centro Comunitario de Salud Mental Cuauhtemoc.

CONCLUSIONES

La experiencia de trabajo social realizado en el Centro Comunitario de Salud Mental Cuauhtemoc, permite afirmar, en principio, que una escasa proporción de personas recurre a los servicios de salud por problemas de depresión, solicitando ayuda principalmente a familiares y amigos. Las razones para no buscar atención tienen que ver con el desconocimiento del tratamiento especializado, con prejuicios, con el desconocimiento del lugar donde solicitar la ayuda y con el estigma social relacionado con los trastornos mentales.

Un elemento adicional que debe tomarse en cuenta es que la demanda de atención no es eficazmente atendida por la carencia de médicos adecuadamente capacitados para el diagnóstico y tratamiento de los padecimientos mentales.

El principal problema que se enfrentó durante esta experiencia fue la imposibilidad de aplicar las terapias propuestas desde la disciplina psicológica, descritas en el capítulo I, ya que únicamente los psiquiatras del Centro prescribían medicamentos.

Lo anterior, toda vez que no se contó con el apoyo u orientación de profesores con mayor experiencia o en todo caso, los encargados del Centro a pesar de contar con experiencia, carecían de tiempo para la supervisión de los casos atendidos por los prestadores de servicio social. La presencia de especialistas con mayor experiencia que la nuestra era fundamental para poder proponer terapias conductuales o cognitivas que pudieron haber sido útiles para los pacientes, que a mi juicio, pudieron haber sido mejores que la simple prescripción de medicamentos.

También se encontró que la depresión es un padecimiento más frecuente en mujeres que en hombres. De acuerdo con las teorías y sintomatología que

analizamos en los capítulos I y II, queda de manifiesto que fue más fácil identificar la sintomatología en mujeres que en hombres debido a que social, cultural y clínicamente hablando, les es más permitido mostrar sus sentimientos.

Otra posible causa de la frecuencia de la depresión en mujeres es de tipo biológico, pues se ha encontrado que las hormonas juegan un papel importante en este padecimiento. Sin embargo, cabe recordar que esta perspectiva es más propia del área de la psiquiatría que de la psicología. En todo caso, estas disciplinas no se contraponen, por el contrario, se complementan, y en la experiencia de la sustentante durante el servicio social, se pudo observar como estas dos disciplinas aportan elementos que nos permiten dar un diagnóstico más certero para los pacientes.

Algo más que se encontró dentro de la experiencia con pacientes del Centro es que la depresión es una enfermedad que va en aumento y que ya no ataca solamente a mujeres y hombres en edad adulta o avanzada, sino también a la población infantil y juvenil de nuestro país. Al respecto, si bien de manera directa la sustentante no atendió casos exclusivamente de niños y jóvenes, sí constató por medio de la experiencia de sus compañeros del Centro, el incremento de este tipo de población con necesidad de atención por depresión.

En la práctica lograda y con la revisión de fuentes teóricas, se logra concluir que la clínica de la depresión no debe reducirse a la simple enumeración de una lista de síntomas. La enfermedad depresiva es una patología en la cual también suelen intervenir los acontecimientos cotidianos y la personalidad.

La dificultad de elaborar diagnósticos confiables y útiles, así como de prescribir tratamientos eficaces, aumenta debido a varios factores. Por ejemplo, si bien no se trabajó con muchos pacientes de edad avanzada, varios compañeros con mayor experiencia hicieron notar que en individuos de edad avanzada, es

bastante complicado diferenciar entre demencia, depresión y trastornos neurológicos.

Por lo tanto, para lograr un diagnóstico eficaz, fue esencial considerar las actitudes particulares de los pacientes y orientarlos hacia el logro del bienestar emocional y la salud mental. Es posible lograr esto con la aplicación de los enfoques cognoscitivos y conductuales, que se constituyeron en el principal marco de referencia para el diagnóstico de los pacientes tratados durante el servicio social.

De lo anterior se desprende que uno de los papeles del psicólogo clínico está en plantearle al paciente una serie de alternativas de solución diferentes a las que ha venido planteando y que aparentemente lo colocan en una situación sin salida. El plantearle otras alternativas le demuestra al paciente que lo que está haciendo hasta el momento no es lo único que puede hacer.

Otro de los papeles del psicólogo clínico es el escuchar el problema del paciente y estructurarlo dentro de un marco coherente que le permita al paciente analizarlo y comenzar a establecer soluciones viables dependiendo del peso emocional y objetivo, que determine.

El paciente debe de encontrarse en la posibilidad de establecer opciones que le permitan ejercer su responsabilidad como ser humano sobre su propia persona. De tal manera que tenga la libertad de decidir divorciarse o quedarse con una persona dependiendo de lo que sus emociones y sus razones le dicten, sin que necesariamente sea lo "lógico" o lo esperado después de un análisis objetivo.

Así, se considera que el tratamiento psicológico que en todos los casos requiere el enfermo debería comprender el psicoanálisis, la psicoterapia médica y la relación médico-paciente, en virtud de que todos actúan por mecanismos psicológicos.

Sin embargo, cabe advertir que el psicoanálisis es un tratamiento largo y costoso que no es muy recomendable en pacientes deprimidos. La psicoterapia cognitiva-conductual se realiza preferentemente de manera breve, por otra parte es importante completar el tratamiento con fármacos en las depresiones simples con elementos psicológicos desencadenantes de importancia. Finalmente la buena relación médico-paciente es indispensable en todos los casos de depresión pues a juicio de la sustentante, constituye el 50% del éxito del tratamiento de la depresión.

