



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**DEPRESION NEUROTICA
Y FACTORES QUE LA ORIGINAN
EN PERSONAS
DE 40 A 60 AÑOS DE EDAD**

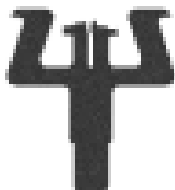
T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A:

PATRICIA GOMEZ MARTINEZ



**Facultad
de Psicología**

DIRECTOR DE TESIS: MC. ROBERTO PEIMBERT RAMOS

REVISORA: LIC. MARIA DE LA CONCEPCION CONDE ALVAREZ

CIUDAD UNIVERSITARIA, MEXICO, D.F.

2012



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.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**DEPRESIÓN NEURÓTICA
Y FACTORES QUE LA ORIGINAN
EN PERSONAS
DE 40 A 60 AÑOS DE EDAD**

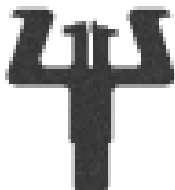
T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

PATRICIA GÓMEZ MARTÍNEZ



**Facultad
de Psicología**

DIRECTOR DE TESIS: MC. ROBERTO PEIMBERT RAMOS

REVISORA: LIC. MARÍA DE LA CONCEPCIÓN CONDE ÁLVAREZ

CIUDAD UNIVERSITARIA, MÉXICO, D.F.

2012

Dedicatoria

En lo familiar:

A mi madre y a mi padre, por darme la vida con todo su amor, ternura, cariño y motivación, de siempre;

A mis hijas e hijos, por su compañía, ternura, comprensión, motivación, amor y cariño, de siempre;

A mis nietas y nietos, por su dulce ternura y sus maravillosos encantos, trascendiendo mi vida;

A mis hermanas y hermanos, con su amor, cariño y motivación, de siempre.

En lo escolar:

A mi director, revisora y sinodales; por guiarme con profesionalismo y comprensión durante el desarrollo de mi tesis;

A mis compañeros (as) de todas mis clases, por su motivación y comprensión, de siempre;

A todos los maestros (as) de mis clases, por su enseñanza y orientación para lograr mis propósitos;

A mi Universidad Nacional Autónoma de México, por la oportunidad que me brinda para obtener mejores conocimientos lo, mejor posible;

A la Biblioteca de la Facultad de Psicología, por la amable atención y cálido apoyo del personal;

A la Biblioteca Central y a todas las bibliotecas de la UNAM, por la amable atención y cálido apoyo del personal.

En lo social:

A mis amistades, por su comprensión y motivación, de siempre.

En lo cultural, deportivo y servicios en general:

A todas las instalaciones de la UNAM, por sus valiosas aportaciones culturales, deportivas, áreas libres, servicios internos y motivación, como apoyo que permite acudir a clases con ahínco y entusiasmo.

"Muchas gracias a todos ustedes, su motivación y ejemplo, son y serán siempre, básicos para lograr más objetivos"

INDICE

DEDICATORIA
INDICE
RESUMEN
INTRODUCCIÓN

Capítulo I LA ESPECIE HUMANA (1)

Páginas:

1.1. Aparición en la Tierra de los seres humanos	2
1.1.1. La Energía o Luz Solar.....	2-3
1.1.2. Los Seres Humanos.....	3-4
1.1.3. ADN.....	4-5
1.1.4. Inteligencia del Hombre.....	5
1.2. Los seres humanos, su planeta y sus experiencias.....	5-6
1.3. ¿Qué hace diferente al Hombre con su misma especie y con otra?.....	6
1.3.1. Salud, enfermedad y derrota.....	7
1.4. Energías cinética y potencial.....	7-8
1.5. Etapas del desarrollo humano.....	9
1.5.1. Proceso y adquisición del conocimiento.....	9
1.5.2. La amistad.....	9
1.5.3. Cromosomas.....	9
1.5.4. Etapas del desarrollo adulto.....	10
1.5.4.1. Edad adulta.....	10
1.5.4.2. La entrada al mundo adulto.....	10
1.6. El significado de edad madura.....	10
1.6.1. ¿Cuándo es la edad madura y edad adulta intermedia?.....	11
1.6.1.1. Edad madura.....	11
1.6.1.2. Edad adulta intermedia.....	11
1.6.1.2.1. Etapa de adquisición.....	12
1.6.1.2.2. Etapa de logros.....	12
1.6.1.2.3. Etapa de responsabilidad.....	12
1.6.1.2.4. Etapa ejecutiva.....	12
1.6.1.2.5. Etapa reorganizadora.....	12
1.6.1.2.6. Etapa de creación de legado.....	13
1.6.1.2.7. ¿Cuándo comienza realmente la vejez?.....	13
1.7. Constitución del Cuerpo Humano.....	14
1.7.1. El Sistema Nervioso.....	14
1.7.1.1. Sistema Nervioso Central.....	14
1.7.1.2. Sistema Nervioso Periférico.....	15
1.7.1.3. Sistema Nervioso Vegetativo.....	15
1.8. La Conducta del Hombre.....	16
1.8.1. Función del ambiente.....	16
1.8.1.1. Homeostasia.....	16
1.8.2. Los tipos de comportamiento.....	16
1.8.2.1. Comportamiento Innato.....	16
1.8.2.2. Comportamiento Aprendido.....	17
1.8.2.3. Comportamiento Inteligente.....	17
1.9. Los Reflejos, Los Instintos y Los Hábitos en la Vida.....	17
Psicológica Humana.....	17
1.9.1. Los Reflejos.....	17
1.9.2. Los Instintos.....	18
1.9.3. Instinto/Inteligencia.....	18
1.9.4. El Hábito.....	18
1.10. El desánimo.....	19
1.11. Consciencia Humana.....	19-20
1.12. Desarrollo, Evolución, Maduración y Aprendizaje.....	20
1.12.1. Desarrollo.....	20
1.12.2. Evolución.....	20

	Páginas
1.12.3. Maduración.....	20
1.12.4. Aprendizaje.....	20-21
1.12.5. El conocimiento humano.....	21
1.12.6. La Gestalt.....	21-22
1.12.7. La Infancia.....	22-24
1.13. Los síntomas. Enfoque clínico.....	25
1.14. Civilización Moderna.....	25-26
1.14.1. Religión.....	26-27
1.15. El Sistema Nervioso, la Noradrenalina y Desarrollo de la Personalidad.....	27
1.15.1. Desarrollo de la Personalidad.....	27-28
1.16. DSM y CIE.....	28-32
1.17. CIE-10.....	32-34
1.18. Relación entre factores que intervienen en la etiología de los trastornos mentales.....	34
1.19. Factores de riesgo.....	34
1.19.1. La edad como factor asociado.....	34
1.19.2. Trastorno de ansiedad.....	34
1.19.3. Trastornos fisiológicos.....	35

Capítulo II

ESTUDIO DE LAS EMOCIONES, SENTIMIENTOS Y PASIONES (36)

2.1. Las emociones.....	37
2.1.1. La teoría clásica o intelectualista.....	37-38
2.1.2. La teoría fisiológica.....	38
2.1.3. Emoción primaria.....	38
2.2. Principio de las emociones.....	39
2.2.1. Historia del término emoción.....	39
2.3. Nacimiento del Hombre y el principio de las emociones.....	39
2.3.1. Nacimiento.....	39-40
2.3.2. Apego.....	40-43
2.4. ¿Cómo reconocer y designar las emociones?.....	43-44
2.4.1. Expresiones faciales.....	44-46
2.4.2. Breve historia de las teorías sobre las emociones y sentimientos.....	46-47
2.5. Emoción Psicológica.....	47-48
2.5.1. Centro emotivo.....	48-49
2.5.2. Tipos de emociones.....	49
2.5.2.1. Depresivas.....	49
2.5.2.1.1. Primera especie.....	49-50
2.5.2.1.2. Segunda especie.....	50
2.5.2.2. Exaltativas.....	51
2.5.2.2.1. Primera especie.....	51
2.5.2.2.2. Segunda especie.....	52-53
2.5.3. Duración de las emociones.....	53
2.5.3.1. Instantáneas.....	53
2.5.3.2. Durables.....	54
2.5.4. Emociones por la simpatía y por los sentimientos sociales.....	54
2.5.5. Definición de Simpatía.....	54-55
2.5.6. Emociones/Sistema Nervioso.....	55
2.5.7. Los sentimientos de la simpatía.....	55
2.5.8. Los sentimientos de justicia y de deber y sus centros emocionales.....	55-56
2.5.8.1. Emociones del Centro de conservación individual.....	56
2.5.8.2. Centro de emociones sexuales.....	56
2.5.8.3. Centro emocional del parentesco.....	57
2.5.8.4. Centro de emociones sociales.....	57
2.5.9. Las Excitaciones Débiles.....	57

	Páginas
2.5.10. Herencia y constitución nerviosa.....	57-58
2.5.11. Emociones Sociales.....	58-60
2.5.12. Los sentimientos a las experiencias íntimas.....	60-61
2.6. Estados de ánimo normales y patológicos: Naturaleza y Funciones.....	61-63
2.7 Tipos normales de variaciones del estado de ánimo: La tristeza y la pena, de la alegría y la exaltación jovial.....	63
2.7.1. La pena.....	64
2.7.2. La tristeza.....	64
2.7.3. El sufrimiento.....	64
2.7.4. Enfermedad/Tristeza.....	65-66
2.7.5. Alegría/Tristeza.....	66-67
2.8. Trastornos del estado de ánimo y de las emociones.....	67
2.9 Emociones y expresiones respecto a reflejos, hábitos e instintos.....	67-68
2.9.1. Los reflejos.....	68
2.9.2. Los hábitos.....	68
2.9.3. Los instintos.....	69
2.10. Las emociones y los sueños.....	70
2.11. Las pasiones.....	71
2.11.1. Efectos en las pasiones.....	71
2.11.1.1. Los efectos positivos.....	71
2.11.1.2. Los efectos negativos.....	71

Capítulo III ESTUDIO DE LA DEPRESION Y DE LAS NEUROSIS (72)

3.1 Definición del término <i>depresión</i>	73
3.1.1. Depresión como enfermedad autónoma.....	73
3.1.2. Sentido y cognitivismo.....	73-74
3.1.3. Indefensión y desesperanza.....	74
3.1.4. Significado en latín de depresión.....	74-75
3.1.4.1. Historia de la depresión.....	75
3.1.4.1.1. Hipócrates (Siglo IV a. C.).....	75-76
3.1.4.2. Areteo.....	76
3.1.4.3. Edad Media y Renacimiento.....	76
3.1.4.4. Paracelso (Siglo XVI).....	77
3.1.4.5. La melancolía como herencia.....	77
3.1.4.6. Depresión adulta. Principios del Siglo XX.....	77
3.2. Sufrimiento/psiquismo.....	77-78
3.3. El pensamiento negativo.....	78-79
3.4. Antecedentes históricos de otras culturas (bilis negra).....	79
3.4.1. Culturas preliterarias.....	79
3.4.2. Cultura Arcaica Egipcia.....	79-80
3.4.3. Culturas Egipcia y Mesopotámica.....	80-81
3.4.4. Cultura China.....	81
3.4.5. Cultura Griega.....	81-82
3.4.6. Cultura Romana	
¿Psicoterapia en la Roma antigua?.....	83
3.4.7. Eliminación y tratamiento de bilis negra.....	83
3.4.8. Edad Media.....	83-84
3.4.9. Cultura Arabe/Medicina Arabe.....	84
3.4.10. Epoca Medieval.....	84-88
3.5. Humor depresivo.....	88
3.6. Dificultad para pensar.....	89
3.7. Retardo psicomotor.....	89

	Páginas
3.8. Trastornos somáticos.....	89-90
3.8.1. Melancolía simple.....	90
3.8.2. Forma estuporosa.....	90
3.8.3. Melancolía gravis.....	90
3.8.4. Melancolía paranoide.....	91
3.8.5. Melancolía fantástica.....	91
3.8.6. Melancolía con delirio.....	91-92
3.9. Tríada Cognitiva de la Depresión.....	92
3.10. ¿Pero, como se puede distinguir a una persona depresiva?.....	93
3.10.1. Características clínicas en los ámbitos prototípicos de la personalidad depresiva.....	93
3.10.1.1. Comportamiento observable: abatido.....	93-94
3.10.1.2. Comportamiento interpersonal: indefenso.....	94
3.10.1.3. Estilo cognitivo: pesimista.....	95
3.10.1.4. Autoimagen: inutilidad.....	96
3.10.1.5. Representaciones objetales: abandonadas.....	97
3.10.1.6. Mecanismos de defensa: ascetismo.....	97
3.10.1.7. Organización morfológica: disminuida.....	98
3.10.1.8. Estado de ánimo/temperamento: melancólico.....	98-99
3.11.2. Características clínicas del prototipo depresivo.....	99
3.11.2.1. Nivel comportamental.....	99
3.11.2.2. Nivel fenomenológico.....	100
3.11.2.3. Nivel intrapsíquico.....	100
3.11.3. Subtipos de los adultos en el prototipo depresivo.....	100-101
3.11.3.1. El depresivo malhumorado.....	101-102
3.11.3.2. El depresivo de buen tono.....	102
3.11.3.3. El depresivo autodescalificador.....	102
3.11.3.4. El depresivo mórbido.....	102-103
3.11.3.5. El depresivo inquieto.....	103
3.12. Estudio de <i>las neurosis</i>	104
3.12.1. Definición del término de <i>las neurosis</i>	104
3.12.2. Definición del término <i>psicosis</i>	104-107
3.12.3. Percepción Psíquica del Control Personal.....	107
3.12.4. Los Determinantes Cognitivos de la Depresión.....	107-108
3.12.5. Exageración cognitiva.....	108
3.13. La Teoría Psicoanalítica de los Afectos.....	108-109
3.13.1. Influencias del ambiente.....	109
3.13.2. Estereotipos de roles sexuales.....	109
3.13.3. Arraigo.....	109-110
3.14. La angustia.....	110
3.14.1. Reacciones de angustia.....	110
3.14.2. Reacciones psiconeuróticas.....	110-111
3.14.3. Ataques de angustia.....	111
3.14.4. Síntomas de las neurosis en los adultos.....	112
3.15. La conducta manifestada de la ansiedad.....	112
3.16. Mecanismos de defensa.....	112-113
3.17. Distorsión consciente.....	113
3.18. La represión.....	113
3.19. Indagación psíquica introspectiva.....	113-114
3.20. Complejo reprimido.....	114
3.21. Represión por sexualidad.....	114
3.22. Las Psiconeurosis.....	115
3.23. Las Neurosis.....	115
3.23.1. Criterios clínicos de <i>las neurosis</i>	116
3.23.1.1. Síndromes de conducta.....	116
3.23.1.2. Defensas psicológicas.....	116
3.23.1.3. Afectos.....	116
3.23.1.4. Funciones Yoicas.....	116
3.23.1.5. Relaciones Interpersonales.....	116
3.23.1.6. Neurosis actuales.....	117

	Páginas
3.23.1.7. Psiconeurosis.....	117
3.23.1.8. Neurosis Mixtas.....	117
3.24. Neurosis vs Psicosis.....	117-118
3.25. Neurosis adulta y frustración.....	118
3.26. Frustración sexual adulta.....	118
3.27. Desórdenes neuróticos.....	119
3.27.1. Neurosis fóbica.....	119
3.27.2. Neurosis de ansiedad.....	119
3.27.3. Neurosis histérica tipo conversivo.....	119
3.27.4. Neurosis obsesivo-compulsiva.....	119
3.27.5. Neurosis existencial.....	119
3.27.6. Neurosis neurasténica.....	120
3.27.7. Neurosis de despersonalización.....	120
3.27.8. Neurosis depresiva.....	120
3.27.9. Neurosis hipocondríaca.....	120
3.28. La definición de las neurosis de Freud.....	120-121
3.29. ¿A quiénes afecta la depresión neurótica?.....	121
3.29.1. Otra definición de neurosis.....	121-122
3.30. Síntomas neuróticos.....	122
3.31. Significado del término <i>factor</i>	122
3.32. Concepto de Salud.....	122-123
3.33. La Angustia.....	123
3.34. Definición de reacción.....	119
3.34.1. Reacción de angustia.....	124
3.34.2. Reacción disociativa.....	124
3.34.3. Reacción de conversión.....	124
3.34.4. Reacción obsesivo compulsiva.....	124
3.34.5. Reacción ante el estrés y estrés postraumático.....	124-125
3.34.6. Reacción fóbica.....	125
3.34.7. Reacción depresiva.....	125
3.35. Personalidad antisocial.....	126
3.36. La ansiedad.....	126
3.36.1. La ansiedad objetiva.....	126
3.36.2. La ansiedad moral.....	126
3.36.3. La ansiedad neurótica.....	127
3.37. La distimia.....	127
3.38. Aprendizaje Social de la Depresión Neurótica.....	127
3.38.1. Desvalimiento Aprendido de Seligman.....	128
3.39. Depresión neurótica.....	128-129
3.40. ¿Qué es realmente lo que hace a la gente neurótica?.....	129
3.41. El Análisis de las Resistencias.....	129-130
3.41.1. Más allá del principio del placer.....	130-131
3.42. Los afectos en los sueños.....	131
3.43. Término Salud.....	131
3.44. Significado del Término Riesgo.....	131

Capítulo IV
FACTORES QUE ORIGINAN LA DEPRESION NEUROTICA
EN PERSONAS DE 40 A 60 AÑOS DE EDAD (132)

4.1. Factores de la depresión neurótica.....	133-134
4.1.1. Determinantes.....	134
4.1.2. Biológicos.....	134
4.1.3. De género.....	135
4.1.4. Por la edad.....	135
4.1.5. Psicológicos.....	135-136
4.1.6. Sociales.....	136

	Páginas
4.1.7. De pobreza.....	136-137
4.1.8. Por conflictos y desastres naturales.....	137
4.1.9. Familiares y ambientales.....	138
4.1.10. Educativos.....	138
4.1.11. Por los traumas.....	138-139
4.1.12. Hereditarios.....	139
4.1.13. Por la presencia de la psiconeurosis en las presiones culturales.....	139-140
4.1.14. Por represión.....	140
4.1.15. Ambiental.....	140-141
4.1.16. Por la transición de la madurez.....	141
4.1.17. Por los cambios fisiológicos durante la madurez para los hombres y las mujeres.....	141-142
4.1.18. Por la Influencia de la sociedad ante el envejecimiento.....	142-143
4.1.19. Accidental: Por las exigencias de la realidad.....	143
4.1.20. Accidental: Por la coerción de la evolución.....	143-144
4.1.21. Accidental: Por el incremento paulatino de la libido.....	144
4.1.22. De constitución sexual.....	144
4.1.23. Accidentales o de privación.....	144-145
4.1.24. Por enfermedades físicas y graves.....	145
4.1.25. Por Comorbilidad.....	145
4.1.26. Por procesos migratorios.....	146
4.1.27. Por una opinión pública.....	146-147
4.1.28. Los conflictos externos.....	147
4.1.29. Patogénico de la Masturbación.....	147-148
4.1.30. Suicidio por causas sociales.....	148
4.1.31. Por consumo del tabaco.....	149
4.1.32. Por consumo del alcohol.....	149
4.1.33. Por consumo de otras drogas.....	150
4.1.34. Por crisis evolutivas.....	150
4.1.35. Por crisis existenciales.....	151
4.1.36. Por baja autoestima.....	151
4.1.37. Por trastornos psíquicos graves.....	151-152
4.1.38. Por muerte o desaparición de un ser querido.....	152
4.1.39. Por Duelos.....	152-153
4.1.40. Por Frustración.....	153
4.1.41. Por dificultades en la comunicación afectiva.....	153
4.1.42. Por el desamor, duelo, fases.....	154
4.1.43. Por regulación, aislamiento social y represión.....	154
4.1.44. Por Las Enfermedades Degenerativas.....	154-155
4.1.45. Por el estrés.....	155-156
4.1.45.1. Historia del Estrés.....	156
4.1.46. Por cambios hormonales humanos.....	156-157
4.1.47. Por reacciones a la prejubilación y jubilación.....	157-159
4.1.48. Por discriminación en el mercado laboral.....	159-161
4.1.49. Por el nido vacío.....	161-162
4.1.50. Para los efectos físicos y mentales del divorcio.....	162
4.1.51. Por mecanismos de defensa.....	162-163
4.1.52. Por situaciones laberínticas.....	163
4.1.53. Por elementos del carácter.....	163-164
4.1.54. Por elementos del temperamento.....	164

Capítulo V
PSICOTERAPIA Y/O FARMACOS (165)

	Páginas
5. La Psicoterapia.....	166
5.1. ¿Qué es la Psicoterapia? y ¿ por qué o para qué?.....	166
5.2. La Psicoterapia y las Pruebas psicológicas.....	166-167
5.2.1. Pruebas Objetivas.....	167
5.2.2. Pruebas Proyectivas.....	167-168
5.3. La Entrevista.....	168-169
5.4. La Entrevista como Proceso.....	169
5.5. Examen Psiquiátrico.....	169-170
5.6. Los fármacos.....	170
5.7. Antidepresivos y Farmacología.....	170-171
5.8. Los medicamentos.....	171
5.8.1. Fármaco o principio activo.....	171
5.8.2. Medicamento.....	171
5.8.3. Excipiente.....	171
5.8.4. Fórmula o formulación.....	171
5.8.5. Dosis.....	172
5.8.6. Efectos colaterales.....	172
5.8.7. Efectos secundarios por fármacos.....	172
5.8.8. Contraindicaciones.....	172
5.8.9. Lote.....	172-173
5.8.10. Fecha de caducidad.....	173
5.8.11. La automedicación.....	173
5.8.12. Horario de los fármacos o medicamentos.....	173
5.8.13. Drogas de mostrador.....	174
5.8.14. Fármacos naturales y fármacos sintéticos.....	174
5.9. Los antidepresivos.....	174
5.9.1. Usos terapéuticos.....	175
5.10. Indicaciones para el paciente deprimido.....	175
5.11. Farmacología por edad.....	175
5.11.1. Modo de empleo.....	176
5.11.2. Efectos colaterales pasajeros y permanentes.....	176
5.11.3. Alteraciones.....	176
5.11.4. Tratamiento prolongado.....	176
5.12. Efectos colaterales de antidepresivos.....	177
5.12.1. Por la Edad.....	177-178
5.12.2. Precauciones.....	178
5.13. Tranquilizantes.....	179
5.13.1. Alucinógenos.....	179
5.14. Psicofarmacología.....	179
5.15. ¿Por qué personas o pacientes depresivos que han recibido algún tipo de tratamiento con fármacos sufren recaídas?.....	180
5.15.1. Las Recaídas.....	180
5.16. Definición del término suicidio.....	180-181
5.16.1. En búsqueda de la muerte o el suicidio.....	181
5.16.2. El intento de suicidio.....	181
5.16.3. Consumación del suicidio.....	181
5.17. Recomendaciones para la Psicoterapia en pacientes con depresión neurótica.....	181-182
5.18. La Psiquiatría y la Psicología.....	182
5.19. Hospitalización psiquiátrica.....	182-183

Capítulo VI
CONCLUSIONES GENERALES (184)

	Páginas
I.....	185-186
II.....	186
III.....	187-189
IV.....	189
V.....	190-191
VI.....	191

BIBLIOGRAFÍA
OTRAS FUENTES

RESUMEN

La presentación de este estudio se realizó mediante una investigación minuciosa y documental de los padecimientos de la *depresión neurótica* a *personas* quienes las sufren, especialmente en las *personas adultas de 40 a 60 años de edad*.