Por otra parte, dadas las cifras sobre infraestructura médica para atención de los padecimientos psicológicos presentadas en el capítulo III, es evidente que la atención del enfermo mental es una labor que se debería agregar a los servicios del primer nivel de atención médica.

Finalmente, conviene aclarar que los elementos teóricos y prácticos que nos dan en la escuela no son suficientes sobre todo en el área clínica para enfrentarnos a los pacientes en el trabajo profesional. Por lo que se considera que una formación completa en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza debe incluir el entrenamiento tanto de habilidades conductuales como cognitivas para ser efectivo, estas habilidades deben ir dirigidas para que el alumno sea capaz en su vida profesional de detectar de manera oportuna y precisa los síntomas y causas de la depresión, esto de acuerdo con las características de cada paciente, debe también ser capaz de proporcionar estrategias que permitan efectuar cambios a nivel individual y social.

Por otra parte es importante que el plan de estudios promueva de una manera más efectiva el interés de los alumnos por la investigación, ya que esto le permitirá tener mejores estrategias para planear sobre la prevención de la proliferación de los trastornos mentales proliferación.

Considero que la formación de los alumnos de psicología en particular de la FES Zaragoza debería ser más amplia y completa en el área clínica, pues existen otros padecimientos, además de la depresión, tales como la esquizofrenia, autismo, psicosis, entre otros, para los cuales se requiere capacitación tanto teórica como práctica para su tratamiento.

ANEXO I

CUESTIONARIO CET-DE

DIMENSIÓN I (humor depresivo)

1. ¿Nota pesimismo o sensación de amargura?
2. ¿Se siente triste?
3. ¿Nota falta de placer o de alegría?
4. ¿ Tiene sentimientos de inquietud, ansiedad, miedo o temor?
5. ¿Tiene muchas ganas de llorar o llora fácilmente?
6. ¿ Siente sufrimiento por vivir o le pesa la vida?
7. ¿Se siente enfermo del cuerpo o está pendiente de cómo va su cuerpo?
8. ¿ Siente todo el cuerpo pesado, rígido, con ardores o con cualquier otra clase de sensaciones difusas, molestas o extrañas?

Esta pregunta puede ser complementada con esta otra: ¿ Sufre algún dolor, opresión, ardor, hormigueo u otra sensación molesta localizada?
9. ¿ En la cabeza, la nuca, el cuello o la cara?
10. ¿En el pecho o la espalda?
11. ¿En el vientre, las nalgas, los genitales o el ano?
12. ¿En los miembros superiores (los brazos) o los miembros inferiores (las piernas)?
13. ¿Se nota incapaz de solucionar los problemas habituales de su vida?
14. ¿Se preocupa por cualquier contrariedad o se toma las cosas muy a pecho?
15. ¿Piensa más de lo habitual en problemas económicos o se cree arruinado?
16. ¿Tiene la preocupación de haber hecho algo malo o se siente indigno?
17. ¿Se cree responsable o culpable de sus trastornos actuales?

- 18. ¿Se siente menos que los demás o inferior a ellos?
- 19. ¿Cree que lo que le ocurre no tiene arreglo?
- 20. ¿Cree que no vale la pena vivir o tiene deseos de morir?
- 21. ¿Ha pensado en quitarse la vida o lo ha intentado?

DIMENSIÓN II (Anergia)

- 22. ¿Se siente aburrido, desganado o desinteresado por todo?
- 23. ¿Tiene dificultad para retener las cosas o no puede recordar?
- 24. ¿Le cuesta pensar o tener ideas?
- 25. ¿Tiene la sensación de no tener sentimientos?
- 26. ¿Le cuesta tomar decisiones?
- 27. ¿Ha disminuido su actividad habitual en los trabajos o en las distracciones?
- 28. ¿Se pasa en la cama más tiempo de lo habitual?
- 29. ¿Siente que la cabeza por dentro está paralizada o vacía?
- 30. ¿Tiene sequedad en la boca?
- 31. ¿Hace mal las digestiones o tiene náuseas o vómitos?
- 32. ¿Tiene estreñimiento o diarrea?
- 33. ¿Se siente agotado o se cansa enseguida?
- 34. ¿Se encuentra sin deseos o interés para la actividad sexual?
- 35. ¿Le da vueltas a las cosas o ideas de las que no se puede desligar?

DIMENSIÓN III (Discomunicación)

- 36. ¿Tiene algún trastorno de vista o de oído ajeno a su posible defecto habitual?

37. ¿Ha dejado de alegrarse con las experiencias agradables o con la compañía de los seres queridos?
38. ¿Se aflige por cualquier cosa o está más sensible que antes?
39. ¿Han dejado de afectarle las cosas importantes?
40. ¿Habla menos con su familia o con sus amistades?
41. ¿Se siente sólo, aislado o alejado de los demás?
42. ¿Se siente incomprendido, enfadado o molesto con otras personas?
43. ¿Se siente receloso o desconfiado?
44. ¿Nota algo extraño o cambiado en el ambiente o en el aspecto de las personas?
45. ¿Lee menos los periódicos, ve menos la televisión o escucha menos la radio?
46. ¿Habla preferentemente con los demás de sus trastornos o de su enfermedad?
47. ¿Está menos cariñoso o expresivo que habitualmente?
48. ¿Le resulta más difícil que antes entender las conversaciones o la televisión?
49. ¿Ha dejado de arreglarse o de vestirse como habitualmente?

DIMENSIÓN IV (Ritmopatía)

50. ¿Tarda mucho en quedarse dormido?
51. ¿Se despierta con frecuencia durante la noche o tiene pesadillas durante el sueño?
52. ¿Se despierta antes de lo habitual y ya no puede dormirse?
53. ¿Al despertar se encuentra muy cansado o su momento peor del día es el de despertar?
54. ¿Duerme, en conjunto más que antes?

55. ¿Se encuentra peor por las mañanas?
56. ¿Estás más activo por la noche que por el día?
57. ¿Nota variaciones en su modo de sentirse o en su conducta a lo largo del día?
58. ¿Tiene momentos durante el día en los que se queda medio dormido o traspuesto con una especie de ensueños?
59. ¿Ha perdido apetito o peso?
60. ¿Tiene momentos con sensación de hambre muy fuerte?
61. ¿Se le hacen los días muy largos o tiene sensación de que el tiempo va muy lento?
62. ¿Piensa más en las cosas del pasado que en las del presente?
63. ¿Ha dejado de tener planes para el futuro?

ANEXO II

CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS PARA LA DEPRESIÓN

CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS	CRITERIOS*	
Depresión menor	2-4 síntomas depresivos, incluyendo ánimo depresivo y anhedonia (1).	≥ 2 semanas
Distimia	3-4 síntomas distímicos, incluyendo ánimo depresivo (2).	≥ 2 semanas
Depresión mayor	≥ 5 síntomas depresivos, incluyendo ánimo depresivo o anhedonia .	≥ 2 semanas
Depresión mediana	Pocos (de cualquiera) síntomas en exceso, de aquellos requeridos para el diagnóstico, mínimo daño en el funcionamiento.	
Moderada	Más síntomas y de mayor intensidad de los síntomas depresivos, daño moderado en el funcionamiento .	
Severa	Marcada intensidad y perseverancia de los síntomas depresivos; daño sustancial en el funcionamiento .	

Fuente: Elaboración propia con criterios del DSM-IV: incluye síntomas de depresión mayor y distimia, pero solamente investiga criterios depresión menor.

- (1) Síntomas depresivos, incluye ánimo deprimido, anhedonia, cambio en el peso; problemas de sueño, problemas psicomotores, pérdida de energía, culpa excesiva; baja de concentración e ideación suicida.
- (2) Síntomas distímicos: incluye ánimo deprimido, poco apetito o comer en exceso, problemas de sueño, pérdida de energía; baja autoestima, baja concentración y desesperanza.

ANEXO III

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

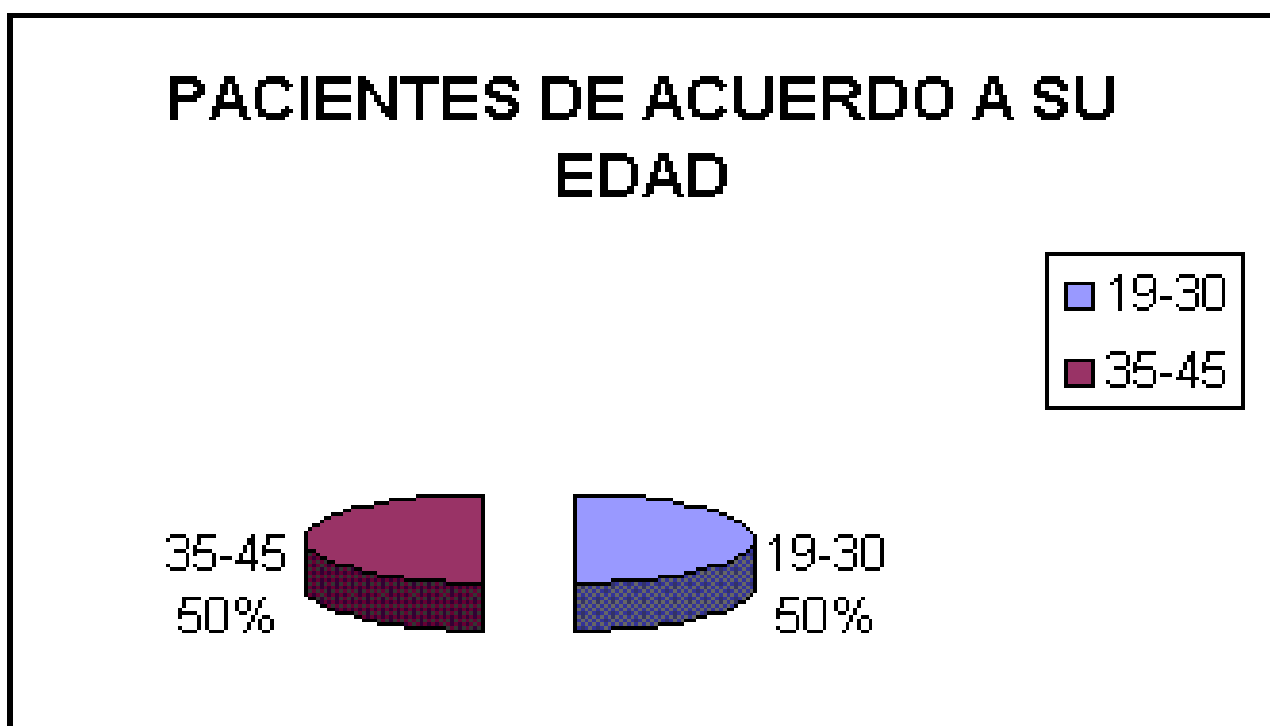
Tabla No. 1 que muestra el análisis de resultados de los pacientes tratados en el Centro Comunitario de Salud Mental Cuauhtémoc