El estudio de esta enfermedad mental es de relevancia, ya que reúne puntos importantes como son sus características, su origen, quiénes la padecen y manera de tratarla, así como la recomendación de qué *persona o personas* son las que podrían apoyar a quienes sufren *depresión neurótica*.

También este trabajo menciona, que la *depresión y las neurosis* son padecidas por un gran número de *personas* de cualquier edad; pero, en el presente estudio se hace referencia a personas que son de los *40 hasta los 60 años de edad*.

Asimismo, este estudio también proporciona el soporte con un marco teórico, con lo que se consolida desde la problemática hasta la forma en que podría apoyarse la *persona* que padece *depresión y neurosis*, por lo que se refiere tanto al género femenino como al masculino, estado civil o nivel sociocultural.

Este estudio además se soporta con el resumen, la parte introductoria, marco teórico; también cuenta con capítulos que desde su inicio llevarán a un entendimiento lógico del padecimiento en *seres humanos* con la *depresión neurótica*, para proseguir a las conclusiones, sugerencias de tratamiento e inclusive, comentarios que la suscrita ofrece en este interesante tema en conclusiones generales, así como en la población que fue el interés y objeto de esta investigación, con el apoyo de una bibliografía de autores reconocidos con los que se logró completar el tema de referencia.

INTRODUCCIÓN

Corresponde a la *Psicología Clínica* el interés en el tema de *Depresión Neurótica y Factores que la Originan en Personas de 40 a 60 años de Edad*.

El objetivo principal es fomentar la certeza de que a través de la *psicoterapia clínica*, las personas que sufren de *neurosis depresiva*, logren una mejor calidad de vida apoyándose con un *especialista* como es el *psicólogo clínico*.

Por medio de la *psicología*, se hace constar que el surgimiento de la *depresión y las neurosis* se lleva a cabo desde la *infancia del ser humano*, por lo que el *psicólogo* comprende que se tienen respuestas para muchas preguntas y la razón para descubrir otras, considerando su importancia tratándose de la *vida humana*.

Es importante destacar que si el profesional en *psicología* pretende serlo en su campo de estudio; en este caso en la parte *clínica*, comprenda el lugar que ésta ocupa en su conjunto; por ello, el tema de *depresión neurótica* se ocupa en la *psicología clínica*, por lo que el egresado en esta profesión, es recomendable ser aquél quien desee ocupar su tiempo, no sólo por generar beneficios económicos como negocio, sino el optar continuar con la profesión de *Licenciado en Psicología* en su totalidad, por tener los conocimientos en el área clínica, experimental, educacional, social, laboral, fisiológica entre otras; y considerar además, los valiosos estudios, opiniones, aportaciones de estudiosos centrados en este tema; y de otros, con lo que se globaliza la estructura cultural del conocimiento para brindar el apoyo a las *personas* que lo necesitan como es el caso del padecimiento de *depresión neurótica*; y de otros, en la *psicología clínica*.

Lo anterior destaca la importancia para considerar que la *herencia* y el *medio ambiente* asisten en toda *conducta humana*, con la evidencia de que *factores* actúan, dependen y contribuyen entre sí, tal es el caso de que la influencia de cada *factor*, provoca se genere determinada conducta desde antes del nacimiento de cada *persona* de ambos géneros; la forma en que un *individuo* fue criado, tradiciones, puntos de vista, motivación, desarrollo, moral, valores, *emociones*, *sentimientos*, *pasiones*, sexualidad, normas *familiares* y *sociales*; *la socialización humana*.

En este orden de ideas; cada sujeto, desde su *infancia* comienza a mantenerse dentro de su ambiente, cultura, grupo social; y va adquiriendo día con día una serie de *conflictos* que, sin darse cuenta, inicia con las *neurosis* y *depresión*; y si no se atienden, van abriendo paso hasta llegar a mayores riesgos en la vida.

Por ello, es importante reunir información no sólo en lo que concierne al *ser humano*, su socialización, su género, normas; sino también acerca de sus *emociones*, *sentimientos*, *pasiones*, *motivación*, *autoestima*, también en lo referente a los tipos de ambiente en los que diariamente un *sujeto* se enfrenta y con *personas* de su especie que lo rodean, entorno *social*, causa o razón.

Asimismo, en esta investigación bibliográfica se estudia el problema de la *depresión neurótica* basados de los criterios en el DSM-IV y el CIE-10; refiriendo de manera específica y concreta a personas *de los 40 hasta los 60 años de edad*, por las situaciones que a diario se enfrentan, sus razones, desequilibrios, obstáculos; o *factores que originan esta enfermedad*, que además, intervienen en su quehacer diario y en los que se podrían considerar como elementos que originan a *las neurosis* y a la *depresión*, que pudieran ser originados en lo familiar, lo económico, social, laboral, de salud, religioso; u otro.

La elaboración de este estudio, se basa en diferentes fuentes de información que se han recopilado de manera fidedigna y relevante haciendo énfasis en el conocimiento derivado directamente de libros, enciclopedias, publicaciones, artículos, revistas, monografías, diapositivas, películas de varios autores de reconocida actualidad; además de folletos, cursos, discusiones académicas en el proceso de elaboración de esta investigación de aspectos socioeconómicos y políticos generadores de *depresión neurótica*; con la intención de difundir información y que la presente *tesis* sea de utilidad a los estudiosos del tema.

El desarrollo de este estudio indica, además de la parte introductoria, la conformación de varios capítulos que comprenden temas y subtemas.

A través de los capítulos, se verá la necesidad de llegar a una verdad sobre la *depresión*; y específicamente a la *neurótica*, con el propósito de ahondar el estudio y aplicar métodos más eficientes, diagnóstico y tratamiento de dicho padecimiento.

Elección del tema e interés personal

Por considerar que las *personas de 40 a 60 años de edad*, son vulnerables con el padecimiento, no sólo de *las neurosis* sino también de la *depresión*; es importante participar dentro del área de la *psicología clínica* con el apoyo de la *psicoterapia*; y que esta población al buscar apoyo del profesionalista, logre encontrar un mayor control de su vida, para una más plena.

Lo anterior, por existir *personas de 40 a 60 años de edad*, quienes refieren en cualquier ámbito social, argumentos de dolor, tristeza, *angustia*, *neurosis* y *depresión*, debido a *factores internos y externos* de su medio ambiente; como es el caso para algunas *personas* como de no encontrar trabajo, vivir una situación familiar inestable; o, que les ha sido desfavorable desde su *niñez*, atravesar

problemas económicos, padecer, además, enfermedades degenerativas y sexuales, entre otros; y al referir de sus vidas, no importan para *sí mismas* como a sus familiares, amistades y parejas.

Es por ello, que habiendo muchos temas relacionados y muy interesantes en el área de la *psicología clínica*, se decide desarrollar el tema de la *depresión neurótica y los factores que la originan con personas de 40 a 60 años de edad*.

¿Psicoterapia o antidepresivos?

Es importante también mencionar, que durante el desarrollo de este tema, en lo personal, se explora sí en verdad la *psicoterapia* es lo más sugerido para la cura de las personas con el padecimiento de *depresión neurótica*, qué especialistas serían los más recomendables para apoyar a las *personas de 40 a 60 años de edad* con la *psicoterapia*; y de *antidepresivos y medicamentos*, *¿si éstos curan o no estos padecimientos?*, así como sus razones provenientes de autores estudiosos del tema, sus opiniones y, destacarlo.

Capítulo I
LA ESPECIE HUMANA

Este estudio trata sobre la *depresión neurótica y factores que la originan en personas de 40 a 60 años de edad*. Desde el principio de este capítulo y los posteriores, versan acerca de los *seres humanos*, las *personas*, los *individuos*, *sujetos*, *hombres y mujeres*, *pacientes*; o el *Hombre*, por lo que se da inicio con lo que comenta Tista (2006), quien en sus estudios revela la *aparición en la Tierra de los seres humanos, la energía o luz solar, la especie humana, ADN y la inteligencia del Hombre* en base a lo que el autor señala a continuación:

1.1. Aparición en la Tierra de los seres humanos

El autor en sus estudios, aporta datos no sólo por considerar el desarrollo y evolución de los *seres humanos* y su especie, sino también acerca de su primera aparición de lo que ellos pensaban, sentían e imaginaban.

Desde hace millones de años, los *seres humanos* creían ser ellos los únicos merecedores en habitar la Tierra sin asimilar siquiera la existencia o posibilidad de que otros seres vivos o especies también vivían en el Planeta y que además tenían boca, estómago, pies, diferentes estaturas y tamaños.

1.1.1. La Energía o Luz Solar

Tista, con lo anterior proporciona además, datos de que la vida humana ha continuado su camino aprovechando la energía solar por los efectos naturales.

Sin embargo agrega el autor, que hoy en día, existe cierta dificultad para tratar de entender completamente la ciencia que lo relaciona con otras, porque los científicos describen esa energía solar con una serie de componentes primarios, moleculares y difusos, de un sólo gramo de hidrógeno y capaces de transformarse en átomos de helio.

Así como estudios más avanzados todavía en cuanto a la reserva de energía almacenada, su alcance y sus distancias como las estrellas, con lo que el *Hombre* ha logrado observar a través de un telescopio al medir tiempos y distancias; que ha permitido que las ciencias se involucren más en temas relacionados con los *seres humanos* y es preferible centrar este punto para relacionar desde su origen las necesidades, pensamiento, sensaciones, motivación, manera de vivir del *Hombre* en su medio ambiente y con quienes lo rodean.

1.1.2. Los Seres Humanos

Tista también revela, que los primeros *seres humanos* aparecieron en el *período Cámbrico* desde hace aproximadamente 600 millones de años, hasta con las especies que se desarrollaron en los períodos *Triásico*, *Jurásico* y *Cretácico*; y que vivieron durante 55 millones de años junto con otras especies actuales y otras, ya extintas.

Además, que lo anterior ocurrió con una aproximación desde hace 5 millones de años en África en que el *Hombre* ya estaba provisto de habilidades, movimientos y *pensamiento*, por lo que a partir del *australopitecus* presentó también brazos largos y piernas cortas; es decir, *simios bípedos* por lo que el antropólogo y profesor Lee Berger (2008), afirma, que este mismo tipo de movimientos básicos se presentaron desde hace 2 millones de años junto con cuatro especies distintas, con lo que el *cerebro humano* ha poseído desde entonces, un tercio como el actual.

Tista, también cita los estudios de Ralph Holloway (1964), quien en sus descubrimientos y observaciones revela que además del desarrollo cerebral del *robustus australopitecus* coincide con él, Richard Potts (1999), quien también por

sus investigaciones, afirma que dicho antecesor pasó de *hervívoro* a ser *carnívoro* con lo que se ha dado la creación al *homo erectus*.

Tuvieron que pasar un millón ochocientos mil años después, para que el *Hombre* dotara de un *desarrollo mental* para la *búsqueda de soluciones* y enfrentamientos con especies más corpulentas y feroces.

Tiempo después aparece el *homo augusta*, el *Hombre* más parecido al *erectus* con capacidades desarrolladas de sus antecesores.

Ochocientos mil años después en la parte central del sudeste de Asia, lo que ahora se conoce como Francia, aparece el *neanderthal*, considerado en su conducta por observaciones de estudiosos del tema, como el *ser humano* que presenta la semejanza con los animales.

Hace cien mil años aparece la *competencia de territorio*, el *Hombre* de *cro-magnon*, *época paleolítica*; y del que surge el *homo sapiens* conocido como el *hombre primitivo* con todos los cambios y desarrollos evolutivos hasta el *Hombre* actual.

Con diferencias evolutivas de un *desarrollo cerebral, mental*; y valiéndose el *Hombre* del fuego para sus alimentos, también permanece en evolución en su actividad digestiva y, de manera sorprendente, ha logrado adaptarse y ejercer comunicación con otros de su misma especie.

1.1.3. ADN

Con el ADN (*ácido desoxirribonucleico*), igual al de los *humanos* modernos, se puede concluir que distintas razas actuales provengan con determinadas costumbres, por la herencia genética.

Derivado de lo anterior, el autor formula la siguientes preguntas:

1.- ¿Qué forma es la correcta para cada *ser humano*, al conducirse ante el Mundo en el que vive?

2.- ¿Cómo y cuándo es que debió desempeñarse cada *ser humano*, con otros de su misma especie?

El autor agrega de lo anterior, que el *Hombre* ha logrado desarrollar su inteligencia para *pensar, elegir y crear*, por lo que se distingue entre otras especies vivientes en el Planeta Tierra.

1.1.4. Inteligencia del Hombre

Tista, señala que el *ser humano* posee un *cerebro* con amplia inteligencia con capacidades superiores para crecer y madurar conscientemente.¹

De las preguntas planteadas por Tista, Maslow (1988), proporciona datos de los *seres humanos* y el planeta donde han evolucionado, sus experiencias, ¿en qué radica la diferencia antes señalada con otras especies que habitan la Tierra?, por lo que el autor agrega el tema de *salud, enfermedad y derrota* con lo siguiente:

¹ Cfr. TISTA OLMOS, Ciriaco. "Los Animales y Yo". Ediciones y Gráficos Eón, S.A. de C.V. Primera Edición, México. 2006. pp. 11-15.

1.2. Los seres humanos, su planeta y sus experiencias

El autor opina, que existen experiencias que resultan convenientes en la medida en que se revelan y se actualizan en la naturaleza de los *seres humanos*; por lo que resulta cada vez más claro que las *experiencias* y las *vivencias* guarden relación con algún sentimiento de consecución de fortaleza y del *Ego*, con un sentimiento de autorrespeto y autoconfianza saludables, por lo que las *personas* que no lo consiguen, se resisten; y por ello no logran superar algún conflicto que les genera duda a su capacidad de control y serenidad para afrontar algún tipo de conflicto.

Además el autor formula la siguiente pregunta:

1.3. ¿Qué hace diferente al Hombre con su misma especie y con otra?

Maslow, supone una solución automática de muchos de los problemas en que los *seres humanos* se han enfrentado hasta hoy en día, que se implican en su personalidad y hacia el futuro.

La tarea parece mejor ser la de *investigar* a los *seres humanos*, *¿cómo se “es” realmente en el interior, en el fondo, en cuanto miembro se pertenece dentro de la especie humana; y en cuanto individuo se “es” en lo particular?*.

Y además el autor agrega por lo anterior:

1.3.1. Salud, enfermedad y derrota

Maslow, señala que la especie *humana* es capaz de desarrollarse y adaptarse por naturaleza propia en todo lo que le rodea, tener salud y evitar enfermedades, sólo que para algunos su naturaleza propia *no es fuerte*, más bien es *dominante e inequívoca* y se muestra el *sí mismo* como débil, delicado y sutil con sus propios hábitos por las *presiones sociales* y las actitudes erróneas que hacen *se debilite* y para otros, que prefieren con cobardía dejar las cosas a *medias*, rendir sus fuerzas con discursos repetidos y constantes como el *ser siempre las víctimas de todo y dichos que por la culpa de los demás son lo que son, despreciándose en el sí mismo*, e inclusive, con ideas de su preferencia rumbo a la *derrota* y con pensamientos de autocastigo y desarrollo de las *neurosis* para salir de un coraje interno.

El autor, afirma que los seres humanos viven con *emociones* básicas y potenciales según todas las apariencias, con ansía de destrucción, sadismo, crueldad, malicia, entre otras; y de reacciones violentas contra la *frustración*, emociones y potencialidades, así también como la *ira* que no es mala en *sí misma*, como tampoco lo es el *miedo*, ni la *pereza*; e incluso, la *ignorancia*, aunque lo anterior lleva al ser humano hacia un *mal comportamiento*, de así desearlo, o no.²

Sin embargo otros estudiosos y autores del tema, Otto y Towle (1988), opinan sobre las energías *cinética* y *potencial* lo siguiente:

1.4. Energías cinética y potencial

La ciencia merece un apartado basado en observaciones y escritos de estudiosos desde épocas remotas hasta en la actualidad, en la que se resalte

² Cfr. MASLOW, Abraham. "El Hombre Autorrealizado". 1ª. Edición. Ed. Kairós, S.A., Barcelona, España. 1988. pp. 15, 30, 31, 34.

la importancia del tema acerca de la *energía* a la que se le ha atribuido la clasificación de dos tipos como son, la *cinética* y la *potencial*.

Los autores destacan que la energía *cinética*, es considerada a la *acción* que tiene cada persona para trabajar, causar, ejercer y hasta cambiarla.

Asimismo, refieren que la *energía potencial*, pertenece a la necesidad no sólo de ejercer acción alguna sino de almacenarla para ser aprovechada y desarrollarla en la capacidad para trabajar, pensar, comunicarse, alimentarse, crecer y reproducirse con otros de la misma especie.

Por consiguiente, los autores concluyen que esa *energía* es importante se mantenga vital, porque en caso contrario, ocasiona la procreación de trastornos no orgánicos, psicosomáticos, *las neurosis* y la *depresión*.³

Por tanto, Papalia y Wedkos (2001), tratándose de los *seres humanos* y su *desarrollo*, aportan datos importantes con estudios en relación a la *adulthood* como la población de *los 40 hasta los 60 años de edad*, basada en las *etapas del desarrollo humano, proceso y adquisición del conocimiento, la amistad, cromosomas, etapas del desarrollo adulto, edad adulta, la entrada al mundo adulto, el significado de edad madura, ¿cuándo es la edad madura y edad adulta intermedia?, edad madura, edad adulta intermedia, etapa de adquisición, etapa de logros, etapa de responsabilidad, etapa ejecutiva, etapa reorganizadora, etapa de creación de legado* y *¿cuándo comienza realmente la vejez?, de acuerdo a lo siguiente:*

³ Cfr. OTTO, J. H. y TOWLE A. "Biología Moderna". Nueva Editorial Interamericana, S.A. de C.V. México. 1988. p. 38.

1.5. Etapas del desarrollo humano

1.5.1. Proceso y adquisición del conocimiento

Por lo anterior, las autoras citan a Piaget (1932), quien en sus estudios destaca que a partir de las etapas de los desarrollos prenatal, nacimiento, postnatal y posteriores, el *ser humano* desde que nace, *atraviesa* los niveles del desarrollo cognitivo para el proceso y adquisición de su conocimiento, por lo que la personalidad humana o identificación de *sí mismo* en un *adulto*, se adquiere desde la niñez.