SUJETOS	SEXO	EDAD	LUGAR DE NACIMIENTO	ESCOLARIDAD	MEDICAMENTO	TIEMPO DE TRATAMIENTO
1	FEMENINO	20	D.F.	BACHILLERATO		4 MESES
2	MASCULINO	42	D.F.	INGENIERIA	Trimipramina	3 MESES
3	FEMENINO	36	TLAXCALA	PRIMARIA	Amoxapina	3 MESES
4	FEMENINO	19	D.F.	LICENCIATURA	Imipramina	5 SEMANAS
5	FEMENINO	38	D.F.	BACHILLERATO	Trimipramina	2 MESES
6	FEMENINO	43	EDO. MÉXICO	C. COMERCIAL		4 MESES
7	MASCULINO	20	D.F.	BACHILLERATO	Mianserina	5 MESES
8	FEMENINO	26	D.F.	BACHILLERATO		6 MESES

Tabla 2 que muestra el número de pacientes atendidos de acuerdo a su edad*

EDAD	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
19-30 AÑOS	4	50%
35-45 AÑOS	4	50%
TOTAL	8	100%

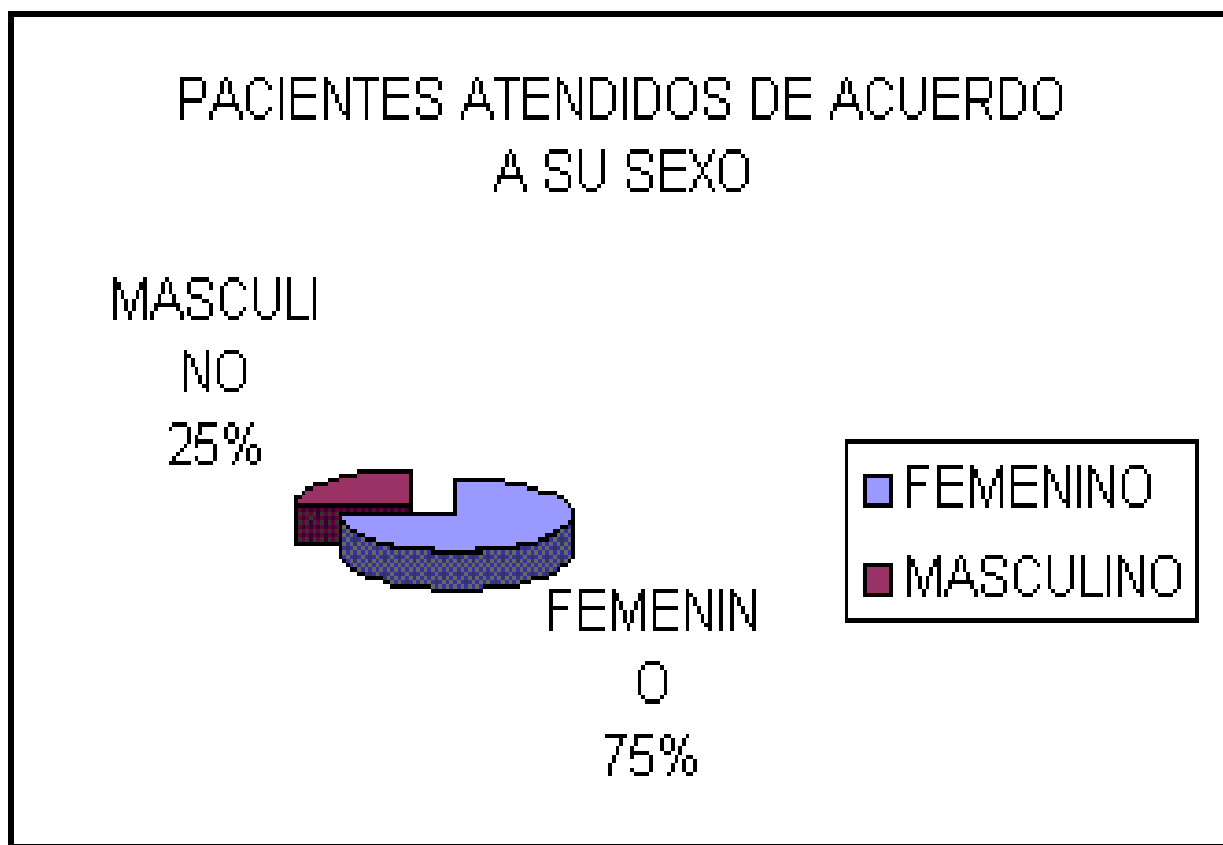
* Durante la estancia en el Centro Comunitario de Salud Mental Cuauhtémoc, no se atendió a pacientes en el rango entre los 30 y los 35 años de edad, toda vez que no se presentó ningún caso que estuviera en este rango de edad.



Gráfica 1 que muestra el número de pacientes atendidos de acuerdo a su edad

Tabla 3. Pacientes atendidos de acuerdo a su sexo.

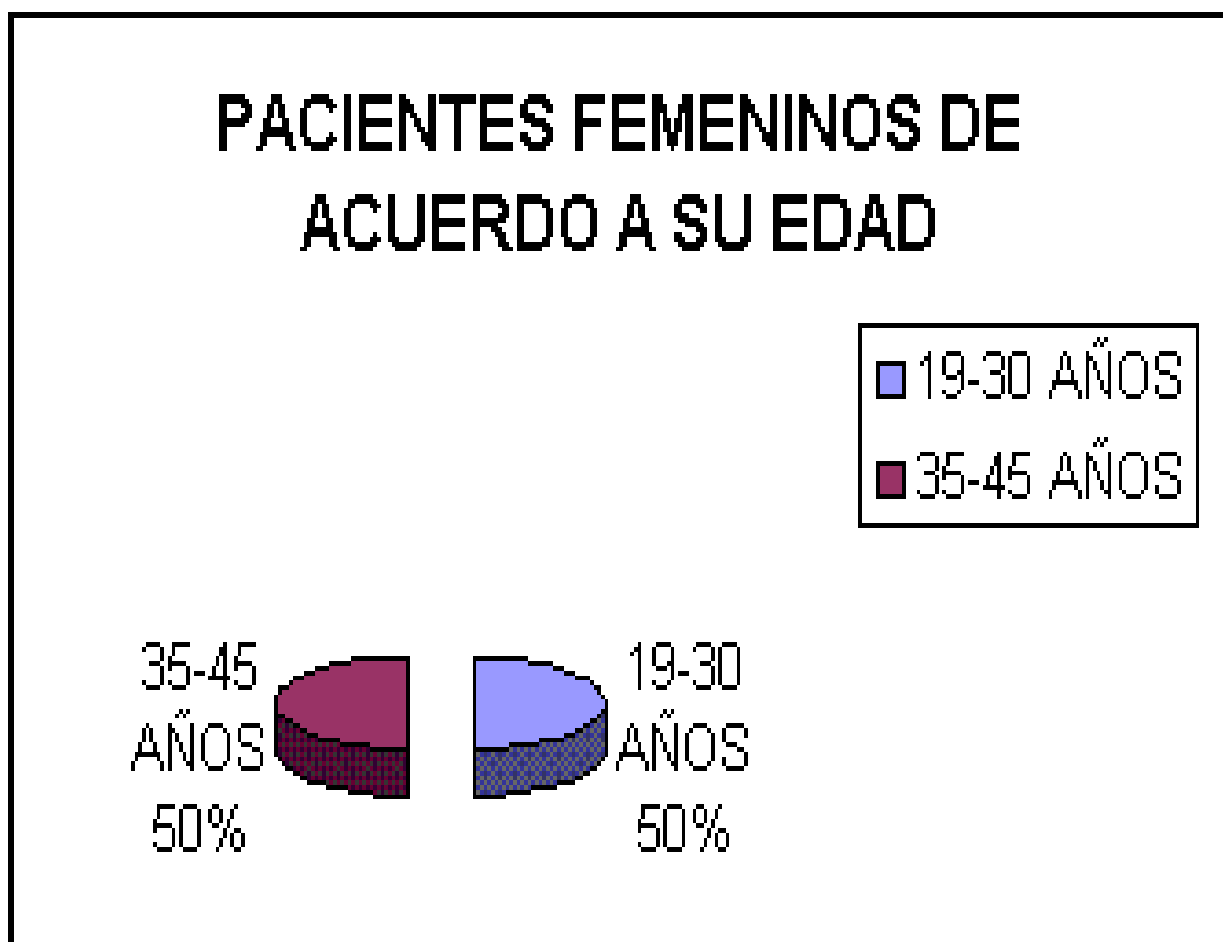
SEXO	PACIENTES	PORCENTAJE
FEMENINO	6	75%
MASCULINO	2	25%
TOTAL	8	100%



Gráfica 2 que muestra el porcentaje de pacientes atendidos de acuerdo a su sexo

Tabla 4. Pacientes femeninos atendidos de acuerdo a su edad

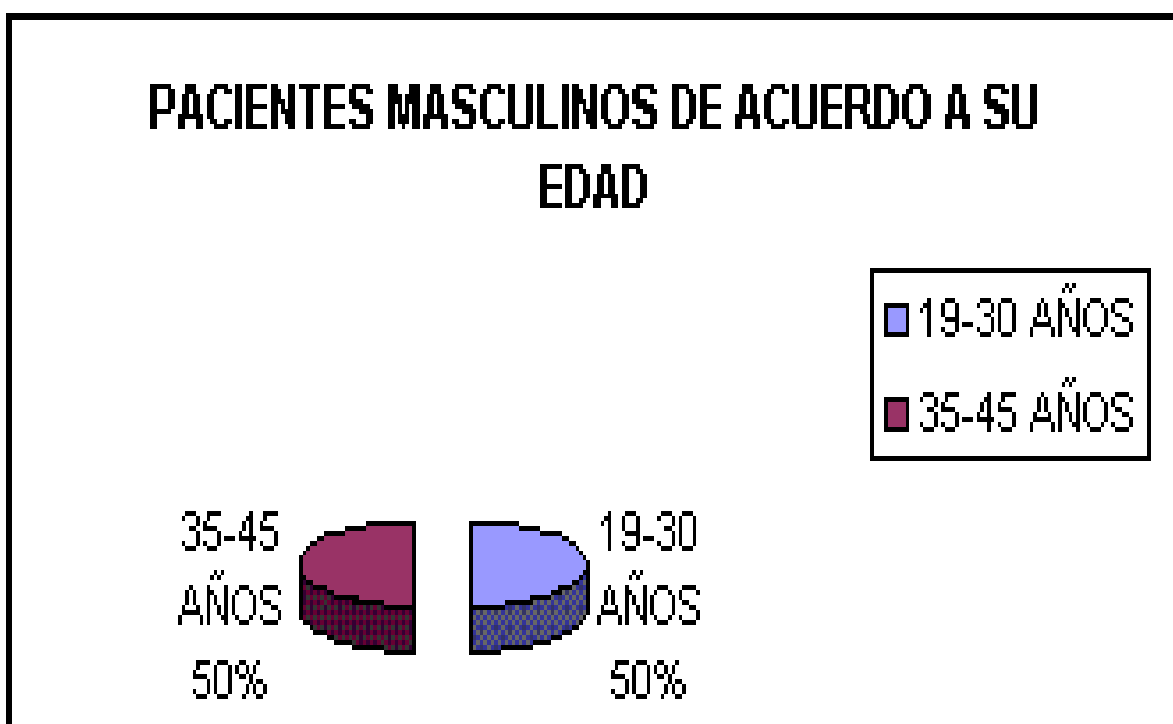
EDAD	PACIENTES	PORCENTAJE
19-30 AÑOS	3	50%
35-45 AÑOS	3	50%