1.5.2. La amistad

Asimismo, destacan las autoras, que la *amistad* se genera durante el desarrollo o crecimiento *humano*, por desear mantener el interés para relacionarse con los iguales y el afán de *socializar intensamente* con otras personas del mismo sexo y el contrario.

1.5.3. Cromosomas

En cuestión de géneros *masculino* y *femenino* del *ser humano*, aparte de las anatomías distintas en el momento de su concepción, señalan las autoras que aparecen otras diferencias biológicas entre los sexos, porque los varones y las mujeres nacen con distintos pares de cromosomas (*cromosomas sexuales XX para las mujeres* y *XY para los varones*).

1.5.4. Etapas del desarrollo adulto

Las autoras citan a Levinson (1978), quien a través del proceso típico del desarrollo del *Hombre* hacia la vida *adulta*, en dicha etapa el autor la clasifica en *edad adulta y la entrada al mundo adulto, como sigue:*

1.5.4.1. Edad adulta:

Es la etapa que pertenece a la *edad de entre los 17 a los 22 años*, porque las *personas* jóvenes desean independizarse, generalmente alejarse de los padres, como familia; y reclaman la necesidad propia de la autonomía.

1.5.4.2. La entrada al mundo adulto

Esto ocurre entre los *22 hasta los 28 años de edad*, en que las *personas* jóvenes se sienten *adultas* y deciden tomar decisiones sin cuestionamientos.

1.6. El significado de edad madura

Para Papalia y cols., la *edad madura* en las *personas* va de acuerdo con la salud, género, grupo étnico, posición socioeconómica, cohorte y cultura (Helson, 1997; Moen y Wethington, 1999; Staudinger y Bluck, 2001).

1.6.1. ¿Cuándo es la edad madura y edad adulta intermedia?

1.6.1.1. Edad madura

Las autoras, opinan que existen *personas* que consideran que entre los 65 años y 69 años de edad se considera una etapa de *edad madura* (National Council on Aging, 2000).

1.6.1.2. Edad adulta intermedia

En los años de cada *individuo* de edad comprendida de entre los 40 y los 65 años, se define una etapa de la *edad adulta intermedia*, aunque otros la refieren también sólo como adulta.

En resumen de lo anterior, las autoras citan a Lachman y James (1997), quienes opinan que *las personas maduras* demandan roles de responsabilidad, mientras que *las personas de edad adulta intermedia* atraviesan momentos en los que revaloran metas, aspiraciones y propósitos del ciclo de su vida, que no lograron cumplir.

Por ello, las autoras además señalan que las *personas* maduras a partir de los 40 años de edad, se les refiere así, porque han logrado destacar en diversas etapas de su vida al integrar la práctica de sus habilidades al conocimiento, por lo que se pueden considerar *siete etapas* que son:

1.6.1.2.1. Etapa de adquisición

La etapa que corresponde a *personas* con la habilidad adquirida para interactuar con la sociedad desde la *niñez* hasta la *adolescencia*.

1.6.1.2.2. Etapa de logros

La etapa por lo que *sujetos* adultos jóvenes adquieren en *sí mismos* la *capacidad para perseguir y lograr metas* como el concluir una carrera y la relación que mantienen con su familia.

1.6.1.2.3. Etapa de responsabilidad

Corresponde a la etapa que representa el hecho de que *personas de 30 a 60 años de edad* solucionen sus problemas conscientemente.

1.6.1.2.4. Etapa ejecutiva

Es la etapa del *logro* y la *responsabilidad* que se atribuye a las *personas* desde *los 30 hasta los 40 años de edad*, dentro del sistema social.

1.6.1.2.5. Etapa reorganizadora

Corresponde al período en que *personas de edad adulta* se enfocan a tareas consideradas más prioritarias e importantes en trabajar y solucionar, por intereses propios.

1.6.1.2.6. Etapa de creación de legado

La etapa que se refiere a personas adultas mayores y cercanía a la etapa final de sus vidas, en la que aprovechan el tiempo para dar solución social de asuntos pendientes, con tendencia en lo emocional por además incluir trámites de un próximo funeral.

1.6.1.2.7. ¿Cuándo comienza realmente la vejez?

Etapa en que las autoras citan a Bromley (1974), quien opina que la *etapa de la senectud* no es para referir sólo a personas enfermas y discapacitadas, porque considera que la mayoría de esta población puede realizar con cuidados convenientes de la edad, ejercicios físicos; por lo que el autor agrega que, quienes no los realicen padecerán, además de las influencias hereditarias genéticas y sumadas a una mala alimentación y nutrientes, un deterioro físico y mental.⁴

Por tanto, Cascajares, Chavero, De Lachica, Larios y Ruelas (1974), por considerar de importancia, opinan sobre *la constitución del Cuerpo Humano, Sistema Nervioso Central, Periférico y Vegetativo, Sistema Nervioso Periférico y Sistema Nervioso Vegetativo, lo siguiente:*

⁴ PAPANIA, Diane E. y WEDKOS OLDS, Sally. "Desarrollo Humano". Editorial McGraw-Hill Interamericana, S. A. Octava Edición. USA. 2001. pp. 28-29, 34-36, 49-50, 52, 60, 513, 517, 523-524.

1.7. Constitución del Cuerpo Humano

Es importante apreciar que el *Cuerpo Humano* toma en cuenta los órganos que intervienen en su función como el de la digestión; aparato urogenital; estudios de los órganos de la micción y de reproducción; de las articulaciones; osteología; miología; Sistema Endocrino (glándulas de secreción interna, externa y mixta); los órganos de los sentidos; el conjunto de órganos; ganglios y fibras nerviosas, que diseminados por todo el *cuerpo* tienen la finalidad de regir el funcionamiento del resto del organismo, que corresponde al *Sistema Nervioso*; y aunque todas las funciones *humanas* son de interés, en este estudio y tema de la *depresión neurótica con personas de 40 a los 60 años de edad*, Cascajares y cols. aportan lo siguiente:

1.7.1. El Sistema Nervioso

1.7.1.1. Sistema Nervioso Central

Se constituye por médula espinal, bulbo raquídeo, la protuberancia anular, el cerebelo, el cerebro medio y el *cerebro* propiamente dicho.

Todos los órganos del *Sistema Nervioso* en su constitución son de dos clases de sustancias, *la gris* porque se encuentran células y fibras *nerviosas*; y *la blanca* en la cual sólo se localizan *fibras nerviosas donde se perciben impresiones provenientes del medio externo, al mismo tiempo que se originan impulsos nerviosos*.

Por tanto, el *Sistema Nervioso Central* es aquel *del cual parten y al cual* llegan los impulsos nerviosos.

1.7.1.2. Sistema Nervioso Periférico

Corresponde al sistema constituido por los nervios craneanos y espinales que se distribuyen por todo el organismo, llevan unos estímulos motores mientras que otros traen *estímulos sensitivos*, por lo que *el Sistema Nervioso Periférico*, es aquel *por el cual parten y por el cual llegan dichos impulsos nerviosos*.

1.7.1.3. Sistema Nervioso Vegetativo

Es el encargado de regular el funcionamiento de los órganos internos, está dividido en *Sistema Nervioso Simpático* y *Sistema Nervioso Parasimpático*; el primero, por su formación de una cadena de ganglios a los lados de la columna vertebral unidos entre sí por troncos *nerviosos delgados*; y el segundo, por poseer funciones específicas como el *control del esfínter pupilar y sistema bucoanal*.⁵

Con lo anterior, se resume que el *Sistema Nervioso*, además de todos los órganos que lo forman y dependiendo el tipo de *estímulos internos o externos* que reciba a través de los órganos de sus sentidos, *será el trámite, proceso, interpretación e impulso para actuar en un momento dado en todo ser vivo*.

Con las aportaciones de Cascajares y cols., los autores Otto y Towle, aportan datos en relación a *la conducta del hombre, función del ambiente, homeostasia, los tipos de comportamientos innato, aprendido e inteligente*, de acuerdo a lo siguiente:

⁵ Cfr. CASCAJARES P., Juan L., CHAVERO R., Enrique, DE LACHICA E. Víctor M., LARIOS R., Ignacio y RUELAS E., Guillermo. "Compendio de Anatomía, Fisiología e Higiene". Ed. ECLALSA. México, 1974. pp. 11-12, 93, 119, 125.

1.8. La Conducta del Hombre

Los autores, señalan que la naturaleza interna de cada *persona* en parte es suya y privativa, pero también es importante tomar en cuenta que en parte, es *común a la especie*.

1.8.1. Función del ambiente

1.8.1.1. Homeostasia

Uno de los propósitos del *Hombre* es adaptarse a su medio, aunque le resulte difícil, por lo que los autores citan el significado de *homeostasia* que significa: *homeo=igual, hacerlo igual; stasis=estable*; y que se logra atribuir a personas adultas en la forma, circunstancia o determinados *factores* con los que tuvieron que adaptarse, desde etapas previas de su desarrollo.

Los autores agregan por la definición de la *homeostasia*, porque un organismo se ajusta a una serie de diferentes *condiciones ambientales*, con cambios de *comportamiento* y *sufrimiento* de *influencias o factores internos o externos* que marcan la determinación para ocasionar *angustias* o padecimientos de *estrés, neurosis y depresión*, como es el caso de *personas de edad de 40 a 60 años*, por lo que es importante considerar sus tipos de comportamiento:

1.8.2. Los tipos de comportamiento

1.8.2.1. Comportamiento Innato

Este tipo de *comportamiento*, es el que corresponde a la herencia del desarrollo y operación de los *genes del Hombre*.

1.8.2.2. Comportamiento Aprendido

El considerado a un tipo de *comportamiento* generado por una *respuesta condicionada*.

1.8.2.3. Comportamiento Inteligente

Se refiere al *comportamiento* que implica la solución del problema como el caso de *juicios y toma de decisiones*.⁶

1.9. Los Reflejos, Los Instintos y Los Hábitos en la Vida Psicológica Humana

En cuanto a la conducta de los *seres humanos*, Aceves (1981), destaca su importancia, como la más compleja; más aún en lo que concierne a la vida *afectiva e intelectual*; por lo que considera que los *reflejos*, los *instintos*, *instinto/inteligencia* y el *hábito*, son la base en la que descansa la cima de la *vida psicológica* de cada ser *humano*, por lo siguiente:

1.9.1. Los Reflejos

Porque los *reflejos* son movimientos de reacción de las neuronas que se producen no de excitantes externos sino de impulsos provenientes y sin ritmo del *Sistema Nervioso Central*, que se originan en los núcleos grises centrales.

⁶ Cfr. OTTO, J. H. y TOWLE A. Op. cit. pp.14-54,357-424.

1.9.2. Los Instintos

Aceves, opina que en la actualidad lo más aceptado por corresponder a un tema controversial y que genera muchas opiniones, es señalar que *un instinto es un modo de conducta determinado y particular que corresponde a cada especie u individuo, función en la que éste no tiene consciencia.*

1.9.3. Instinto/Inteligencia

El *instinto* tiene el carácter específico (la especie) *hereditario*, perfección e invariabilidad.

La *inteligencia* tiene el carácter individual adquirido por el *individuo*, variabilidad y progreso gradual.

1.9.4. El Hábito

El *hábito*, agrega el autor, es una disposición adquirida y duradera a reproducir los mismos actos o a sufrir las mismas influencias cada vez con mayor facilidad.⁷

Con lo anterior, se logra concluir que las funciones propias del *cuero humano* no sólo dependen de *factores* fisiológicos sino también de los *psicológicos*; el hecho de cada *humano* de pertenecer o ser miembro de una estructura o núcleo social, lo impulsa el adoptar un tipo o determinada *conducta generada o influenciada de impulsos internos o externos* con otros de su especie, como lo es para las *personas adultas de 40 a 60 años de edad.*

⁷ Cfr. ACEVES MAGDALENO, José. "Psicología General". Edit. Publicaciones Cruz O., S. A. México. 1981. pp. 82-85.

1.10. El desánimo

Maslow, confirma que es muy importante *lograr evitar que surja y aumente el desánimo*, el desvanecimiento, con el peligro de convertirse en un estado *crónico* que genere una serie de riesgos lamentables no sólo para una persona, sino también para quienes la rodean.⁸

Otro estudioso del tema, Denton (2009), señala que la *consciencia* surgió mientras el animal evolucionaba a través de su *historia primitiva* y la refiere, como *consciencia primaria* comúnmente conocida como *mente*, localizada dentro del cerebro; consciencia humana con emoción primaria.

1.11. Consciencia Humana

El autor, se refiere a las *emociones humanas*, también las define como *emociones primarias* y a la vez cita a Stephen Walter (1983), quien en sus estudios muestra con más evidencia que la *consciencia*, sí está determinada por estados físicos del *cerebro*.

Con lo anterior, se desprende del autor, que el hablar de *consciencia humana* es muy complejo, pero sí corresponde el centrar la idea de relacionarla al hecho verídico de que posee la capacidad para que distinga *factores internos* y *externos* de toda una vida y su desarrollo.⁹

⁸ Cfr. MASLOW, Abraham. Op. Cit. p. 29.

⁹ Cfr. DENTON, Derek. "El Despertar de la Consciencia". Ediciones Paidós Ibérica, S. A. Barcelona. España. 2009. p. 177.

Por lo que Quirós y Schranger (1980), en relación a lo planteado por Denton, contribuyen para agregar datos del *desarrollo, evolución, maduración y aprendizaje* de todo *ser humano* con lo siguiente:

1.12. Desarrollo, Evolución, Maduración y Aprendizaje

1.12.1. Desarrollo

En todo ser humano, se produce su concepción hasta su muerte, en la que durante ese período se producen si las hay, enfermedades de varios tipos y degeneración de los tejidos.

1.12.2. Evolución

Significa que los *seres humanos* se desarrollan biológicamente en cuanto a sus *comportamientos heredados*.

1.12.3. Maduración

Significa la exteriorización de *desarrollos biológicos y ambientales* desde la *niñez* para sentarse, gatear, caminar. Se depende del desarrollo *biológico*; y se requiere además, la presencia de *influencias ambientales*.

1.12.4. Aprendizaje

Es la adquisición de *conductas del desarrollo* que dependen de *influencias ambientales*.

Todo *ser humano* necesita *vivir, crecer y desarrollarse*, además necesita mantener un equilibrio, una postura; y aprender de quienes lo rodean y sobre todo de *sí mismo*.

Los autores, opinan que los *seres humanos* logran relacionarse entre *las funciones del logro cerebral y su conducta humana* que les permite socializar con otros por medio de expresiones y comunicación; cuando se logra socializar con otras personas se produce la “*conexión*”; como ocurre desde que se “*Es*” un bebé directamente con su madre, su padre, su familia, amistades.

La comunicación le corresponde a todos los *seres humanos* que desean comunicarse a base del *lenguaje, gestos, mímica* y esencialmente *el mismo cuerpo* que participa de manera natural como base de esa comunicación.

Además los autores también opinan del *conocimiento humano, la Gestalt* y la *infancia* como sigue:

1.12.5. El conocimiento humano

Por lo anterior, Quirós y Schraner, citan que para Piaget (1956), en cuanto a la *herencia genética*, la epistemología afirma que el conocimiento es principalmente una acción sobre el objeto y que *conocer* no consiste en copiar la realidad, sino en *actuar* sobre ella, para *transformarla*.

1.12.6. La Gestalt

Los autores en este espacio, también opinan de manera breve de *La Gestalt*; y citan que Lauretta Bender y Archie A. Silver (1956), describen la imagen de un *cuerpo humano* en la que se conforma *una mente*, como una persona que

posee una matriz biológicamente en pausa y determinada por leyes de crecimiento; y desarrollo constitucionalmente limitada, precisamente la parte más estable de la imagen del *cuerpo humano* o cuerpo corporal.

Por lo que se refiere a la Gestalt, se coincide con Castanedo (1990), en la que éste cita a la vez a Perls (1970), quien sostiene con un enfoque de la existencia, en la que toma en cuenta la totalidad del organismo y su interrelación con el medio ambiente, con crecimiento potencial como ser humano, la forma de concebirse y descubrirse a *sí mismo*, como una forma de vivir el *aquí y ahora* con todos los recuerdos del pasado, porque estudiando el pasado, es como se puede comprender y conquistar el presente, para así lograr enfrentar todas las fantasías del futuro; por lo que Perls agrega, sobre este tema, tan sólo para recomendar a los profesionales en clínica, psicólogos, psiquiatras el requerir de su habilidad, creatividad y arte, con capacidad de observación y percepción indispensables para detectar las necesidades de la persona, que busca el apoyo de *psicoterapia*, como es el caso de los adultos y con la edad, a partir de los 40 años.

También, las aportaciones de Laretta Bender y Archie A. Silver, que citan los autores, radica en la importancia que representa en *psicoterapia* para un especialista en clínica conocer del *adulto* acerca de:

1.12.7. La Infancia

Porque *de niño*, el ser humano logra *adaptarse y socializar* directamente de sus *padres*, su *familia*; y a la edad de 4, hasta aproximadamente a los 6 años, comienza a dirigir las actividades motrices y su pensamiento simbólico dominado por el hemisferio cerebral izquierdo.

El niño, ya es muy capaz de mantenerse sosteniéndose con sus dos pies y manteniendo dicho equilibrio hasta con uno sólo.

Por otro lado, el *ambiente del niño también participa* para definirlo como *externalización* en varios niveles y como receptores con lo que permitirá su desarrollo automáticamente, necesario, intencional, coordinado y evidente, con lo que se le permite la presencia de procesos de aprendizaje y sistemas posturales en desarrollo de la actividad motriz.

Un *ser humano* desde su niñez, es cuando inicia sus acciones esquemáticamente para que perciba desde su nacimiento, *primera y segunda infancias*; y designe el reconocimiento de *información sensorial* producida por diferentes *estímulos, provenientes del mundo exterior*.

El concepto del *cuerpo o corporal*, se entiende como una acción neuromuscular o funcional que es el resultado global que compone todas las partes y tejidos del *cuerpo humano*.

Hablando de *imagen corporal*, se refiere más bien a las sensaciones, informaciones o experiencias hápticas, sensoriales, *influencias emocionales y sociales*.

Cuando un *ser humano* pasa de ser *niño a un adulto*, como es el caso de *personas de 40 a 60 años de edad*, como un sistema postural común en una *persona madura*, corresponde a ser específicamente *humano*.

En esta *etapa madurativa*, *el hombre* tiene la posibilidad de mantener la postura erecta; es decir, puede cerrar sus ojos, juntar sus pies, también sus manos y colgar sus brazos, igualmente al lado de su cuerpo; mantenerse con el sentido de orientación y ejecutar movimientos digitales.¹⁰

¹⁰ Cfr. QUIRÓS, Julio B. y SCHRAGER, Orlando L. "Fundamentos Neuropsicológicos en las Discapacidades de Aprendizaje". Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, Argentina. 1980. pp.13-16,21-32,78.

En el siguiente apartado, otro estudioso, como lo es Kolb (1979), *concerniente a la edad adulta* comúnmente conocida como *madurez en un concepto legal*, el autor opina lo siguiente:

Que aunque en el *concepto legal* la edad cronológica como signo de esta madurez no garantiza la responsabilidad, comportamiento y desarrollo claro de un individuo, *sí* supone que el *adulto* como *persona madura*, es que se ha desarrollado con una identidad que le permite establecer sus capacidades con la *sociedad*, como el poder establecer relación íntima, asumir por *sí mismo* la responsabilidad para educar hijos, tomar y aceptar decisiones con otras personas, perseguir independientemente sus propios objetivos, reconocer limitaciones y tener la disposición de buscar consejos de otros cuando así lo necesite.¹¹

Por lo anterior, se puede concluir que la *etapa de la infancia* es importante como base o principio de calidad de vida, si es de esperarse como sólida y adecuadamente bien estructurada, hacia el futuro; y propósitos positivos en que se llega a *persona adulta*, motivo por la generación de síntomas o anormalidades que repercuten en la vida de las *personas*.

Por el concepto anterior, este estudio invita la aportación de un *concepto clínico* en el que otro estudioso, como es el caso de Lemos (2000), quien opina en relación a los síntomas y su enfoque clínico, lo siguiente:

¹¹ KOLB, Lawrence C. "Psiquiatría Clínica Moderna". La Prensa Médica Mexicana, S. A. México. 1979. pp. 550-566.