TOTAL	6	100%



Gráfica 3 que muestra el porcentaje de pacientes femeninos atendidos de acuerdo a su edad

Tabla 5. Pacientes masculinos de acuerdo a su edad

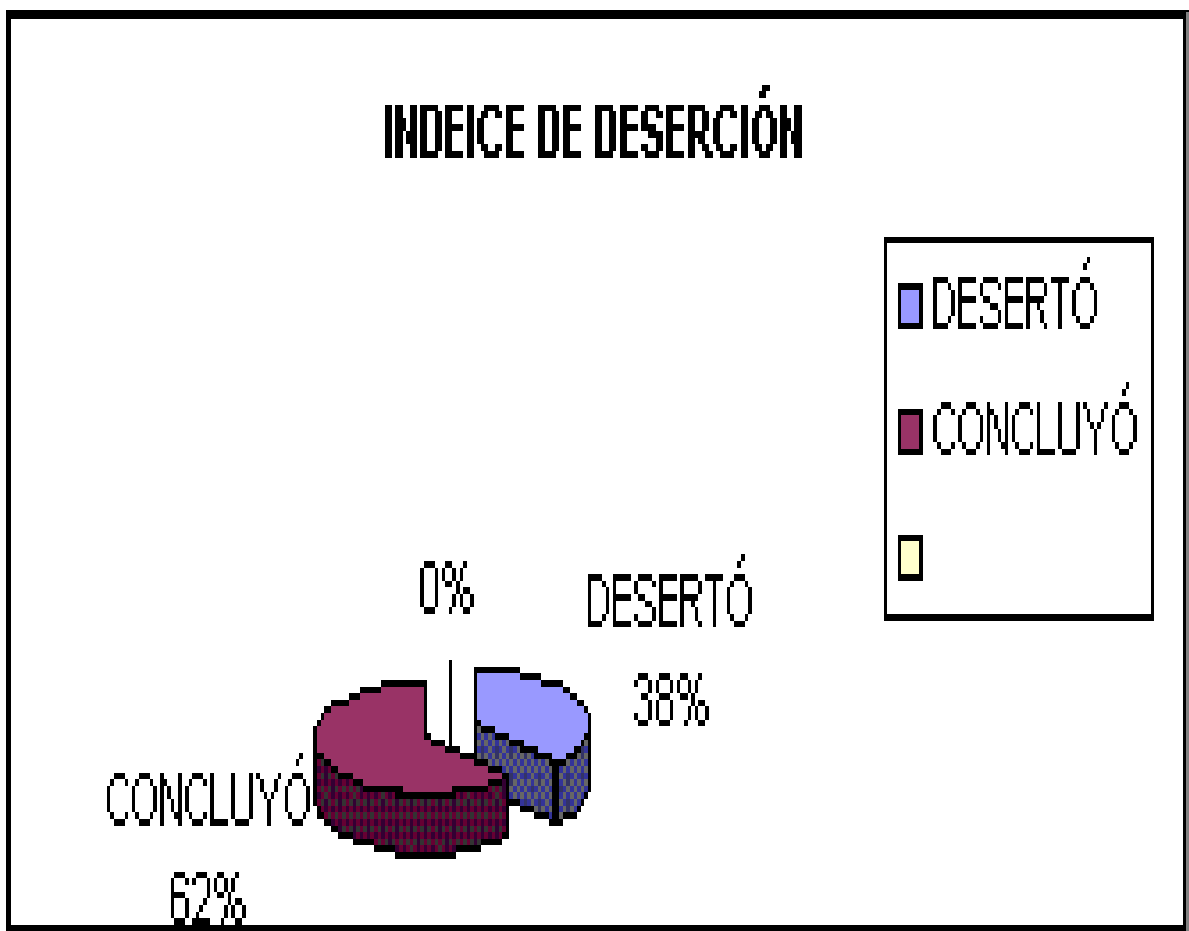
EDAD	PACIENTES	PORCENTAJE
19-30 AÑOS	1	50%
35-45 AÑOS	1	50%
TOTAL	2	100%



Gráfica 4 que muestra edades y porcentajes de pacientes masculinos de acuerdo a su edad.