1.13. Los síntomas. Enfoque clínico

Con enfoque clínico, el autor señala, que la presencia de determinados síntomas de los individuos revelan la existencia de trastornos subyacentes para definir la presencia de una *anormalidad*, como el que a veces *individuos* acuden con profesionales en busca de ayuda o tratamiento en situaciones de *tensión, conflictos o disfunciones sociales* ligados a sus vidas, a su entorno; e incluso, para el ingreso a centros psiquiátricos. Ello quiere decir, que son muchas las personas con alteraciones psicológicas que han sido hospitalizadas en dichos centros.¹²

Pero, al centrar este estudio el tema relacionado con los *seres humanos de edad de 40 a 60 años* y su entorno, desde que estuvieron en la *etapa prenatal* de sus vidas, es importante poder cuestionar el punto que pudiera representar sacrificios, o no, para algunos como *personas maduras* lo que les provoca enfrentar *situaciones o conflictos internos y externos*, provenientes de su medio ambiente.

Por lo anterior, Jung (1972), considera interesante tomar en cuenta datos del *ser humano* y relación con la *civilización moderna*, en lo que se desprende ahondar, además, el tema de la *religión*, por lo siguiente:

1.14. Civilización Moderna

El autor señala, que la vida del *Hombre* en la actualidad forma parte en la sociedad como *un problema vital y peligroso y de lo más ético en la civilización*

¹² LEMOS GIRÁLDEZ, Serafín. "Psicopatología General". Editorial Síntesis, S. A. Madrid, España.2000. pp. 24-25.

moderna; el no llegar a comprender que su vida pudiera verse hasta cierto punto como un *sacrificio*, de tal forma que ese sentido, para él, como *Hombre*, puede que la viva de manera asombrosa; más sin embargo, el crear ese sentido, es lo que resulta difícil al proponerse una *persona* seleccionar lo que le merece más convicción, las cosas más persuasivas que sin duda son, por las que generalmente se inclina, serán todas medidas con *la vara idéntica*, en lo que valen demasiado poco para también socorrerle con eficacia, contra *sus deseos y miedos personales*.

En la actualidad son contados los países civilizados quienes no se encuentren en un inquieto estado de *conflictos* hasta de opinión pública; y por ello, en escala aumentada de *problemas psicológicos* y por la colectividad humana.

Por lo anterior, resulta que el *Hombre* culto procura *reprimir* en *sí mismo* al *Hombre* inferior, sin tomar en cuenta que con ello es el hecho de que éste se *revele*.

1.14.1. Religión

Lo anterior, debido a que Jung en sus estudios con sus pacientes, resultó característico que le revelaran, que en sueños refirieran desear *estrangular por completo el ala izquierda*; y por ello, el autor señala, que los sueños por lo general no son un disfraz de cosa alguna, sino un producto natural más por *represión*, como lo constató en pacientes *influidos y reprimidos* también como resultante por una *divinidad religiosa*.¹³

Con lo anterior, no es el hecho de concluir o desacreditar ciertas costumbres o creencias respetadas para cada *ser humano*, sino más bien, sobre lo que el autor expone, que se pueda entender lo que significa un sacrificio, una

¹³ Cfr. JUNG, Carl Gustav. "Psicología y Religión". Ed. Rascher & Cie. A. G. Verlag. Zurich. 1972. pp.128-131.

prohibición, una sanción, una obligación; en la que cada ser *humano* se sienta obligado, forzado, con temor a ser sacrificado, castigado, sentenciado, señalado, criticado y *reprimido*, que le provoque un cambio drástico en su personalidad.

Por lo anterior, se aportan datos importantes de los estudios de Rosenbluth (2007), en cuanto al *Sistema Nervioso Simpático, la Noradrenalina y del Desarrollo de la Personalidad*, como se expone a continuación:

1.15. El Sistema Nervioso, la Noradrenalina y Desarrollo de la Personalidad

Es la opinión del autor, en cuanto al interés de conocer el *Sistema Nervioso Simpático* por encargarse de mantener la temperatura corporal y producir la *energía*, señalando para concluir una vez más, que una persona que mantiene la temperatura corporal y produce *energía* de la que antes ya se mencionó, es mediante el metabolismo.

1.15.1. Desarrollo de la Personalidad

El autor señala, con la postura de Freud, que el *desarrollo de la personalidad* de cada *individuo*, se obtiene por medio de una adecuada ordenación de experiencias desde la *niñez*, para originar o crear la personalidad que más se *adapte* en lo posible, con la convicción de comprender que con los propios deseos inconscientes se logra conseguir el *liberar el Yo acomodaticio*, por implicar que *la libertad psíquica es un componente básico para la salud psicológica*.

Por lo que Rosenbluth cita, que dentro de los escritos de Freud, los supuestos *mecanismos de desarrollo de la personalidad* de los sujetos pueden ser

aplicados a todo el Mundo; y no necesariamente a quienes sufren de enfermedades psiquiátricas, por lo que Freud y sus seguidores, convencieron a muchos con dicha postura de que toda persona es capaz de sentir *vergüenza, culpa, ansiedad, sobre el sexo o los sentimientos de hostilidad* y que cualquiera también podría presentar *fobia u obsesión*.

Por lo que el autor deduce, que los *seres humanos* son capaces de sentirse culpables por los *factores* producidos y expuestos en su vida, percibidos inadecuadamente con el ejercicio de *factores vivenciales familiares y sociales* que presentan *fobias y obsesión* y repercuten en su personalidad, por lo que existen casos que pueden resultar irremediables o trágicos, como el caso de los suicidios.

14

1.16. DSM y CIE

En base a lo anterior; y por considerar que el *ser humano* adquiere síntomas, trastornos o enfermedades resultantes por diferentes *factores*, tanto el DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) y el CIE (*Clasificación Internacional de Enfermedades*), de manera conjunta; y en colaboración de innumerables investigadores, así como varios manuales para concluir lo últimos, han logrado reunir y clasificar para un manejo adecuado en diagnósticos e intervenciones clínicas pendientes a las *personas* que buscan apoyo psicológico.

Por tanto, Calderón (1984), señala que la clasificación del *síndrome depresivo* siempre ha sido objeto de múltiples investigaciones y controversias por causas *ambientales y psicológicas* como *factores determinantes* de quienes la padecen.

¹⁴ Cfr. ROSENBLUTH Michael, KENNEDY Sydney H., BAGBY R. Michael. "Depresión y Personalidad". Ed. Elsevier Masson. Barcelona, España. 2007. p. 5.

Por lo que, la *Organización Mundial de la Salud* incrementó en la IX Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (*ICD-9*) 11, de 10 a 19 categorías que a nivel de cuatro dígitos, pueden corresponder al *cuadro depresivo*, agregando una nueva categoría, la 311 para los *trastornos depresivos no clasificados*.

Lo anterior, señala el autor, por el gran número de casos como enunciación diagnóstica del *término depresión o trastornos depresivos*.

Por lo que, el autor cita la *clasificación de la depresión* en tres categorías:

De acuerdo con la *ICD-9* a la *depresión psicótica*, sólo como referencia, le corresponderían los siguientes rubros:

295 Psicosis esquizofrénicas

295.7 *De tipo esquizoafectivo*

296 Psicosis afectiva

296.1 *Psicosis maniacodepresiva, de tipo depresivo*

296.3 *Psicosis maniacodepresiva, de tipo circular, pero generalmente depresiva.*

296.4 *Psicosis maniacodepresiva, de tipo circular mixta.*

296.5 *Psicosis maniacodepresiva, de tipo circular, con estado general no especificado.*

296.6 *Psicosis maniacodepresiva, otras y no especificadas.*

296.8. *Otras.*

296.9 *No especificadas.*

298 Otras psicosis no orgánicas:

298.0 *De tipo depresivo.*

A la depresión neurótica le correspondería el rubro:

300 *Trastornos neuróticos:*

300.4 *Depresión neurótica.*

Dentro del agrupamiento tentativo de la *depresión simple*, podrían incluirse los cuadros:

308 Reacción aguda al estrés:

308.0 *Con trastorno predominante de las emociones (sí son depresivos).*

308.4 *Mixtos (sí incluyen depresión).*

309 Reacciones de ajuste:

309.0 *Depresión leve.*

309.1 *Depresión leve prolongada.*

309.4 *Con trastornos mixtos de las emociones y de la conducta (si hay depresión).*

311 Trastorno depresivo no clasificado en otra parte

312 Trastorno de la conducta no clasificado en otra parte

312.3 *Trastornos mixtos de la conducta y de las emociones (sí hay depresión)*

313 Trastornos de las emociones específicas de la infancia y de la adolescencia.

- 313.1. *Con pena e infidelidad.*
- 313.8 *Otros y mixtos.*¹⁵

A comienzos de la década de los sesenta, el *programa de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS)* participó de manera activa en un proyecto destinado a mejorar el diagnóstico y la clasificación de los trastornos mentales, con la participación de representantes de distintas disciplinas así como de varias escuelas del pensamiento psiquiátrico de todas partes del mundo, patrocinado y revisado por la *OMS* por pertenecer al área correspondiente. Por ello, lo anterior sirvió para estimular y dirigir investigaciones sobre criterios de clasificación y su fiabilidad diagnóstica, con lo que se diseñó, definió y unificó lo correspondiente a procedimientos, evaluaciones y métodos útiles de investigación. Por ese trabajo extenso, fue que surgieron propuestas para mejorar la clasificación de los trastornos mentales, mismos que fueron tomados en cuenta en la redacción del borrador de su Octava Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-8). Por los años setenta, creció el interés para mejorar la clasificación psiquiátrica en el trabajo favorecido por el aumento de contactos internacionales, colaboración y disponibilidad de nuevos tratamientos; fue entonces que muchas sociedades psiquiátricas nacionales impulsaron el desarrollo de esos criterios específicos para la clasificación; y mejorar aún más la fiabilidad diagnóstica; y así, concretar la publicación de su Tercera Revisión del Manual diagnóstico y Estadístico e incorporarla a criterios operativos en su sistema de clasificación.

¹⁵ CALDERÓN NARVÁEZ, Guillermo. "Depresión. Causas, manifestaciones y tratamiento. Editorial Trillas. 1ª. Edición. febrero 1984. pp. 14-15.

En dicho texto, se incluye el trabajo de numerosas personas que han contribuido para darle su forma definitiva hasta ahora, cada uno preparado tras amplias consultas con grupos de expertos, sociedades psiquiátricas nacionales e internacionales y personalidades relevantes; por lo que en el año de 1987, el borrador llevado a cabo en unos 40 países, constituyó el esfuerzo investigador más amplio jamás realizado para mejorar el diagnóstico en *psiquiatría*. Los resultados de estos estudios son los que se han utilizado para dar la versión final de las pautas clínicas, también el haber implicado a 32 países a la investigación clínica para el texto comprobado, el cual presenta una serie de fascículos sobre la evaluación y clasificación del retraso mental, así como una guía de entrecruzamientos que permite hoy averiguar la correspondencia de términos de la CIE-8, CIE-9 y la CIE-10.¹⁶

1.17. CIE-10

Al cuadro de *depresión* le corresponden los siguientes rubros de acuerdo al *CIE-10*:

F30 Episodio maníaco

F30.0 Hipomanía

F30.1 Manía sin síntomas psicóticos

F30.2 Manía con síntomas psicóticos

F30.8 Otros episodios maníacos

F30.9 Episodio maníaco no especificado

F31 Trastorno afectivo bipolar

F31.0 Trastorno afectivo bipolar, episodio hipomaniaco sin síntomas psicóticos

F31.2 Trastorno afectivo bipolar, episodio maníaco presente con síntomas psicóticos

¹⁶ Cfr. Organización Mundial de la Salud Ginebra (CIE-10), 28036, Madrid, 1994.pp.7-9.

- F31.3 Trastorno afectivo bipolar episodio depresivo presente leve o moderado*
- F31.4 Trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo grave presente sin síntomas psicóticos*
- F31.5 Trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo grave presente con síntomas psicóticos*
- F31.6 Trastorno afectivo bipolar, episodio mixto presente*
- F31.7 Trastorno afectivo bipolar, actualmente en remisión*
- 31.8 Otros trastornos afectivos bipolares*
- 31.9 Trastorno afectivo bipolar no especificado*

F32 Episodio depresivo

- F32.0 Episodio depresivo leve*
- F32.1 Episodio depresivo moderado*
- F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos*
- F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos*
- F32.8 Otros episodios depresivos*
- F32.9 Episodio depresivo no especificado (2)*

F33 Trastorno depresivo recurrente

- F33.0 Trastorno depresivo recurrente leve presente*
- F33.1 Trastorno depresivo recurrente moderado*
- F33.2 Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos*
- F33.3 Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave con síntomas psicóticos*
- F33.4 Trastorno depresivo recurrente, actualmente en remisión*
- F33.8 Otros trastornos depresivos recurrentes*
- F33.9 Trastorno depresivo recurrente no especificado*

F34 Trastorno del humor persistente

- F34.0 Ciclotimia*
- F34.1 Distimia*
- F34.8 Otros trastornos del humor afectivos persistentes*
- F34.9 Trastorno persistente del humor afectivo no especificado*
- F38 Otros trastornos del humor afectivo*

F38.0 Otros trastornos del humor afectivos aislados
F38.1 Otros trastornos del humor afectivos recurrentes
F38.8 Otros trastornos de humor afectivos especificados
F39 Trastornos del humor afectivo no especificado

1.18. Relación entre factores que intervienen en la etiología de los trastornos mentales

Por lo anterior, los autores Jarné y cols. (2006), citan a Chmura Kraemer y cols. (2001), quienes expresan su análisis y reflexión en cómo los *factores individuales, familiares, sociales y culturales*, son la causa que pueden estar en la base de *trastornos psicopatológicos* actuando de forma conjunta, tanto si es como *factor de predisposición*, precipitante como de cualquier otro; y por lo anterior, a continuación, los autores describen en *factores de riesgo, la edad como factor asociado, trastorno de ansiedad y trastornos fisiológicos*:

1.19. Factores de riesgo

1.19.1. La edad como factor asociado

Los autores también señalan que se han constatado diversos factores asociados a los trastornos de ánimo como es el caso de la edad de las personas, como trastornos característicos de los *adultos*, cuya mayor incidencia se concentra en personas de entre los *44 años de edad*.

1.19.2. Trastorno de ansiedad

Asimismo, refieren los autores que los síntomas de ansiedad de una persona son con motivo de los efectos de una enfermedad.

1.19.3. Trastornos fisiológicos

También añaden los autores que la lista de trastornos fisiológicos que pueden producir síntomas ansiosos es muy amplia entre los que destacan el hipertiroidismo o hipotiroidismo, feocromocitoma, hipoglucemia, arritmias cardíacas, neumonía, déficits vitamínicos, neoplasias, encefalitis, enfermedad vestibular, crisis comiciales entre otras.¹⁷

¹⁷ Cfr. JARNE ESPARCIA, Adolfo; TALARN CAPARRÓS, Antoni; ARMAYONES RUIZ, Manuel; HORTA i FAJA, Esther y REQUENA VARÓN, Elena. "Psicopatología". Editorial UOC, 1ª. Edición. Barcelona, España. 2006. pp. 118, 136.

Capítulo II

ESTUDIO DE LAS EMOCIONES, SENTIMIENTOS Y PASIONES

El capítulo anterior fue basado principalmente de datos investigados de la aparición de *seres vivos*, su *desarrollo* desde el *nacimiento hasta la madurez*, creatividad, capacidad, su consciencia, con un avance de la *represión* y los *factores internos y externos* que influyen en la vida de todos los *seres humanos* como es el caso de personas de *40 a 60 años de edad*, en el planeta Tierra.

El tema de este capítulo, estudia conceptos importantes por los que la población de *personas adultas* como lo son, *de 40 a 60 años de edad*; y todos los *seres humanos* de cualquier edad, viven día a día impulsados de lo que les agrada o desagrada, gusta o disgusta, y les causa placer o dolor físico o psíquico, como son los *afectos*; y lo que los derivan.

Por lo anterior, Aceves (1981), señala que la *vida afectiva* es vital para todo *ser humano*; y se entiende al conjunto de *fenómenos psíquicos* que se traducen en placer o dolor psíquicos, por lo que una afectividad los experimenta ante las reacciones provocadas por los *estímulos internos o externos*, los cuales son divididos en *emociones, sentimientos y pasiones*, de acuerdo a lo siguiente:

2.1. Las emociones

Se refieren a un *estado afectivo, violento y pasajero*, que rompe el equilibrio psicofisiológico de cada persona; y sus teorías de proceso comprenden: *clásica o intelectualista y fisiológica*.

2.1.1. La teoría clásica o intelectualista

Porque la *emoción*, es producida por el conocimiento de un hecho que se considera agradable o desagradable mediante el proceso de percepción del estímulo, la experiencia psíquica de la *emoción* y por modificación fisiológica en el

organismo y reacción del sujeto, por lo que corresponde en su conjunto al aspecto intelectual de proceso al miedo o alegría, sudor, el palidecer y correr.

2.1.2. La teoría fisiológica

Porque el proceso sería basado por la percepción de la situación de cada persona, su reacción orgánica y la *emoción*; en otras palabras, *la amenaza de un peligro, sudor y miedo*.

El autor resume, que la *emoción* debe considerarse como un complejo psicológico inseparable en la que *intervienen* varios *factores*, por lo que existe una interacción psicosomática.¹⁸

2.1.3. Emoción primaria

Denton (2009), señala que la *emoción primaria* es la que impera como una excitación de manera compulsiva y de intención.¹⁹

Por lo anterior, Young (1979), aporta datos relevantes e importantes con el principio e historia del término *emoción* de acuerdo a lo siguiente:

¹⁸ Cfr. ACEVES MAGDALENO, José. Op. cit. pp. 197-198.

¹⁹ Cfr. DENTON, Derek. Op. cit. pp. 162-163.

2.2. Principio de las emociones

2.2.1. Historia del término emoción

El autor refiere que en el diccionario de Murria (1888), la palabra *emoción* se deriva del latín *e* (fuera) y *movere* (mover).

Young menciona, que originalmente la palabra *emoción* significaba *salir de un lugar para otro*, en un sentido de migración; además, que pasó después a expresar: *mover, resolver o agitar* en un sentido estrictamente físico, en lo que después se ha ido transfiriendo a las agitaciones políticas y sociales, con lo que después significó *tumulto, disturbio popular, y finalmente, se llegue a utilizar para designar cualquier estado mental agitado, vehemente o excitado del individuo.*²⁰

En lo referente a las *emociones*, Papalia y cols., aportan opiniones desde el *nacimiento* y el *apego* de las *personas* que influyen hasta la edad *madura* como en el caso de la población de *personas de 40 a 60 años de edad* y tema de este estudio, como sigue:

2.3. Nacimiento del Hombre y el principio de las emociones

2.3.1. Nacimiento

Las autoras, señalan a la vez, que lo que acontece *en la etapa prenatal* será crucial para cualquier *individuo, para lo que le ocurra después*, porque *mucho influye* la vida que una madre lleve durante su embarazo y desde que concibe un hijo, como son *sus emociones*.

²⁰ Cfr. YOUNG, Paul Thomas. "Cómo Comprender Mejor Nuestros Sentimientos y Emociones". Editorial El Manual Moderno, S.A. México. 1979. pp.16-19.

Los efectos de esas *emociones* durante el embarazo de la madre, si son adecuados o no, en el período *prenatal* ejercen una combinación de efectos o *influencias* que por el *entorno social*, en la mayoría de los casos son difíciles de controlar, en los que se adhieren y destacan los efectos genéricos con las sospechas de que, si además alguno de los padres quien se haya sumado al consumo de bebidas alcohólicas, tabaco y drogas, serán por consiguiente, los causantes o enemigos de su hijo en gestación; y próximo a nacer por consecuencias y daños *biológicos, fisiológicos y psicológicos* posteriores.

Las autoras agregan que, aunque existen partos que difieren por diversas situaciones, el apoyo médico ha contribuido en la mayoría de los casos, exitosamente, en cuanto las complicaciones y riesgos durante y después de los recién nacidos, sean menores; con el cuidado y bienestar de los mismos, como el de la madre, en los que afortunadamente señalan Papalia y cols., que de acuerdo con Rubín (1977), en sus estudios; y para tener conocimiento de que los recién nacidos en grandes hospitales sufren también lesiones en el cerebro relacionados con partos y con riesgos, como el caso de *retraso mental*, ocasionando dificultades de aprendizaje, problemas de comportamiento, efectos de trauma moderado o menor, en lo que durante el desarrollo crecen y llegan hasta *la madurez*; y a menudo es que se encuentren en algún tipo de tratamiento o tratamientos Werner et al. (1968).

Las autoras señalan que mientras se lleva a cabo el desarrollo en los recién nacidos se presenta el:

2.3.2. Apego

Por la importancia de lo anterior, las autoras citan a Erikson (1950), quien al trabajar con el concepto freudiano del Yo, señala que, por el interés de considerar la gran *influencia que ejerce la sociedad en las personas*, destaca, además, que

en los recién nacidos la existencia del *apego*, *pertenece* a la fuerte influencia y relación del amor a primera vista madre-hijo, hijo-madre; y por ello este autor, cita a Robson y Moss (1970), quienes afirman, que si dicha relación no es adecuada, repercutirá al menor *hacia su madurez*, por la tendencia a percibir sensaciones que forjan *emociones* y *sentimientos* durante esos momentos de su vida, con la presencia de síntomas de *angustia*.

Sin embargo, sobre buenas sensaciones del menor vividas de su madre, ambos padres o cuidador, destacan Papalia y cols. que Kagan (1958), en sus estudios opina, le serán encausadas positivamente, desarrollando sus *emociones* y *sentimientos* para fraguar inclusive, al máximo en su capacidad de aprendizaje, por esos buenos momentos en el comienzo de su invaluable vida.

Es por ello, que se desprende, que cuando se es niño, la resultante se da para conseguir la identificación de *sí mismo*; por querer el menor observar a los demás (*padres, hermanos, familia, amistades*), escoge y decide desde entonces, a quien le gustará mejor parecerse; sean familiares, otras personas o grupos sociales; será su preferencia; y todo dependerá desde ese momento. De esta forma, el menor decide crecer, *desarrollarse hasta su adultez* de acuerdo a las *características, creencias, actitudes, valores y conductas* de esas imágenes de su entorno familiar.

Además, que se han generado mitos y creencias; que tanto los varones como las mujeres *tienen* y *deben tener* en la sociedad; características distintas por lo que se les deba definir ciertas *conductas, emociones* y *actitudes*; como las propias por ser *hombres* y *mujeres*, respectivamente; por lo que una *sociedad* espera que los *hombres sean machos, dominantes, agresivos, activos, independientes* y *competitivos*; mientras que las *mujeres tengan instintos maternos, sean complacientes* y *dependientes*.

Por ello, las autoras también señalan que los niños de ambos sexos, desde su infancia, *aprenden directamente de sus padres y familiares*; por lo que, sin embargo, con estos estereotipos es con lo que se conforma *su futura idealización y orientación* para poder adaptarse en la sociedad; y a la vez, encararse a los modelos académicos y profesionales que la misma les defina, como lo que es bueno o malo, adecuado e inadecuado.

Por otra parte, Papalia y cols. citan a los siguientes autores en relación a sus estudios, concernientes a las *emociones* y quienes aportan lo siguiente:

William James (1884), considera la *emoción* como una *experiencia consciente* que se caracteriza por la consciencia de cambios corporales con la que se suscita una discusión filosófica sobre la relación mente-cuerpo.

Al comenzar la revolución conductista con John B. Watson, hacia el año de 1914, desarrollada en los años subsiguientes con B. F. Skinner; Watson, define la *emoción* como un patrón de conducta que implica músculos y glándulas, con el resultado de que dicho estudio de los *sentimientos* subjetivos llegó a considerarse, como un *tabú científico*.

William James y Carl Lange (1884,1885), ya habían llegado a tan parecidos puntos de vista al suponer, que en el caso del *miedo* seguido de experimentar esta *sensación* fisiológica, el corazón late más de prisa, la respiración se acelera, las palmas de las manos sudan, se siente debilidad en las rodillas; y por ello, es que las personas al experimentarlo luchan, gritan, corren o se desmayan; por lo que tanto James como Lange, señalan *que la base de las emociones deriva de la percepción de las sensaciones fisiológicas*, por lo que *las respuestas fisiológicas* son diferentes para cada *emoción*; pero también, lo anterior no quiere decir que exista una explicación completa de la experiencia emocional.

Cannon.Bard (1927), difiere un tanto con lo asentado, tanto por James como por Lange, señalan las autoras, porque cuando una persona tiene una determinada experiencia provocada por los *impulsos nerviosos*, esta información llega a dos lugares importantes del cerebro: *la corteza y el tálamo*. En la primera, donde se le advierte que existe una amenaza y que su seguridad personal está en peligro; y en la segunda, donde se convierte en una *emoción* determinada como la lucha o fuga, mejor conocida como *estrés*.

Schachter-Singer (1960), supone una actividad puramente cognitiva al asegurar, mediante varios experimentos con muestras de población, que el incremento de la activación en la que se ha podido producir una situación que origine determinada *emoción* como el miedo, temor u otro, provoca se intensifique, porque ésta, antes, ya existió.²¹

2.4. ¿Cómo reconocer y designar las emociones?

Young opina, que para reconocer y designar *emociones, sentimientos y actitudes*, existen muchas palabras en la actualidad; por ello, considera apropiado citar a Kanner (1931), quien realizó estudios en cuanto a *expresiones faciales con seres humanos*, encontrando lo siguiente:

Kanner, sobre una pantalla proyectó una serie de *expresiones faciales de emociones humanas*; pidiéndoles a estudiantes de seis clases diferentes, *escribieran el mejor término para describir a cada expresión facial* proyectada.

Los resultados encontrados por Kanner, fueron, que los estudiantes habían usado *365 palabras para asignar a cada expresión facial proyectada*. Por supuesto, señala Kanner, que eso no quiere decir entonces que existan 365

²¹ PAPALIA, Diane E. Op. cit. pp.353-359, 395-501.

emociones humanas; pero sin embargo, sí quiere decir, que *existen muchas palabras para designar cada una de las emociones*; y tal vez más importante aún, que existen muchos modos de percibir las expresiones *de las emociones*, por lo que *una expresión facial* puede representar *más de una emoción*.

2.4.1. Expresiones faciales

Derivado de lo anterior, Young, formula una pregunta acerca de las *expresiones faciales*:

¿Qué tan exactamente podemos identificar *las emociones* por medio de las *expresiones faciales*?

Para esta pregunta, Young propone, citar para responderla, a Landis (1924), quien realizó un estudio fotografiando las *expresiones emocionales* con *seres humanos* como sigue:

Con el hecho de provocar *emociones genuinas* en condiciones de laboratorio, Landis fotografió cara a cara a personas; y estudiándolas, encontró patrones específicos de la *expresión emocional*.

Del mismo modo, para que Landis encontrara la parte medular del caso en provocar *emociones*, se apoyó de situaciones, pidiéndoles a las personas escuchar música, oler amoníaco, describir un *faux pas*, leer material pornográfico, manipular ranas vivas, experimentar; inclusive, choques eléctricos; y finalmente, el alivio de estas diversas pruebas.

Además Landis, les pidió a las personas de su investigación que se pusieran señales de color negro en la cara, para luego medirlas en las fotografías y clasificarlas en grupos de músculos faciales durante los *estados de emoción* y en los de tranquilidad.

Los sujetos también dieron reportes verbales sobre sus experiencias emocionales que presentaron, y las que sintieron.

Como resultado de su experimento, Landis sacó ciertas conclusiones, que consistieron en:

“Aparentemente existen enormes diferencias individuales por lo que toca a expresiones faciales, los nombres comunes de las emociones se refieren a las situaciones que las provocan y no a los patrones de respuestas faciales”.

Por consiguiente, Young, sobre el estudio de Landis, logra desprender que no hubo *expresión facial* fija, porque fue común a una misma situación, porque toda persona tiene la tendencia de usar algún grupo determinado de músculos faciales en forma habitual. Esto quiere decir, que todos los *individuos* tienen ciertos *patrones faciales* característicos; por lo que, al mismo tiempo, también se descubrió que en el caso de emociones imaginadas tampoco parece haber *expresión facial uniforme*.

Young, refiere, que en el estudio de Landis se concluye que, una *emoción*, según se observe en un rostro, no es un patrón fiel de respuesta como lo es en el caso cuando una persona *pestañea*, entre otras respuestas.

Este estudio también revela que *las expresiones* estudiadas son convencionales; y se usan para la comunicación en forma muy semejante al uso que se da a las palabras habladas.

Young, también cita otro trabajo, el de Hebb (1946), quien de sus estudios de *estados emocionales*, en una de sus investigaciones lo hizo con chimpancés, refiriendo *los primates ser los más cercanos al Hombre*.

Menciona Hebb, interesarse en trabajar en dicho estudio, con 30 chimpancés, con lo que diariamente los analizó para lograr darse cuenta la forma en que se identificaban entre ellos; sólo que en este caso le llamó la atención algo que salió del propósito; y que desvió su atención, con lo que le llevó a obtener más resultados sobre *emociones humanas*; y fue el hecho *de las observadas del personal humano*, quienes cuidaban y atendían a los chimpancés por largas temporadas.

Este estudio generó, que Hebb agregara esta parte adicional en su estudio proponiendo reconocer que *los rasgos temperamentales* y emociones específicas se reconocen básicamente como desviaciones de la conducta normal de *condiciones o estándares sociales*.

Por lo anterior, Young propone, adicionar también por la importancia de las *expresiones de las emociones y sentimientos*, lo siguiente:

2.4.2. Breve historia de las teorías sobre las emociones y sentimientos

Young cita a Darwin (1872), quien en sus estudios realizados sobre la *expresión de las emociones en el hombre y el animal*, ofrece una interpretación evolutiva a las *reacciones emocionales* por relacionarse con la lucha de vida o muerte y por la supervivencia en la reproducción de especies.

También señala el autor, que Wundt (1879), consideraba los *sentimientos* simples de brotes *emocionales* complejos; y en cuanto a la *tensión* opina, que se experimenta cuando se espera o se anticipa algún acontecimiento porque después del evento, es cuando sobreviene la relajación.²²

Lo anterior desprende que, desde una perspectiva especulativa e introspectiva de los sentimientos y emociones, hacia explicaciones objetivas y conductistas, existe la posición que se toma en cuenta tanto para los datos objetivos como los subjetivos que se han de relacionar con los procesos *afectivos*.

Por otra parte, Gastélum (1920), en cuanto a *la emoción psicológica, centro emotivo, emociones depresivas y exaltativas, emociones por la simpatía por los sentimientos sociales, simpatía, emociones/Sistema Nervioso, los sentimientos, los sentimientos de justicia, deber y emociones del Centro de Conservación individual*, opina lo siguiente:

2.5. Emoción Psicológica

La emoción psicológica admite un trabajo intelectual, ideas y juicios sobre el peligro que resulta, o el beneficio que se adquiere, con la verificación del fenómeno que la produzca.

Además, el autor define a *la emoción* como el *conjunto de fenómenos con carácter afectivo de dolor y placer* provocados por ideas o imágenes sensoriales, por el objeto de que las *emociones* son la conservación del *individuo* que se denomina *centro emotivo, centro de conservación o instinto de conservación*, por

²² Cfr. YOUNG, Paul Thomas. Op. cit. pp. 16-19, 23, 24-35.

trascender una serie de *fenómenos emocionales* comunes a todo ser animal, destinado a su propia conservación; se puede decir, de un peligro que se avecina y provoca ser un motivo de una *emoción dolorosa*; lo mismo ocurre cuando no lo es, en la que se determina una *emoción agradable*.

Con lo que el autor, da explicación de que las *emociones* se interpretan por el *centro emotivo*, que con frecuencia es donde los *seres humanos* interactúan con excitaciones tanto periféricas como centrales que provocan, se produzcan así las *emociones* en las que se involucra el *dolor* ante la *percepción* del peligro.

2.5.1. Centro emotivo

El centro emotivo, centro de conservación o instinto del individuo reside al que Flourens (1840), llamó *nudo vital*. Junto a este centro también existen los secundarios que son la base fisiológica de *emociones especiales*.

Este *centro emocional* es el mismo, considerado del *dolor* y del *placer* físico, provocado por excitaciones periféricas que precisamente provee la clave de las manifestaciones *emocionales* en muchos animales y en el *Hombre*; principalmente en los *primitivos*; y sin antecedentes mentales como verdaderos reflejos. Una diferencia fisiológica distingue esta clase de formas *emocionales* por lo que las excitaciones periféricas originan las manifestaciones más localizadas que las excitaciones centrales que son más difusas.

Ahora bien, siendo el *cerebro*, el lugar en que se verifican los fenómenos intelectuales, las sensaciones que llegan aquí, después forman ideas y dan origen a juicios.

De esta manera, existen excitaciones periféricas que van al *cerebro* a traducirse allí en ideas, por lo que excitan el *centro emotivo* y producen el *dolor*, el *bien* y el *placer*.

Teniendo en cuenta las ramas nerviosas que nacen del *centro emotivo*, se comprende que todos los fenómenos fisiológicos que se observan en la *emoción* como fenómenos funcionales dependerán de la intensidad de la excitación, según donde quede localizada; o bien, se extienda a los centros secundarios.

2.5.2. Tipos de emociones

Gastélum, considera la forma en que las *emociones* se producen y en qué consisten, así como las causas que las hacen variar según la clasificación de Sergi (1929):

2.5.2.1. Depresivas: *Las que deprimen las energías vitales.*

Las *emociones depresivas*, la intensidad de la excitación que las produce, está llevada al máximo; las modificaciones orgánicas instantáneas o durables, total o parcial, violentas o dulces, variarán con la excitación. Las modificaciones orgánicas que se observan en cada caso, serán en lo general las siguientes:

2.5.2.1.1. Primera especie:

Las referidas al miedo, terror, espanto y las manifestaciones que difieren poco entre sí, como la disminución del movimiento cardíaco y del respiratorio, *depresión* del sistema neuromuscular, total o parcial, alteraciones en el sistema vaso constrictor que originan la palidez, alteraciones digestivas de los órganos secretorios y los esfínteres; la propia *emoción* por vaso de dilatación vascular que provoca congestiones

cerebrales que traen como consecuencia perturbaciones intelectuales como pérdida de la palabra, imposibilidad para razonar entre otras, las cuales pueden resultar tan graves para ocasionar la muerte.

Las referidas a la *opresión, angustia, ansiedad*. Los fenómenos que estas *emociones* presentan son semejantes a las citadas anteriormente por el relajamiento de los movimientos cardíacos, de los respiratorios, del sistema neuromuscular, alteraciones secretorias, variaciones vasculares de contracción, de dilatación y alteraciones gástricas. El mal humor, el *abatimiento*, la desilusión y el descorazonamiento pertenecen al mismo grupo y las alteraciones funcionales, son más o menos semejantes.

2.5.2.1.2. Segunda especie:

Vergüenza, timidez, confusión. En la vergüenza existe al principio, aceleración de los movimientos cardíacos, del pulso y de los movimientos respiratorios, *depresión* neuromuscular e incoordinación de los movimientos e inclusive; confusión mental, enrojecimiento y palidez de la cara. En lo referente a la timidez existen manifestaciones que se aproximan a las anteriores, el sentimiento de inferioridad respecto a los demás, domina a los sujetos; y el balbuceo e incertidumbre del lenguaje se manifiestan. La confusión, la humillación y la mortificación son *emociones* que con ligeras variaciones presentan manifestaciones semejantes a las anteriores.

La resignación, obediencia, sumisión, flexibilidad, vileza, humildad y sacrificio; en estas *emociones*, domina la idea de la propia impotencia y voluntad que influye en la aparición, puesto que el sujeto prescinde del Yo, por el bien o por la fuerza; y sus manifestaciones orgánicas son los movimientos débiles del corazón y de la respiración para ejecutar acciones en un sentido o en otro.

2.5.2.2. Exaltativas: *Las que levantan las energías vitales.*

En *las emociones exaltativas*, corresponden a todas las *emociones* de manifestaciones exteriores, tan contrarias que tienen la misma base fisiológica por el aumento de las funciones vitales. La causa de las diferencias en sus manifestaciones, depende de la diversidad de las excitaciones cerebrales así como de las asociaciones ya constituidas por la herencia, bajo el principio original de protección de la vida.

2.5.2.2.1. Primera especie:

El gozo, alegría, satisfacción y placer sexual. Estas *emociones* son caracterizadas por aceleración de los movimientos cardíacos, aceleración circulatoria en los vasos, el sistema neuromuscular es más expedito a la acción, la contracción es más enérgica, los ojos brillantes y las contracciones musculares de la cara producen risa, lo que juntas revelan la placidez de que se goza, la digestión que es más fácil, los fenómenos mentales más rápidos y el bienestar que se siente, debido a que es producido por una mejor asimilación orgánica que da al sujeto una cierta idea de superioridad.

El amor, la amistad y el *sentimiento* afectuoso, consuelo y buen humor. El amor como *emoción* durable de manifestaciones intermitentes, se produce bien, por la vista del objeto amado; ya por las ideas, los recuerdos o las sensaciones que ligan las ideas con la persona. Las manifestaciones orgánicas son aceleración cardíaca, aumento en la actividad muscular, mejor funcionamiento cerebral; y en general; se nota una buena disposición al mejoramiento orgánico. En la amistad, *sentimiento* afectuoso y el consuelo, resaltan las manifestaciones de grado más inferior; pero semejantes. Por otro lado, en el humor se presenta con bienestar fisiológico por el mejor funcionamiento orgánico.

2.5.2.2.2. Segunda especie:

Las *emociones de reacción* como cólera, rabia y el furor. Estas *emociones* difieren entre sí, únicamente por la intensidad que se presentan a los sujetos como la aceleración cardíaca y respiratoria, dilatación de los vasos capilares y de los gruesos vasos, inyecciones de la conjuntiva, hinchamiento de la cara, inervación exaltada de los músculos voluntarios, movimientos convulsivos y violentos, amenazas, gritos y chasquidos de dientes. La congestión cerebral hace que se confunda a la consciencia y que le impida dominar los movimientos musculares; el control voluntario se pierde y el sujeto absorbido por el motivo provoca que las acciones cuya trascendencia no se consideren. Es importante también señalar, entre las manifestaciones orgánicas, las alteraciones secretorias y del aparato digestivo: Para que todas estas manifestaciones se produzcan es necesario una excitación pequeña o grande según en lo orgánico, su constitución del objeto; como excitante, entra principalmente la sensación visual del objeto sobre el *individuo* con un juicio formado, los recuerdos, ideas o grupos de ideas presentados o traídos a colación en un momento oportuno. Todas estas manifestaciones levantan la vida orgánica como lo hacen las del placer pero como medio de defensa activa, en su forma física es percibida como *emoción* de cólera o de furor. El desdén y el menosprecio que pertenece al mismo grupo tienen manifestaciones orgánicas menos violentas.

El odio, el rencor y la venganza son *emociones* durables, el odio es antagónico del amor y persiste en una idea que siempre está presente en una idea fija; el rencor es un odio envejecido que aspira a manifestarse; la venganza es el odio y es el rencor con tendencia a destruir lo que lo excite. Todas estas manifestaciones presentan las energías vitales levantadas, porque existe el deseo de dominar aquéllo que es objeto de odio; y no importa por qué medio, pero estas *emociones* presentan momentos de

reposo y de indiferencia pero en sus manifestaciones agudas reaparecen con todos sus fenómenos. Estas *emociones* comprenden otras derivadas más o menos intensas, todo depende de la intensidad del estimulante pero a pesar de esta diferencia aparente, todas se consideran como las únicas que existen en los objetos.

Por consiguiente y derivado de lo anterior, el autor concluye:

Que tanto unas como otras *emociones*, cuando se exageran, ponen en peligro una vida; porque una persona se muere de miedo como de placer porque todo depende de la *intensidad*.

Pero, esta primera división forma los géneros, por lo que comprenden a cualquier *emoción* de cualquier origen.

Por lo que Gastélum agrega:

2.5.3. Duración de las emociones

Estas podrán dividirse en *instantáneas* y *durables*.

2.5.3.1. Instantáneas

Por *aparecer* y *desaparecer bruscamente* aunque dejen huella. paso a paso por lesiones, por las que se haya de *sufrir* o producir.

2.5.3.2. Durables

Por la duración larga, en el tiempo; y que las *emociones* dejan de aparecer en momentos, para volver después a aparecer, con la totalidad de sus caracteres.

Por lo que el autor opina, que será el *carácter* que se adquiriera en lo específico derivado de una *emoción*, la naturaleza de la excitación, ideas o conjuntos de ellas como agregadas a esa *emoción* instantánea o durable.

2.5.4. Emociones por la simpatía y por los sentimientos sociales

Lo descrito anteriormente, se refiere a las *emociones* que tienen como fin la defensa individual, por lo que se consideran otras que tienen como objeto, no la conservación propia, sino la que se refiere en conjunto que se les llama *altruistas*, por oposición a las anteriores; o mejor dicho, egoístas; y aunque, estos movimientos *emocionales* tengan un fin distinto en lo referente a los individuos, que por igualdad se les relaciona a los de *conservación*; y fisiológicamente semejantes, porque la *emoción* que se sienta por otro, sea por angustia o placer y sin que exista por parte de los sujetos ningún daño o peligro, es enteramente igual a lo que se experimente por *sí mismo*, porque el proceso sigue el mismo rumbo, ya que las manifestaciones exteriores e interiores, se puede decir, que las formas *emocionales* de la simpatía, son iguales; sólo que la diferencia estriba, únicamente, en el motivo de la excitación.