Tabla 6. Índice de deserción

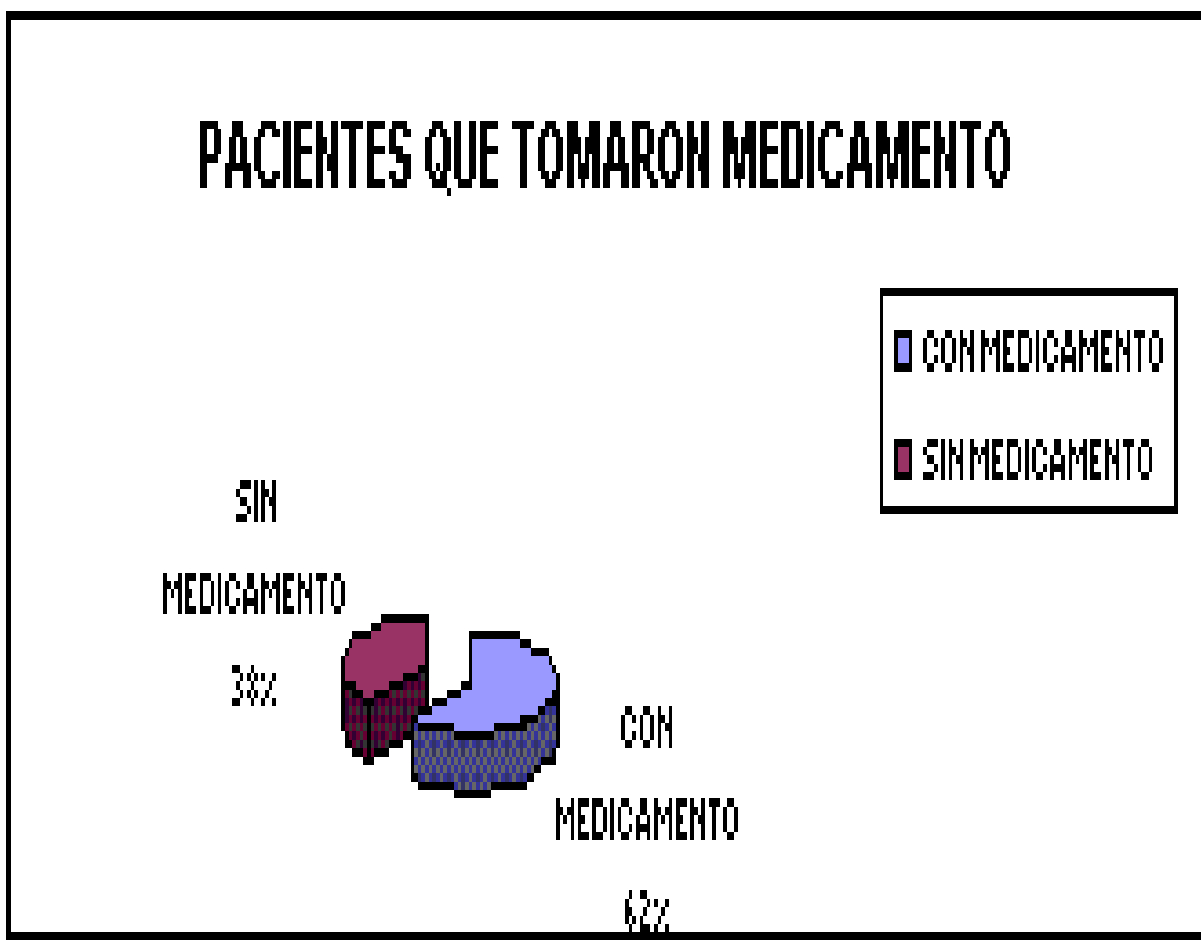
	PACIENTES	PORCENTAJE
DESERTÓ	3	62.5%
CONCLUYÓ	5	37.5%
TOTAL	8	100%



Gráfica 5 que muestra el índice de deserción de los pacientes de acuerdo al tratamiento prescrito.

Tabla 7. Pacientes que tomaron medicamento

	PACIENTES	PORCENTAJE
CON MEDICAMENTO	5	62.5%
SIN MEDICAMENTO	3	37.5%
TOTAL	8	100%



Gráfica 6 que muestra el porcentaje de pacientes que tomaron medicamentos

BIBLIOGRAFÍA

- ALONSO Fernández, Francisco. *La depresión y su diagnóstico*, Madrid, Ed. Labor, 1988.
- ALONSO Fernández, Francisco. *Claves de la depresión*, Madrid, Cooperación Editorial, 2001.
- AYUSO, José Luis; Jerónimo Saiz (coordinadores). *Depresión. Visión actual*, Madrid, Biblioteca Aula Médica, 1997.
- BAR Din, Anne. *La madre deprimida y el niño*, México, Siglo XXI, 1989
- BRETON, Sue. *La depresión*, México, Ed. Planeta, 1998.
- BROWN, G.W. y T. Harris. *Social origins of depression: a study of psychiatric disorder in women*, London, Tavistock Publ., 1978, ver Bar Din.
- FRENK, Julio; Raúl Lozano, et al. *Economía y Salud: propuesta para el avance del sistema de salud en México*; México, Fundación Mexicana para la Salud, 1999.
- GARCÍA Higuera, José Antonio. *La depresión. Tratamiento cognitivo-conductual*, Madrid, Centro de Psicología Clínica, 2004.
- JACKSON, Stanley W. *Historia de la melancolía y la depresión: desde los tiempos hipocráticos a la época moderna*, Madrid, Turner, 1989.
- LAMOGLIA, Ernesto. *Las máscaras de la depresión*, México, 2ª ed., Grijalbo, 2005.
- LAMOGLIA, Ernesto *El triángulo del dolor: abuso emocional, estrés y depresión*, México, Random House Mondadori, 2005.
- LINARES, Juan Luis. *Tras la honorable fachada: los trastornos depresivos desde una perspectiva relacional*, Barcelona, Paidós, 2000.
- LOO, Henri; Thierry Gallarda. *La enfermedad depresiva*, México, Siglo XXI, 2001.
- MARKOWITZ, John C. "Aprendizaje de nuevas psicoterapias" en: Quinn, Brian P. (Comp.) *La psicoterapia y el desarrollo de la atención sanitaria*, Nueva York, Dekker.
- MILLAS, Daniel. "Psiquiatría científica y psicoanálisis: una nueva perspectiva" en: Dudy Bleger (comp.). *La depresión y el reverso de la psiquiatría*, Argentina, Paidós, 1997.