2.5.5. Definición de Simpatía

Hablando de *simpatía*, se entiende como aquél fenómeno que consiste en participar de las alegrías y los pesares de los demás, como parte de uno mismo; es decir, alegrarse con la alegría del otro, sufrir con el sufrimiento del otro, con lo

que esta penetración se hace por medio de dos importantes sentimientos; *la piedad y la compasión*.

2.5.6. Emociones/Sistema Nervioso

También ocurre cuando el dolor y la alegría ajenos; o cualquier otra *emoción*, encuentran eco en el *Sistema Nervioso*, en lo que corresponde también a *simpatía*.

El proceso que se sigue para que las *emociones* lleguen a un sufrimiento de otro grupo de sensaciones que forman una percepción, estimulan el *centro emotivo* que provoca las manifestaciones orgánicas interiores y exteriores propias a la naturaleza del excitante, por lo que existen casos en que la persona hace intervenir la voluntad para provocar una *emoción*, por considerar que *ésta sería una verdadera simulación emocional que carece de la afección*.

2.5.7. Los sentimientos de la simpatía

Gastélum, opina que los *sentimientos* de la *simpatía* deben considerarse como una derivación individual modificada por la relación al objeto del mismo *sentimiento*, que no es la persona misma, sino que implican una sensibilidad desarrollada, una aptitud y una habilidad de un sentimiento, por lo que la presencia de dolores propios se pueden sentir también los ajenos.

2.5.8. Los sentimientos de justicia y de deber y sus centros emocionales

También el autor agrega, que los *sentimientos* de justicia y deber son de gran utilidad porque determinan las *emociones* sociales para una mayor energía

en su aparición y manifestaciones, que las que produce la *simpatía*, porque la defensa es más necesaria que la conservación individual y, por ello, también se han señalado algunos centros emocionales como a continuación, el autor describe:

2.5.8.1. Emociones del Centro de conservación individual

Conocido también con el nombre de *centro psíquico-orgánico* porque no únicamente registra fenómenos de la vida orgánica sino otros más de orden *psíquico*. Este centro comprende *emociones* primarias fundamentales de *depresión* y *exaltación*; sus reacciones orgánicas y físicas se refieren a la defensa verdadera o simulada.

2.5.8.2. Centro de emociones sexuales

Se refiere a la continuación de la especie y la base filosófica de la existencia de este centro; el impulso sexual aparece con el animal, exista conciencia o no, ya que este impulso tiende a manifestarse y sólo basta que animales de diferente sexo se encuentren en presencia uno del otro. La manifestación de este impulso en condiciones normales trae el placer, la privación exagerada y contraria a la naturaleza; trae el dolor por lo que se destacan los *celos*, una *mezcla de cólera y de temor*, porque implican un sentimiento de inferioridad respecto al objeto que los provoca. Como consecuencia, traen una *sensación de angustia* sin provocar reacción aunque en otras ocasiones la provocan, exalten y produzcan. La cólera puede conducir que exista el ataque, que aniquile, o trate de hacerlo con el objeto que los provoque.

2.5.8.3. Centro emocional del parentesco

Se encuentra muy ligado con los anteriores, porque en la *mujer* se desarrolla más que en el *hombre*; la *emoción* por los hijos la sienten las *mujeres* aún siendo vírgenes.

2.5.8.4. Centro de emociones sociales

En la vida *social* se desarrollan y nacen todas las *emociones*; en lo individual, inclusive, la *simpatía* con todos los *sentimientos* humanitarios a que dan origen; y los *sentimientos sociales* de justicia y de deber, vienen a formar este centro. Los *sentimientos* y los que forman el centro anterior se consideran como *instintivos*.

2.5.9. Las Excitaciones Débiles

Las excitaciones débiles traen consigo una perturbación ligera. Las fuertes, se extienden a las estimulaciones a todos los centros; y traen consigo una perturbación profunda con manifestaciones estruendosas, mientras la voluntad no obra modificándolas.

2.5.10. Herencia y constitución nerviosa

Este punto viene a formar la base *emocional*; y para ello, existen tipos de constitución emocional, en cualquier otra forma fisiológica o patológica, como el caso en patología con los *anémicos* o *linfáticos* y en psicología con los *orgullosos*, *coléricos* y *miedosos*. En estos casos, tanto el medio y la educación influyen modificando el tipo *emocional* de la persona sin lograr en absoluto hacerlo desaparecer.

Siendo la *emoción* un proceso en el que se origina en general por la excitación al *centro emotivo* medular, al llevar procesos mentales de naturaleza intelectual como las percepciones e ideas; la riqueza de ideas, el aumento de intelectualidad, hará aumentar y variar también el número de *emociones*; ya que aumentan o disminuyen.

Gastélum (1920), por ello, opina que existen *sujetos* de pobre inteligencia, pero con grandes ambiciones que tienen como virtud la *servilidad*, la *honradez* y el *engaño*, como forma de acción la intrepidez cínica desprovista de todo pudor moral; unas veces sostenidos por *sí mismos* engañando la buena *Fé* de los demás; y otros, por aquéllos que los aprovechan para sus miras que toman la apariencia como de ser grandes hombres presentando *emociones* simuladas de diversas formas; pero su inclemencia con los débiles, su falta de reacción con los fuertes, en lo diario con su embuste para con todos los hace ser lo bastante conocidos, desvaneciéndose así por su falso prestigio y volviendo a la vulgaridad donde su ambición o la falta de inteligencia quiso hacerlos.

En las *emociones* la condición sexual las hace variar; la sensibilidad femenina siendo mayor que la masculina hará que en ellas sea más intensa la *emoción*.

Por lo que el autor considera importante expresar:

2.5.11. Emociones Sociales

Tanto las *emociones sociales* como las de *simpatía* son notorias; aún individuales, en tanto que todas toman su origen en la vida social; puesto que las relaciones *sociales* son un medio modificador de las actividades humanas, de tal forma que las manifestaciones emocionales tienen que revestir formas que se adaptan a las condiciones de la existencia social, por lo que el movimiento de defensa aprovecha a otros; o, a la colectividad. Por lo anterior; y es que la

sociedad no se concibe que pueda establecerse sin un poder regulador, con una misión principal como la de establecer el equilibrio entre elementos distintos que la componen, en que los débiles no estén debajo de los fuertes.

Respecto a *sí mismo*; y en relación a los demás, todo es una *emoción depresiva*, una *emoción de dolor*, con una perspectiva y ventaja que se obtiene refrenando el impulso que daña a los otros, que se establece el respeto para la vida y para los bienes de los demás. Las ideas *sociales* se consideran como ideas *morales* de orden social y por el motivo que las produce se les llama *emociones sociales*.

También cobran gran influencia los agentes físicos en la *emoción*, se tiene por ejemplo a la luz, las tinieblas, la soledad, la reunión, los licores; que exaltan o deprimen; en algunos individuos un ruido mal percibido, una figura mal iluminada da origen a que su imaginación funcione para provocar una fuerte *emoción*, en la que se destaca el miedo, frecuente de observar en gente miedosa; cómo estas personas hablan en voz alta haciendo ruidos diversos, quieren disipar su *emoción* encontrando compañía en sus propias manifestaciones. La luz del día y el murmullo son contrarios a la producción fácil de las *emociones*; la soledad como la obscuridad, predisponen. La lucha por la vida es causa de *emociones*, también los favorecidos por la fortuna ignorando la clase de *emociones* que produce la lucha, en muchas veces, cansados de su vida monótona, abandonan esa tranquilidad para ir en busca de *emociones* fuertes de manera voluntaria; su ambición o su inteligencia los hace recorrer caminos largos o difíciles para tener como resultado un placer, el de la victoria; *emoción* agradable o el dolor de la derrota como la *emoción* desagradable.

Por lo anterior, Gastélum, considera muy importante al destacar lo que opina sobre *emociones y sentimientos*, con lo siguiente:

El autor expresa que podría señalarse, *que la vida es la suma de los placeres y de los dolores.*²³

El término *sentimientos* se puede circunscribir a las experiencias sentidas subjetivamente para no pasar por alto la existencia de todos los *sentimientos* y estados de *sentimientos* leves, persistentes y mixtos que entran dentro de la esfera de vivencia diaria.

Por ello, Jacobson (2007), agrega datos importantes sobre *estados de ánimo normales y patológicos, naturaleza y funciones, tipos normales de variaciones del estado de ánimo, la tristeza y la pena, de la alegría y la exaltación jovial, la pena, la tristeza, el sufrimiento, enfermedad/tristeza, alegría/tristeza, trastornos del estado de ánimo y las emociones, en base a lo siguiente:*

2.5.12. Los sentimientos a las experiencias íntimas

Aunque algunos autores hayan opinado en base a estudios sobre *emociones y sentimientos*, en la época moderna, también otros autores opinan lo siguiente:

Jacobson, compara la opinión de Brierley (1937), para evitar confusión de que exista la posibilidad de usar diferentes palabras para designar grados al término de *afectos*, a los estados más violentos como el *cólera o el miedo*; y por otro lado, de aplicarse al término de *sentimientos* a las experiencias íntimas más suaves y duraderas como la *compasión, lástima, felicidad, el amor y el resentimiento.*

²³ Cfr. GASTÉLUM IZABAL, Bernardo José. "Principios de Psicología". Ed. Helios, Culiacán, México. 1920. pp. 23-24, 239, 242-244, 246-259.

Así, la autora agrega que en cuanto a los *estados de ánimo* su naturaleza y funciones son las siguientes:

2.6. Estados de ánimo normales y patológicos: Naturaleza y Funciones

Los *estados de ánimo* parecen representar algo así como un corte transversal del estado general del Yo porque se prestan a un colorido peculiar y uniforme a todas sus manifestaciones durante períodos más o menos prolongados.

Esos *estados de ánimo* por su contenido u objeto específicos, encuentran expresión en ciertas cualidades anexas a todos los *sentimientos, pensamientos y acciones*, que son como un barómetro del estado del Yo.

Aún cuando se desconozca la gama muy compleja de *sentimientos y pensamientos* de cada persona, en un momento dado, se puede conjeturar su estado de *ánimo* por su *expresión facial* y su *comportamiento*, más si ésta persona no es plenamente consciente de ello.

Lo anterior, señala la autora porque las manifestaciones de *estados anímicos* representan una unidad, por lo que podría ser adecuado investigar de la persona y por separado, los aspectos de un determinado *estado anímico* que pueda estar ligado a *sentimientos*, así como estudios minuciosos de los fenómenos conexos que se hayan producido en el *pensamiento, acciones y actitudes*.

La misma autora no denota un *estado afectivo*, sino un *estado peculiar de la mente*, especialmente en tanto es afectada por la *emoción* como en la expresión, como es el hecho de trabajar anímicamente.

Esta definición contempla igualmente el hecho de que los *estados de ánimo* son provocados por *experiencias emocionales* importantes que expresan un proceso o varios procesos de descarga focales, por lo que una experiencia puede ser estimulada por la parte interna que corresponde a los procesos fisiológicos o puramente *psicológicos*, sin que la persona llegue a tomar plena consciencia de ello.

Por tanto, Jacobson agrega que para que exista mayor coherencia y relación, se puede tomar en cuenta lo siguiente:

Que una persona pueda encontrarse en un estado de *ánimo* triunfal que perciba la parte buena, generosa, placentera; aunque la base se haya estructurado con una descarga agresiva; y por otro lado, que un estado anímico que señale lo malo del caso pudiera incluir pautas específicas de descarga libidinal.

Lo anterior desprende la idea según la autora, de que una persona puede sentirse con el *ánimo* elevado cuyos fenómenos en su campo de *acciones, pensamientos y sentimientos*, es placentero y feliz; pero cuando esos fenómenos, *acciones, pensamientos y sentimientos* le provocan desdicha y sin entusiasmo, se sentirá *apagada, perezosa, triste y desdichada* (Greeson, 1953, 1962).

Es por ello que Jacobson agrega, además:

Que los estados de *ánimo* se conciben de manera dualista; o sea, como buenos o malos, felices o desdichados, altos o bajos, activos o pasivos, bondadosos o iracundos.

Además que las fluctuaciones entre *tensión o alivio*, los inevitables cambios entre *placer y displacer*, los impone *la realidad*.

Y la autora concluye:

En el *estado de ánimo* se observan las actividades defensivas variables dirigidas contra los *afectos*, porque están ligados e influyen en la estructura global del *estado de ánimo*.

Entonces se podrá resumir que los estados de *ánimo* son estados *Yoicos* por modificaciones generalizadas de descargas que influyen de manera temporal sobre cualidades de todos los *sentimientos, acciones y pensamientos*.

2.7. Tipos normales de variaciones del estado de ánimo: La tristeza y la pena, de la alegría y la exaltación jovial

Jacobson señala que estos dos tipos opuestos de estado de *ánimo* normales en cuanto a lo anterior se prestan especialmente a una ilustración y elaboración, por lo que incluye trabajos de Freud; y por ello la autora en su resumen, agrega que:

Freud (1917), señala que personas *apenadas* tienden a dilatarse en sus recuerdos de un pasado feliz.

Por lo que el autor, destaca Jacobson, opina de la *pena* y la *tristeza*, lo siguiente :

2.7.1. La pena

El *estado de ánimo* es inducido por la sobreinvertidura de la experiencia provocante que en el caso de la *pena* sería el hecho trágico de la pérdida, porque este término particulariza un estado de *tristeza prolongado y profundo*, ocasionado por la *pérdida* de un *objeto de amor*.

2.7.2. La tristeza

Por ello, Freud resalta la preferencia de trabajar analizando a *la tristeza* en vez de limitar el propósito con el estado de *pena*.

Por lo que Jacobson agrega en relación a la *tristeza*:

Se entiende por *tristeza*, como una respuesta *emocional* del *Yo* ante un *sufrimiento*, generado como origen del exterior, más bien de la realidad o de un interior, como lo es la consciencia y la inconsciencia, lo que deriva de la identificación con un *sufrimiento* ajeno.

2.7.3. El sufrimiento

Por sufrimiento, Jacobson opina que mueve a la *tristeza*, siempre a causa de las experiencias o fantasías de pérdida o destitución, porque con la pérdida de una satisfacción previamente ganada o esperada, la pérdida de amor, la separación o, en el caso del duelo; la pérdida de un objeto de amor pueden tener causas físicas aunque el daño o dolor físico no parece provocarla directamente.

2.7.4. Enfermedad/Tristeza

En cuanto a las enfermedades sin que se presenten de manera prolongada, puede sobrevenir una *profunda tristeza* a causa del *sufrimiento emocional* ocasionado por la pérdida de *satisfacciones emocionales* a causa de cualquier enfermedad, más al tratarse de personas adultas a *partir de los 40 años de edad*.

Y como consecuencia, agrega la autora:

Los estados de *tristeza* o *pena* parecen desarrollarse como un *afecto* de contraste, provocado por la discrepancia y fluctuación entre fantasías y recuerdos antagónicos sobreinvertidos por igual.

La búsqueda frustrada de la felicidad perdida pone de relieve el contraste con el pasado feliz y pinta con oscuros colores esa realidad que primero invita; y luego destituye; y de este modo hace que el mundo sea destituidor y vacío.

Es importante destacar que cualquier ejemplo común puede confirmar que la *tristeza afecta* igualmente al *Yo*, aunque de hacerlo es de una manera notable y distinta de como lo hace la *depresión*.

Una persona en tanto aprecie su pasado, estando *triste* se sentirá destituida, no mala e indigna; o vacía; y no a favor de la agresión.

Se podría decir también, que una *persona triste* que escuche una música que le agrada y se encuentre conmovida, la disfrutará, como al mismo tiempo podría responder con dolorosas oleadas de *tristeza* y romper al llanto; porque

quizás, responda al encontrarse absorta en el recuerdo de la *felicidad perdida* y mirar el futuro con *desesperanza*.

Otras personas, como las *adultas*, como en el caso de *las personas de 40 a 60 años de edad*, eluden todo cuanto les recuerde su pérdida de un modo demasiado doloroso, con todas las experiencias tenidas de *tristeza* y toda vez que la hostilidad o la *depresión* existan, *la tristeza* se mezcla con todo.

2.7.5. Alegría/Tristeza

Jacobson señala, que la *alegría* nace de una discrepancia igual que la *tristeza*, sólo que se trata de una discrepancia opuesta entre un mundo que era y podía seguir siendo no placentero; y un mundo que sí lo ha sido y, según, se espera continúe siéndolo.

Señala la autora, que Freud mencionó este contraste como la experiencia motivadora de la exaltación normal, por lo que no se le puede considerar como simple expresión de alivio con respecto a una inquietud o dificultad.²⁴

Con lo anterior, se concluye que las *emociones, los afectos y los sentimientos* corresponden a señalarse como *trastornos de afectividad*, como el caso de los colores con su diversa tonalidad y matiz; que relacionado con los *pensamientos o conductas* sería en su caso, la *alegría, tristeza, miedo o ansiedad*.

Las emociones, los afectos y los sentimientos, conforme a situaciones, corresponden lograr alterarse por distintas circunstancias, con el riesgo de corresponder a los *síntomas psicopatológicos o crónicos*.

²⁴ Cfr. JACOBSON, E. "Depresión". Amorrortu editores, S. A. Buenos Aires, Argentina. 2007. pp. 21-22, 98-99, 102-106, 114-122.

Con lo anterior, se entiende dentro del cuadro de la anormalidad, la importancia de detectar y controlar dichos síntomas con el apoyo de un profesional o experto clínico, por lo que Lemos (2000), aporta datos relevantes sobre los *trastornos del estado de ánimo y de las emociones*, en base a lo siguiente:

2.8. Trastornos del estado de ánimo y de las emociones

Los estados de *ánimo* y de las *emociones* pueden verse alterados en tres formas:

1. Por la fluctuación injustificada de las mismas;
2. Por la inconsistencia respecto a los pensamientos; y
3. Por las acciones o los sucesos a que tengan lugar los estados de *ánimo* y *las emociones*.²⁵

Por lo anterior, Darwin (1872), sobre las emociones humanas, aporta acerca de las *emociones y sentimientos*, lo siguiente:

En cuanto a estudios interdisciplinarios tanto en *psicología* como en biología, *la expresión de emociones* que incluye además de las del *Hombre*, también las de los animales, ha contribuido al área de la *psicología* una gran aportación para la conducta principalmente para la del *ser humano*.

2.9. Emociones y expresiones respecto a reflejos, hábitos e instintos

Desde el punto de vista de Darwin, la expresión de las *emociones* es la mayor importancia que radica en cómo se reciben los *factores de la conducta*, sin un sometimiento directo al principio de la *selección natural*, basada con la idea de

²⁵ Cfr. LEMOS GIRÁLDEZ, Serafín. Op. cit. .p.79.

que todas las características adaptables de cada organismo, se someten a pequeñas variaciones de origen indeterminado; y de carácter más o menos aleatorio; más bien, se podría decir, que lo anterior no depende de la práctica, porque el hecho de que una persona compita y luche por su vida, no es tampoco, para decir que esa persona será la gran ganadora en su vida, aunque esté dotada físicamente para hacerlo en esa competencia con otros; y con más derecho de sobrevivir.

Siendo lo anterior, para el caso de la reproducción *humana*, por poseer esa capacidad para lograr transmitirla a descendientes; y así sucesivamente, con las características más dotadas en cuanto a su variación.

Por lo anterior, la mayor aportación de Darwin consiste, en destacar tres principios considerados y fundamentales por dar la explicación que se cuestiona acerca de las *emociones y expresiones* respecto a los *hábitos, reflejos e instintos*.

2.9.1. Los reflejos

Se incluyen los *reflejos*, porque las personas las llevan todos los días con el hecho de parpadear por un soplo, toser o estornudar, entre otros ejemplos.

2.9.2. Los hábitos

Como parte innata en las *personas*, se considera de mucha importancia en cuanto a *hábitos* creados y *heredados*, en virtud de la práctica diaria.

2.9.3. Los instintos

Los *instintos*, son acciones complejas, como lo son los *hábitos heredados*; y en el caso de los *reflejos*, no necesitan ser aprendidos por los individuos.

Sin embargo, con lo anterior, Darwin resume, que las verdaderas expresiones son *los reflejos y los instintos*.

La capacidad innata para reaccionar ante determinadas formas, es *innato*, como lo es también el reconocimiento de la *expresión* en los demás.

Además el autor agrega que:

Generalmente, cuando una persona se siente indignada, iergue la cabeza, cuadra los hombros, aprieta los puños, dobla los codos hacia fuera, frunce el ceño y cierra la boca, su reacción instintiva, es innata.

O sea, esas expresiones no se necesitan aprender, son *innatas* como también lo es el reconocimiento de las expresiones de los demás; y ante otros.

Con los *reflejos* más sencillos y a partir de acciones útiles y voluntarias, se puede llegar a formar los *hábitos*, que también pueden llegar a heredarse para convertirse instintivos a las generaciones descendientes de las personas.

Considerando la aportación de Darwin, es posible pensar que entonces las *expresiones emocionales* se heredan de familias antepasadas por lo que se reciben esas herencias y continúan de manera sucesiva a las descendientes.²⁶

Por tanto, un *afecto* y la representación no son correspondidos entre sí en forma e intensidad, por lo que queda desconcertada la capacidad de juicio.

²⁶ Cfr. DARWIN, Charles. "La Expresión de las Emociones en los Animales y en el Hombre". Alianza Editorial, S. A. Madrid. 1984. pp. 7-17.

2.10. Las emociones y los sueños

Mandolini (1960), en cuanto a las *emociones*, considera que existe una gran relación con lo *sueños*; y por ello, señala lo siguiente:

Los *sueños* que dejan muestra de ser horriblos, pueden permanecer como *sueños* de situaciones indiferentes que pueden provocar grandes *emociones*.

Lo anterior, es porque se registran *sueños* en los cuales la censura ha ejercido coerción sobre los *afectos*; y por último, están los *sueños* en los que la elaboración transforma un afecto en su contrario.²⁷

Aceves (1981), coincide con los autores; y opina que el *sentimiento* es una forma de *reacción afectiva* relativamente estable frente a un valor, que radica en que su permanencia es su característica en oposición a la *emoción*, que es fugaz, por lo que *el sentimiento* es menos intenso que la *emoción*.

El autor además añade, que la gama de *sentimientos* es extensa por ser simples y complejos de origen *intelectual, religioso, ético, estético y que producen placer y dolor*, en los que destacan los *sentimientos vitales, el hecho de vivir*, función integral del *Yo*, por lo que *la angustia* rompe el sentimiento vital.

El autor opina que los sentimientos de la *simpatía* deben considerarse como una derivación individual modificada, por la relación al objeto del mismo sentimiento, que no es la persona misma, sino que implican una sensibilidad desarrollada, una aptitud y una habilidad de un *sentimiento* por lo que la *presencia de dolores propios, se pueden sentir también los ajenos*.

²⁷ Cfr. MANDOLINI G., Ricardo G. "Historia General del Psicoanálisis". Editorial Giordía, S. R. L. Buenos Aires, Argentina. 1960. pp. 70, 145, 154-157.

2.11. Las pasiones

Aceves refiere, que las *pasiones* corresponden a la tendencia estimulada por las *emociones* para predominar en la vida *psicológica* de las personas, cuyas causas son individuales, porque dependen del temperamento, herencia genética, imaginación, *sentimientos*, *emociones* que avivan la pasión.

2.11.1. Efectos en las pasiones

Los efectos de las pasiones, tienden a totalizar la actividad de la persona y pueden ser *positivos* y *negativos*.

2.11.1.1. Los efectos positivos

Los *efectos positivos*, porque estimulan la actividad, agudizan el ingenio y sostienen la voluntad.

2.11.1.2. Los efectos negativos

Los *efectos negativos* porque ciegan la inteligencia falseando juicios, sobreexcitan la sensibilidad, debilitan la voluntad y la someten a su servicio. Además debilitan y perturban el *Sistema Nervioso* por romper el equilibrio emocional.²⁸

²⁸ Cfr. ACEVES MAGDALENO, José. Op. cit. p. 199.

Capítulo III

ESTUDIO DE LA DEPRESIÓN Y DE LAS NEUROSIS



3.1 Definición del término depresión

Este capítulo cita las definiciones de estudiosos de la depresión como de las neurosis ó *depresión neurótica*, comúnmente conocida como neurosis depresiva en *personas de 40 a 60 años de edad*.

Por medio de las definiciones se puede comprender que, en cuanto a personas adultas y quienes padecen *depresión neurótica* y al detectarla; y no son atendidas oportunamente, serán *personas* propensas a graves trastornos en su personalidad con altos riesgos de conducta por enfermedades físicas y expuestas a caer en procesos psiquiátricos por una ansiedad generada hasta quizás, a una cronicidad, como lo es la *psicosis*.

A continuación se da inicio con las aportaciones de Linares (2003), que cita algunas de las opiniones y definiciones de algunos estudiosos y temas *acerca de la depresión como una enfermedad autónoma, sentido y cognitivismo, indefensión y desesperanza*; y el *significado en latín de depresión*, como sigue:

3.1.1. Depresión como enfermedad autónoma

El autor cita que Shuchter, Down y Zisook (1996), definen *depresión* como una *enfermedad autónoma* que influye y a la vez es influida por diversos sistemas cerebrales por interacciones con estructuras intracerebrales y extracerebrales.

3.1.2. Sentido y cognitivismo

Esta misma definición, Bowlby (1951), logra vincularla en el sentido y con el cognitivismo integrándola además con las ideas de Beck (1967), de que el

abatimiento del depresivo es la consecuencia del modo como se concibe la persona a *Sí Misma*, a su futuro y al mundo que la rodea de acuerdo con una visión negativa para distorsionar su vida y en base a lo que de su entorno percibe.

3.1.3. Indefensión y desesperanza

Es la que Guidano (1987), opina sobre la definición del término *depresión* en sentido de la forma, dificultad y la medida en que un individuo se relaciona con su medio, por cambios depresivos, marcando su indefensión y desesperanza desde una niñez concebida como deficiente.

Mahoney (1991), por su parte, propone que para contrarrestar la *depresión* es que el *individuo* deba mejor tomar consciencia o partido oportuno por no haber estado preparado para ello, en vez de forzarse.²⁹

Rotjenberg (2001), proporciona su punto de vista y particular etimológico para definir el término de *depresión* basado en *la historia, como la melancolía por herencia, concepción o reactualización traumática y sufrimiento/psiquismo* de acuerdo a lo siguiente:

3.1.4. Significado en latín de depresión

Rotjenberg, define *depresión* porque proviene del latín *depressio* que significa *hundimiento*, el estado de un *individuo* en que se muestra con un sentimiento de *hundido*, al mismo tiempo que la *persona* siente una carga sobre su existencia y devenir vital que es lo que le impide vivir en cada momento con plenitud.

²⁹ Cfr. LINARES, Juan Luis y CAMPO, Carmen. "Tras la Honorable Fachada". Ediciones Paidós Ibérica, S. A. Barcelona, España. 2003. pp. 20, 29.

Además, el autor añade que del término *depresión* históricamente y en tiempos aproximados con otros estudiosos del tema, se desprende lo siguiente:

3.1.4.1. Historia de la depresión

3.1.4.1.1. Hipócrates (Siglo IV a. C.)

El autor señala que hasta ahora se conoce que Hipócrates fue el primer estudioso quien le otorgó la primera descripción clínica sobre *depresión*, la acuñó por el término de la *melancolía*, mélanos: negra – *cholís*: bilis, por considerarse desde entonces, al exceso de la bilis negra en el cerebro como la etiología de esta enfermedad.³⁰

Por otra parte, Millon y cols. (1998), aportan lo siguiente:

Hipócrates (alrededor de 460-370 a. C.), hizo la primera descripción formal y médica de la *depresión*, refiriéndose a ella como melancolía.

Empédocles (alrededor de 494-434 a. C), propuso inicialmente el modelo de los cuatro elementos el *fuego*, el *agua*, el *aire* y la *tierra* que constituían la base de las doctrinas fisiológicas de Hipócrates.

Los cuatro elementos se manifestaban en muchas esferas de la vida. Este modelo se aplicó al organismo *humano* y se convirtió en la base de los cuatro humores: *calor* (sangre), *sequedad* (flema), *humedad* (bilis amarilla) y *frío* (bilis negra), que se encuentra con más prominencia en el corazón, el cerebro, el

³⁰ Cfr. ROJTENBERG, Sergio L. "Depresiones y Antidepresivos". Ed. Panamericana. Buenos Aires, Argentina. 2001. pp.1, 4.

hígado y el bazo. Cuando estos humores están en equilibrio, el individuo está sano y cuando se desequilibran, aparece la enfermedad.

3.1.4.2. Areteo

El predominio de la *bilis negra* constituía el sustrato para la *melancolía*. Aunque Hipócrates pudo haber sido el primero en describir médicamente la *depresión*, fue Areteo quien presentó una descripción moderna del trastorno al proponer que la melancolía debía atribuirse a *causas psicológicas*, sin que tuviera nada que ver la *bilis u otros humores corporales*. También anticipándose a los observadores clínicos de los siglos XVI y XVII, se reconoció que los comportamientos maníacos y el estado de ánimo depresivo covariaban.³¹

Areteo es quien desecha la etiología hipocrática para atribuir al cambio en que la etiología de la *depresión* se debe a *factores psicológicos* al asociar a una *persona depresiva* con *manía*, señalándosele así, porque en aquellos tiempos se les atribuía lo anterior a las personas según sus valores y relaciones interpersonales.

3.1.4.3. Edad Media y Renacimiento

A llegar a las épocas de la Edad Media y del Renacimiento, la etiología de la *depresión* se atribuyó como una especie de posesión demoníaca, como un castigo divino por la influencia de los astros y por el exceso de humor de los sujetos, entre otros.

³¹ Cfr. MILLON, Theodore con DAVIS, Roger D. y colabs. Adj "Trastornos de la Personalidad". Ed. MASON, S. A. Barcelona, España. 1998. pp. 303, 308.

3.1.4.4. Paracelso (Siglo XVI)

Para Paracelso opina Rotjenberg, fue la excepción, porque a pesar de muchas contradicciones de su época, desde entonces se afirma que las enfermedades mentales, más bien su origen es natural y que nada tiene que ser ni que ver la causa con, o por espíritus.

3.1.4.5. La melancolía como herencia

Robert Burton (1621), con sus estudios de investigación de anatomía sobre la *melancolía*, señala Rotjenberg, es quien afirma que si las personas son melancólicas es precisamente por descender de padres que también fueron melancólicos; y más bien, contribuye a una herencia.

3.1.4.6. Depresión adulta. Principios del Siglo XX

Rotjenberg, también agrega que, en cuanto a personas adultas; cabe mencionar, que a principios del Siglo XX, Abraham y Freud, comenzaron a esbozar sus hipótesis psicodinámicas para postular que la *depresión* se debe, a la *concepción o reactualización traumática* por la temprana pérdida objetal, desde que el *sujeto* era entonces un niño; y por obvia razón, como una persona vulnerable para que se le desencadene un cuadro depresivo.

3.2. Sufrimiento/psiquismo

Rotjenberg también señala que la *depresión* corresponde a pertenecer a un cuadro de perturbación compleja por el reflejo de diferentes matices sintomáticos, que se generan debido a múltiples causas que afectan al *sujeto*; y de acuerdo al nivel de sufrimiento, será también el nivel psíquico, por lo que las secuelas aumentan grados de perturbación en lo *personal y social*.

El autor agrega que el término de *depresión* en diferentes modos se ha descrito y utilizado, indistintamente, de manera errónea porque se piensa o se le ha llegado a relacionar con personas en situaciones displacenteras, estados de ánimo de tristeza, pasajeros o estables; y por ello tengan que padecer de depresión; por lo que si se deja avanzar mucho más allá en lo clínico, tenga que referirse a un síntoma o estructura psicopatológica, que no es el caso.

Por tanto, el autor define a la *depresión*, como un síndrome caracterizado por *el decaimiento del estado de ánimo, la disminución de la capacidad de experimentar placer y de la autoestima, con manifestaciones afectivas, ideativas, conductuales, cognitivas, vegetativas y motoras con serias repercusiones sobre la calidad de vida y el desempeño en el ámbito social, laboral y familiar.*³²

Enseguida se aportan más definiciones de otros estudiosos del tema como lo son Ledesma y Melero (1989), relevantes sobre el pensamiento negativo:

3.3. El pensamiento negativo

Los autores de inicio, citan a Beck (1979), quien define la *depresión*, más bien, como una *anomalía de la cognición* que no es precisamente la de la afectividad; y atribuye que un *pensamiento negativo* es el responsable de *los síntomas emocionales de depresión* que conforman lo que se llama *procesos ideacionales y desórdenes afectivos.*³³

³² Cfr. ROJTENBERG, Sergio L. Op. cit. pp.1,4.

³³ Cfr. LEDESMA-JIMENO, Alfonso y MELERO MARCOS, Luis. "Estudios Sobre las Depresiones". Ed. Calatrava. Salamanca, España, 1989. pp. 224-226.

La historia de la *depresión* se ha conocido como inherente a la condición humana y en la actualidad sigue siendo un enigma.

Por lo que Ledesma y Melero aportan, en base a la historia de la depresión: *antecedentes históricos de otras culturas (bilis negra), culturas preliterarias, cultura arcaica egipcia, culturas egipcia y mesopotámica, cultura china, cultura griega, cultura romana ¿psicoterapia en la roma antigua?, eliminación y tratamiento de bilis negra, edad media, cultura árabe/medicina arabe y época medieval*, como sigue:

3.4. Antecedentes históricos de otras culturas (bilis negra)

3.4.1. Culturas preliterarias

Los autores citan que existen antecedentes históricos que cuentan que *la tristeza y la melancolía*, no son más que entender, cómo estos términos se han ido conociendo refiriéndose *a la tristeza, melancolía, pena y depresión*; y que en la época muy primitiva, se piensa fue infrecuente y estuvo presente el término de *depresión*.

3.4.2. Cultura Arcaica Egipcia

La *depresión* se reconoce a través de pasajes literarios, describiéndose como tal, como de *hombres cansados de la vida*.

Por lo anterior, Ledesma y Melero citan el Pasaje de Berlin No. 3.024 *en la que se expresa y se destaca que existe la tristeza*:

*La muerte está hoy ante mí
como la curación de una enfermedad,
como un paseo tras el sufrimiento.
La muerte está hoy ante mí
como el perfume de la mirra,
como el reposo bajo una vela en un día
de gran viento.
como un camino tras la lluvia
como un retorno a casa después de una guerra
lejana.*

En tanto, que los autores también aportan el poema egipcio para destacar la enfermedad con tristeza como sigue:

*La enfermedad se ha introducido en mí
siento mis piernas pesadas,
no reconozco mi propio cuerpo,
debería el maestro médico venir a mí,
Mi corazón no resucitó con sus medicinas*

3.4.3. Culturas Egipcia y Mesopotámica

Ledesma y Melero citan a las culturas egipcia y mesopotámica como religiones estrictas al destacar la tristeza que se consideraba como un pecado, según el *Poema de Justo Doliente*:

*La enfermedad de Anú cubre mi cuerpo como un manto,
el sueño me enreda en su red,
mis ojos parecen mirar, pero no ven,
mis oídos están abiertos, pero no oyen,
la debilidad se ha apoderado de mi cuerpo*

Los autores también aportan un canto a la *diosa del amor y la guerra Istar*, en cuyo párrafo se destaca el *desánimo, debilidad y tristeza* como una enfermedad:

*Que se manifieste tu gracia y se aplique tu ánimo;
tu gracia, para mi cuerpo débil, enfermo y trastornado,
para mi corazón atormentado, lleno de lágrimas y
suspiros*

3.4.4. Cultura China

Ledesma y Melero, mencionan que en textos médicos chinos, como el libro *TSO-chuan* del Siglo VI a. C., éstos detallan diferentes enfermedades mentales por el entonces *emperador Huang Ti*, al referir en sus escritos los trastornos mentales en el *NEI-CHIN*:

3.4.5. Cultura Griega

Los autores, acerca de la patología dicen que en la *Grecia Homérica*, este término se encuentra en el poema épico de la *Ilíada y la Odisea*; y en la *Ilíada* se citan trastornos *depresivos* en el canto VI que se describe la melancolía de Belerofonte, ante la muerte de su hija Laodamia:

*Entre ellos se alzó
El poderoso héroe atriado Agamenón
Lleno de pesadumbre. Sus entenebrecidos sentidos se llenaban
De salvaje cólera y sus ojos relumbraban cual el fuego*

Ledesma y Melero aportan datos de la Grecia Clásica y de Hipócrates, de quien se origina la *medicina técnico-científica* y el concepto *humoralista del enfermar*.

Como el caso de que la locura se atribuía a alteraciones en la interacción de los cuatro humores básicos por considerar que en la *melancolía* existía un exceso de *bilis negra*.

A la vez, de que los autores aseguran que el vocablo de *melancolía* como *bilis negra*, se desprendió en el Corpus o Colección Hipocrática hace aproximadamente 2500 años.

Resulta, por ello, que Ledesma y Melero consideran importante citar los estudios de Aristóteles al pensar que la *bilis negra* era causa de una alteración de la percepción sensorial y alucinatoria de *melancolía*. Lo mismo para preguntarse *¿Por qué las personas geniales son frecuentemente melancólicas?*

Y de lo anterior, los autores citan, que en uno de sus libros, el *XXX de los Problemas* dice:

*¿Por qué será que aquellos que se han hecho sobresalientes en
La filosofía, la política, la poesía o las otras artes son melancólicos y algunos hasta
tal grado que se encuentran afectados por enfermedades procedentes directamente de
la bilis negra?*

3.4.6. Cultura Romana

¿Psicoterapia en la Roma antigua?

Asimismo, los autores señalan que en la Roma, en el Siglo I de nuestra *Era*, Celso en el volumen II de su obra *De Re Medica* anticipa el tratamiento psicoterápico al mencionar que para animar a los pacientes deprimidos es de gran utilidad el uso correcto del lenguaje, la música y la lectura en grupo.

3.4.7. Eliminación y tratamiento de bilis negra

Los autores agregan que Galeno, ecléctico en la comprensión de la medicina, es influido por la doctrina humoral al pensar que la *melancolía* causa un exceso de bilis negra y describe muchos tipos de *melancolías* presentes como síntomas, como el miedo y la desesperación.

3.4.8. Edad Media

Los autores refieren que los médicos de esa época, comprendida entre la muerte de Galeno (alrededor del 200 d. C.), el término de *melancolía* incluía todos los tipos de afecciones mentales, por lo que este dato apareció en el año de 1543 del libro de *Vesalio "De humani corporis fabrica"*.

También señalan Ledesma y Melero, que en la etapa del oscurantismo y retroceso científico con la figura de San Agustín, filósofo y teólogo, se destacan observaciones en muchos campos que reflejan un gran conocimiento psicológico

con una semejanza entre la autoobservación que tuvo San Agustín sobre la reacción de su pena tras la muerte de su madre, y la descripción que hiciera Freud (1917), acerca de la *tristeza* y la *melancolía* en una de sus obras como “*Duelo y Melancolía*”.

Los autores consideran también destacar a Herófilo y Erasistrato quienes citan como una causa la *melancolía*, la alteración de ciertas facultades que corresponden a la mente; y no a un exceso de *bilis negra*.

3.4.9. Cultura Árabe/Medicina Árabe

Los autores citan, además, que la medicina se encuentra muy relacionada con la medicina árabe, por un fragmento inscrito por su autor andalusí *Ibn Habibalibiri* en su tratado *Mujtasar fi l.tibb*, que dice:

*Dijo el Enviado de Dios (Mahoma), Dios lo bendiga y salve:
Curad a los enfermos, pues Dios no ha creado una sola
Enfermedad para la cual no haya creado un remedio.
Y ello se aplica a todas las enfermedades.
Sólo omitió dos enfermedades. Dijeron,
¿Y cuáles son éstas, O Enviado de Dios? Este dijo:*

3.4.10. Epoca Medieval

Los autores agregan que la gran importancia tuvo la *Escuela de Salerno* fundada por *Constantino el Africano* y como autor de un libro “*De Melancholia*” en el que se cita, como causa de este estado, un exceso de *bilis* y como tratamiento

se sugiere *una dieta apropiada con palabras de cariño, música, baños catárticos, descanso y ejercicios físicos y sexuales.*³⁴

Por tanto, Calderón (1984), sobre la *depresión* cita a los siguientes investigadores que exponen su definición:

Kline (1964), aún cuando el uso del término *depresión* se remonta a un cuarto de siglo, continúa siendo por tanto, un contemporáneo del advenimiento de la *psicofarmacología*.

Hill (1970); el cuadro patológico en su forma severa fue descrito desde la época *grecorromana* con el nombre de *melancolía* porque desde el siglo IV a. C., Hipócrates afirma que desde el punto de vista médico los problemas que por hoy se conocen *psiquiátricos* están relacionados, desde entonces, por la reacción conjunta de los cuatro humores corporales: *sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema*; y que la *melancolía* era producida por *la bilis negra o atrabilis*.

Desde la Edad Media, filósofos destacados como Santo Tomás de Aquino sostienen que la *melancolía* es producida por demonios e influencias astrales, por lo que esta creencia comienza a declinar en 1630, cuando Robert Burton publica su famoso tratado *Anatomía de la melancolía*, obra que facilita en mucho la identificación de los *estados depresivos*.