- ORAJUELA López, Liliana. *Depresión, control y superación*. Madrid, libro Hobby, 2000.
- PIGNARRE, Philippe. *La depresión. Una epidemia de nuestro tiempo*, Madrid, Random House Mondadori, 2003.
- PUCHOL Esparza, David. *La depresión: 50 claves esenciales para su comprensión*, Madrid, C.I.E. Dossat, 2003.
- QUINET, Antonio. “Lo que los clásicos nos enseñan sobre la melancolía” en: Dudy Bleger (comp.). *La depresión y el reverso de la psiquiatría*, Buenos Aires, Paidós, 1997.
- RIBES, Eduardo; Carlos Rueda, et al. *Enseñanza, ejercicio e investigación de la psicología. Un modelo integral*, México, Trillas, 1980.
- SÁNCHEZ Moreno, Esteban. *Individuo, sociedad y depresión*, Malaga, Ed. Algibe, 2002.
- SANDERSON, William C. y Lata K. McGinn. “Terapia cognitivo-conductual para la depresión” en: Quinn, Brian P. (Comp.) *La psicoterapia y el desarrollo de la atención sanitaria*, Nueva York, Dekker, 2000.
- SOBRE-CASAS, Luis F. “Lo clásico en la depresión” en: Dudy Bleger (comp.). *La depresión y el reverso de la psiquiatría*, Argentina, Paidós, 1997.
- WEISSMAN, Myrna M. “La paradoja de la psicoterapia” en: Quinn, Brian P. (Comp.) *La psicoterapia y el desarrollo de la atención sanitaria*, Nueva York, Dekker.
- USTÛN, T. Bedirham. “El coste mundial de la depresión en el siglo XXI”, en: Myrna M. Weissman (coord.). *Tratamiento de la depresión, una puerta al Siglo XXI*, Ars Médica, 2001.
- YOST, Elizabeth; Larry E. Beutler, et all. *Terapia Cognoscitiva de grupo*, México, Limusa, 1991.

HEMEROGRAFÍA

- “Depresión, problema de salud pública mundial” en: *El Economista*, 26 de septiembre de 2005.
- “Padecimientos mentales en la población mexicana”, en: *Gaceta UNAM*, México, abril 2006, p. 14

BELLO, Mariana; Esteban Puentes-Rosas, *et al.*, “Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México” en: *Salud Pública de México*, México, Instituto Nacional de Psiquiatría, No. 47, suplemento 1 de 2005.

CARAVEO, Juan; Nora Martínez. “Prevalencia en la vida de episodios depresivos y utilización de servicios especializados” en: *Salud Pública de México*, México, No. 20, Instituto Nacional de Psiquiatría, 1997.

GONZÁLEZ-Forteza C, Ramos Lira L, *et al.*. “Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos” en: *Psicothema*, Buenos Aires, No. 15, 2003, pp. 524-532.

MEDINA-Mora, María Elena; Manuel Mariño, *et al.* “Trastornos emocionales en población urbana mexicana: resultados de un estudio nacional” en: *Salud Pública de México*, México, Instituto Nacional de Psiquiatría, No. 3, 1992, pp. 48-55.

MEDINA-Mora María Elena, Pablo Cravioto, *et al.* “Consumo de drogas entre adolescentes: Resultados de la Encuesta Nacional de 1998” en: *Salud Publica de México*, México, No. 45, 2003.

MEDINA-Mora, María Elena; Guilherme Borges, *et al.* “Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México”, en: *Salud Pública de México*, México, Instituto Nacional de Psiquiatría, No. 46, 2004, p. 417-419.

PADILLA, P; Peláez, O. “Detección de trastornos mentales en el primer nivel de atención médica” en: *Salud Pública de México*, México, Instituto Nacional de Psiquiatría, No. 8, 1985 p. 66-72.

RUIZ Armenta, Saúl. “Depresión” en: *Revista de Posgrado de la Universidad de Guadalajara*, México, UAG, 2003.

SALGADO, V.; Díaz Pérez, *et al.* “Modelo de integración de recursos para la atención de la salud mental en la población rural de México” en: *Salud Pública de México*, México, Instituto Nacional de Psiquiatría, No. 45, 2003, pp. 19-26.

VALADEZ Ramírez, Alfonso; Patricia Landa Durán. “La práctica de psicología clínica en el contexto del servicio social” en: *Revista Electrónica de Psicología*, México, FES-Iztacala, No. 3, Vol. 6, septiembre de 2003.

DOCUMENTOS CONSULTADOS

- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. XII Censo General de Población y Vivienda 2000, México, DF: INEGI; 2002

- Notas personales de trabajo durante la estancia en el Centro Comunitario de Salud Mental Cuauhtemoc.
- Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo, 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra, Suiza; Organización Mundial de la Salud, 2001
- Planes y programas de estudios de la carrera de psicología en la Universidad Nacional Autónoma de México, 1990.
- Programa de Acción de Salud Mental: Programa Específico de depresión de la Secretaría de Salud del Gobierno Mexicano, México, 2005.
- Secretaría de Educación Pública; Instituto Nacional de Psiquiatría de la Secretaría de Salud. Encuesta de Estudiantes del D.F. del 2000.