A principios del siglo XIX, Pinel, P. (1801), indica que el pensamiento de los melancólicos esta completamente concentrado en un objeto de manera obsesiva; y que la memoria como la asociación de ideas están frecuentemente perturbadas pudiendo en ocasiones inducirse por esta causa al suicidio; y como causas posibles de la *melancolía* al señalar, en primer lugar *las psicológicas*.

³⁴ Cfr. LEDESMA-JIMENO, Alfonso y MELERO MARCOS. Op. cit. 93-96.

Por lo que Calderón señala que estos estudiosos del tema expresan abiertamente el significado de *depresión*, como se le atribuye en la actualidad.³⁵

Por tanto, se puede resumir que de las definiciones citadas por los autores anteriores, una persona con *depresión*, se considera, será aquella *que no tenga placer y ánimo en su vida, ni en lo sexual y que se manifieste triste, decaída, con un estado afectivo de desánimo, desventura, sin motivación y autoestima baja, por períodos desde cortos a permanentes en su ámbito familiar, social, económico y laboral.*

La *depresión* se acompaña en todos los casos y en cualquier persona, como el de *edades de 40 a 60 años*, por un sentimiento de estar sentenciado, al margen del origen consciente o inconsciente, en los que se asesta un golpe a la autoestima de la *persona* en cualquier nivel en el que haya estado fundado.

La *depresión* se logra definir como una *expresión emocional* de un estado de indefensión e impotencia del *Yo*, independientemente de lo que pueda causar la desintegración de los mecanismos que establecen su autoestima.

Por lo que *la depresión* más bien se le considera como un síndrome en el que predominan los síntomas afectivos, las sensaciones de malestar e impotencia frente a lo que una vida exige, refleja *la pérdida de interés, escaso placer, pérdida del interés sexual, sentimientos de inutilidad o culpa, pensamientos negativos, ideas suicidas o de muerte*, por lo que generalmente se puede interpretar que la afectación es de *carácter afectivo, clínico y global de la vida psíquica* (Martínez-Sahuquillo y Echeverría (2001).

³⁵ Cfr. CALDERON NARVAEZ, G. Op. cit. p.12.

Las causas de la *depresión* en personas de todas las edades y de *40 a 60 años*, intervienen en su génesis, como *los factores genéticos, biológicos, sociales y psicológicos* (Moussavi y cols. (2007)).³⁶

Las manifestaciones patentes del trastorno se reflejan obvias, e incluso, para las mentes más simples, por lo que hoy en día existen debates de las causas y sus diversas expresiones, tal y como se demuestra en las intensas discusiones en las formulaciones más recientes del DSM y la CIE.

Los síntomas depresivos son susceptibles de valoración y ordenamiento según criterios diagnósticos operativos; y entre los más utilizados tanto en clínica como en estudios de investigaciones, son las clasificaciones ICD-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992); y el DSM-IV (American Psychiatric Association, 2003).

La CIE-10 utiliza una lista de diez síntomas *depresivos* y divide el cuadro depresivo en leve, moderado o grave, con o sin síntomas psicóticos. La resultante es que en cualquiera de los casos citados siempre deben estar presentes al menos dos de tres síntomas de *depresión* típicos, tales como *ánimo depresivo, pérdida de interés y pérdida de la capacidad para disfrutar placer*, con un aumento de fatigabilidad, duración variable y que oscile de entre escasas semanas a meses.

Por tanto, El DSM-IV utiliza una lista de nueve síntomas *depresivos*. También requiere una duración del episodio de al menos dos semanas; y divide el cuadro depresivo en *leve, moderado o grave* con códigos específicos para la remisión parcial o total; los más característicos son el *estado de ánimo depresivo, la pérdida de interés y la pérdida de la capacidad para disfrutar el placer*.

³⁶ Cfr. Sistema de Educación Continua para el Médico General y Familiar. "Enfermedades Crónicas, Depresión y Calidad de Vida". Lambeck. Especialistas en Psiquiatría y Pioneros en Neurología. Lambeck. Curso Fasciluar. Fascículo 3. Estado de México. pp.1-2.

Por lo anterior; se tiene el entendido de que la *depresión* es un proceso multifactorial y complejo cuyo desarrollo y probabilidad depende de un amplio grupo de **factores de riesgo**, entre los que se destacan aquellos que la incrementan como los *factores personales, cognitivos, sociales, familiares y genéricos* (Turner y Lloyd, 2004).³⁷

Al respecto, Caso (1979), coincide con los anteriores estudiosos de que la definición de *depresión* se debe a la adquisición de síntomas como él les llama y los clasifica en *cardinales primarios*, al sentirse la *persona con humor esencialmente depresivo, dificultad para pensar* (inhibición de la ideación), *retardo psicomotor* (inhibición de la iniciativa o agitación), *trastornos somáticos* (ideas delirantes y tendencia a las remisiones y recurrencias), cuando es el caso de un internamiento psiquiátrico con la identificación y las siguientes características:

3.5. Humor depresivo

Cuando la persona se siente triste y sombría, abrumada por la tristeza y desesperanzada que la invade; además su esperanza hacia el futuro es desinteresada, pesimista y con frecuencia desea acabar con su vida.

³⁷ Sistema de Educación Continua para el Médico General y Familiar. Op. cit. p.2.

3.6. Dificultad para pensar

Es pobre e inhibida, porque la indecisión predomina y domina el pensamiento, lo que hace se genere y desarrolle la ansiedad por centrarse en pensamientos obsesivos y egocéntricos.

3.7. Retardo psicomotor

Las personas se cansan fácilmente, sus movimientos son lentos y prefieren permanecer más en su casa aunque se les invite e insista salir; si en algún momento decidieran hacerlo sería forzadamente, además prefieren hablar en voz lenta, en ocasiones con monosílabos quejándose de sus molestias por lo que les provoca agitación psicomotriz.

3.8. Trastornos somáticos

Los principales son los trastornos de *sueño y del apetito*. Con el trastorno del sueño, las personas que lo padecen duermen pocas horas y despiertan temprano al no conciliarlo, una y otra vez. El trastorno del *apetito* se altera y se pierde, su inapetencia lleva a estas personas a la pérdida del peso; y por ello, enferman de cefaleas, trastornos reumatoides, dolores en los miembros, las articulaciones, palpitaciones, dolores pseudoanginosos, bradicardia, taquicardia, trastornos respiratorios, disnea, bradipnea, sensaciones de ahogo y de opresión, trastornos digestivos, sequedad de la boca, sensación de repleción gástrica, náusea, constipación, trastornos menstruales, pérdida de la libido, impotencia, disuria y polaquiuria.

Generalmente para las personas con estos trastornos, *el que inicie el día, para ellos, es lo peor que puede suceder*, todo les cuesta mucho trabajo, pierden interés y ambición a la vida, lo que les provoca las ganas de morir.

Caso, al respecto, cita los trabajos de Kraepelin (1921), quien proporciona del cuadro depresivo caracterizándolo como sigue:

3.8.1. Melancolía simple

Tristeza profunda entre los que se destacan las *fobias, sentimientos de culpa, escepticismo, insomnio, pérdida de peso e inapetencia*.

3.8.2. Forma estuporosa

Cuando las actividades de una persona física y mental se han reducido, al mínimo, por la dificultad de captar lo que se le dice o se le pregunta y mejor prefiere permanecer en un estado de *mudez, en la cama; expresión fija* y, en cuya mirada no se traduce ninguna reacción afectiva, encorva su cuerpo y prefiere permanecer inmóvil, frente arrugada, mirada fija y hacia abajo, sin *interés a la vida por lo que* en sus comentarios o respuestas externa autodesprecio e ideas de muerte.

3.8.3. Melancolía gravis

Cuando la persona se encuentra en estado de *alucinado*, refiere poder ver a *los espíritus de sus familiares* con tremendas *ideas de pecado, ideas delirantes, o de persecución e ideas hipocondríacas*.

3.8.4. Melancolía paranoide

Se caracteriza por las *alucinaciones auditivas e ideas delirantes de persecución*, las personas con este trastorno se *sienten vigilados*, sus *pensamientos y sentimientos son tenebrosos, sombríos, lo bastante oscuros y además se quejan de prejuicios morales*.

3.8.5. Melancolía fantástica

Caracterizada por numerosas ideas delirantes y alucinaciones de tipo fantástico como pueden ser las *apariciones sobrenaturales, fantasías irrealizables y espectros*, mismos que se acompañan de *sentimientos de culpa e ideas delirantes de tipo hipocondríaco grave*. La consciencia en este tipo de *depresión*, generalmente está alterada y al detectarse y no atenderse con un profesionalista en clínico, *la evolución está en riesgo* y habitualmente es mala.

3.8.6. Melancolía con delirio

La consciencia por lo general está gravemente alterada por lo que las *personas se encuentran enfermas, experimentan numerosas y terroríficas alucinaciones y pueden permanecer en estado de mudez e inaccesible*, por lo que el tratamiento debe ser con carácter de urgencia para frenar que *su evolución conduzca hacia la muerte*.³⁸

Las definiciones anteriores son aportaciones interesantes, valiosas y muy certeras para centrarse en su estudio por la preocupación que existe en personas adultas a partir de los *40 años de edad*, quienes padecen *depresión*; el lograr

³⁸ Cfr. CASO MUÑOZ, Agustín. "Psiquiatría". Editorial Limusa. 1979. pp. 783-788.

detectarse a tiempo y prevenir consecuencias graves posteriores para no ser hospitalizadas de urgencia.

Por ello, Greden (2003), opina sobre la *tríada cognitiva de la depresión*, lo siguiente:

3.9. Tríada Cognitiva de la Depresión

El autor cita a Hollon y cols. (1992), quienes fueron los primeros en utilizar una metodología rigurosa para comparar la *psicoterapia* y *farmacoterapia* en el tratamiento de la *depresión* en uno de sus estudios; la *psicoterapia* que se eligió fue precisamente *la terapia cognitiva*, basada en la *teoría del aprendizaje*, según la cual los comportamientos *desadaptativos* asociados a la *depresión* son secundarios a pensamientos muy arraigados que generan *distorsiones cognitivas*, consideradas la base de la "*tríada cognitiva de la depresión*" como: a) *visión negativa de uno mismo*, b) *interpretación negativa de los acontecimientos pasados*; y c) *interpretación negativa del futuro*; lo anterior, porque el objetivo de la *terapia cognitiva* es reconocer y poner en tela de juicio estas distorsiones para corregir, finalmente, los *pensamientos y comportamientos distorsionados*.

Por tanto, se concluye que la *terapia cognitiva* se presta muy bien para una investigación, porque Hollon y cols. (1992), han contado con pruebas a favor de la eficacia de la *terapia cognitiva* en el *tratamiento* de la *depresión* por considerarla como una opción excelente de estudio.³⁹

³⁹ Cfr. GREDEN, John F. "Tratamiento de la Depresión Recidivante". Psiquiatría Editores, S.L. Barcelona, España. 2003. pp. 68-69.

3.10. ¿Pero, como se puede distinguir a una persona depresiva?

Millon (1998), otro estudioso del tema de la *depresión*, aporta las *características clínicas en los ámbitos prototípicos de la personalidad depresiva*, con el propósito de lograr distinguir a las personas que la padecen, como en el caso de las personas *adultas de 40 hasta los 60 de años de edad*:

3.10.1. Características clínicas en los ámbitos prototípicos de la personalidad depresiva

Este apartado está relacionado con lo que Millon y cols., aportan referente a las características en clínica de sujetos con fines de diagnóstico preliminar y poder apoyar al terapeuta a diferenciar de sus pacientes los varios *aspectos de la personalidad depresiva*, por lo que consideran son ocho ámbitos prototípicos primordiales, que apoyan al analizar y describir, por separado, *el comienzo de un comportamiento observable y el final como el ocultamiento*, en el entendido de que al detectarse esta enfermedad y no atenderse con el especialista en clínico, el riesgo es grave, de acuerdo a lo siguiente:

3.10.1.1. Comportamiento observable: abatido

Resulta difícil no reconocer el aspecto de abatimiento de las personalidades *depresivas*. Transmite su postura, un carácter profundamente *desolado y abatido*. Por otra parte, su lenguaje tiene una *expresión sombría, afligido y también apesadumbrada*. En cuanto a su voz, parece irremediablemente *decaído y desanimado*; y su imagen visual refleja *desesperanza y desdicha sin solución*. A la vez, se puede decir, que el individuo *depresivo* tiene poca iniciativa aunque se le pregunte o entreviste, *tiende a no dar información de manera espontánea*; lo que

dice es poco variado en la mayoría de los casos y el lenguaje es vacilante e incierto. Según su comportamiento observado, en el sujeto depresivo, aparece un elemento de *lentitud y de pereza*. Sus respuestas y sus movimientos son demorados; e incluso, entre los que tienden a estar agitados e irritables se observa una reducción notable de sus comportamientos intencionales, o, con un propósito. Y parece como *una cámara lenta casi toda su actividad*.

3.10.1.2. Comportamiento interpersonal: indefenso

Estas personas *depresivas* presentan un estado constante de sentimientos de vulnerabilidad y desprotección; actúan como si estuvieran indefensas y desprotegidas; buscan que los demás sean protectores y cuidadores porque *temen al abandono y la deserción*, con comportamientos interpersonales que pueden ser de una de dos variedades básicas; la de un individuo desprotegido e inútil, que pasivamente *se aísla de los demás*; o la de una persona necesitada y demandante que sólo busca que los demás le proporcionen toda clase de garantías de *afecto y estabilidad*. Estas personas *depresivas suplican amor y apoyo de los otros*; y no mantienen una relación recíproca que les permita gratificarse o reforzar una relación positiva. Los comportamientos en que los *depresivos* se aferran así como sus maniobras de afrontamiento desviadas pueden, en último término, suscitar el disgusto y la exasperación de los demás. Los *depresivos* pueden mostrarse persistentes cuando solicitan comprensión de alguien de manera desesperada. Y si fracasan se encierran en *sí mismos*, lo que les genera un silencio mayor y un autorreproche de culpabilidad. Estas personas además de sus protestas de culpa y autocondena pueden ser monótonas e intensas.

3.10.1.3. Estilo cognitivo: pesimista

Estas personas *depresivas* ven el lado más negro de su vida; esperan siempre que ocurra lo peor. Interpretan los acontecimientos de manera desalentadora, se desesperan de las cosas para que mejoren en el futuro. Se sienten *abrumadas, descorazonadas y desoladas*; muestran una actitud *pesimista, derrotista y fatalista en casi todo momento* y parecen absortas e imaginan soluciones fantaseadas a sus problemas que implican algún acontecimiento mágico o alguna fuerza omnipotente. Se preocupan de manera obsesiva por sus desgracias, pasadas y presentes. Tienen remordimientos por el sentido de inutilidad. En el fondo tienen poca esperanza para encontrar soluciones. Las comunicaciones con los demás son estereotipadas y coloreadas de gris. Intentan defenderse de los sentimientos y pensamientos *depresivos* mediante la distracción consciente de ideas y preocupaciones que les invaden. Para estas personas existe la tendencia a reactivar incidentes menores del pasado, para luego cavilar sobre ellos. Las preocupaciones del sujeto *depresivo* donde sus pensamientos y sentimientos no forman parte de las mismas, son significativas clínicamente, como aquéllos por lo que están preocupados. Con frecuencia falsifican retrospectivamente; se recuerdan pocos placeres de su pasado y sólo los que les causan dolor o los que crean malestar. Del mismo modo estas personas *depresivas* piensan que su estado, el actual, es irreversible. En lo que respecta a la *indefensión-desesperanza*, estas personas admiten ser incapaces de ayudarse a *Sí Mismas* y que seguramente no podrán ser ayudadas por fuerzas externas (Engel, 1968). Así, muchas personas son capaces de soportar un sorprendente grado de su desgracia siempre y cuando piensen que existe la esperanza. En el sujeto *depresivo*, el esquema pesimista se describe de manera repentina por sus pensamientos que generan niveles crecientes de desesperanza, por lo que son incapaces de imaginar y planificar situaciones que mejoren las cosas. Para la persona *depresiva*, su vida le parece como un *pozo de desesperanza que cada vez es más profundo*.

3.10.1.4. Autoimagen: inutilidad

Las personas *depresivas* tienden a sentirse culpables por no poseer cualidades positivas ni poder conseguir logros importantes; lo que consideran sin valor alguno para *sí mismas* y para los demás; también se sienten inútiles e incapaces para aspirar a una vida más significativa. Además se consideran con impotencia y estériles y sin ese valor significativo, se juzgan censurables o despreciables, criticadas y descalificadas; por lo que se pueden hundir en cualquier fracaso mínimo que sea; sienten infelicidad, moderadamente, en un estado más grave de desconsuelo; por lo que demuestran su impotencia; y si se les critica, puede dar lugar a la preocupación y la cavilación obsesivas intensificando todavía más su sentido de impotencia; e incluso, cuando les va bien en algo, aún así se sienten inútiles; y cuando sus dificultades crecen, estas personas son propensas a culparse por algo por lo que no tengan o hagan y sin relación. Se creen incapaces de tomar iniciativas y decisiones reflejando temor a hacer un movimiento erróneo o a demostrarse con inutilidad para los demás. Algunas de las personas adultas *depresivas* alcanzan un nivel tan profundo de autodenigración con el comienzo hasta de apiadarse de *Sí Mismas*. Y cuando los sentimientos de *autocompasión* y *desesperanza* llegan a un estado tan bajo, existe entonces la posibilidad de obtener resultados constructivos y en determinados casos estas personas *depresivas* sienten que han pagado el precio llegando hasta el fondo de su vida, por lo que creen, no van a poder volver de ese nivel tan profundo de *depresión*. Y ese puede ser el momento para una renovación, en la que puedan lograr como una especie de salvación interna, sólo que en este momento puede existir un peligro mucho mayor de autodestrucción.

3.10.1.5. Representaciones objetales: abandonadas

Se basa este punto para referirse a una serie de presupuestos internos y silenciosos sobre el carácter de las personas significativas; y en general de la vida. Asimismo, sobre premisas inconscientes que perfilan y como lo interpreta el individuo en eventos pasajeros de su vida diaria. Las expectativas de estas personas *depresivas* que utilizan para integrar e interpretar selectivamente las experiencias más significativas; y para interpretar de manera más adecuada, las observaciones y distorsionarlas de manera repetitiva y errónea, así categorizar, intrapsíquicamente las experiencias subliminales a la consciencia; la tendencia inconsciente a moldear las percepciones y cogniciones, según los modelos internos que definen y caracterizan al principio de su vida para activar lo que ocurra en determinados momentos, con lo que se cumple de esa manera, el modelo inconsciente que presupone y espera. Las personas *depresivas* con este modelo saturan las experiencias y pensamientos posteriores con tono *pesimista* y *negativo*.

3.10.1.6. Mecanismos de defensa: ascetismo

Esta característica se refiere a la persona *depresiva* que tiene como objetivo principal el cumplimiento de la idea de preferir mejor pasar la penitencia; vivir privada de alegrías en su vida, personas que maniobran su mundo interno para lograr la *autonegación*, *autocastigo* y *autotortura*. Con esta actitud tan autopunitiva, estas personas no permiten el mínimo placer y valoran constantemente sus propias acciones para determinar si han conseguido la felicidad y satisfacción que merecen, con la creencia de que merecen menos por lo que se rinden totalmente en la vida y adoptan el mecanismo de *jugarse a la muerte* como medio de vivir. La propia abdicación y resignación se convierte en maniobra intrapsíquica que les permite la evitación mediante un *suicidio* como un acto de *autorrechazo*, pero con una posibilidad.

3.10.1.7. Organización morfológica: disminuida

El esquema intrapsíquico de estas personas *depresivas* parece notablemente debilitada e incapaz de soportar mucho *estrés* sin que descompensen. Estos métodos son endebles como sus estrategias empobrecidas. El *depresivo* manifiesta *disminución y agotamiento de su capacidad para iniciar una acción abierta de los afectos, impulsos y conflictos internos*. Se protege contra estos *sentimientos internos*, estas personas depresivas luchan intrapsíquicamente por mantener ese nivel de malestar muy bajo, dejándolo fuera de la consciencia e ignoran demasiado el origen como la realidad actual y minimizan el dolor psíquico; se aíslan, evidentemente, con quejas manifestadas de *depresión*. *Tienden al suicidio y a la autodestrucción y sentimientos sin vida*, por la que no le prestan significado, creen controlarla ellos mismos así como dirigirla por más tiempo. Recuperan el sentido cuando pasan a la acción del suicidio como un sentido de competencia y autonomía. *Las maniobras al suicidio son más frecuentes cuando intentan el escape de momentos dolorosos y humillantes en su vida*.

3.10.1.8. Estado de ánimo/temperamento: melancólico

Lo que caracteriza a estas personas *depresivas* es la tristeza, *el malhumor y la tendencia al llanto*. Su preocupación es exagerada con un humor bajo y *estado de ánimo de aflicción e infelicidad*. Su disforia constante puede mantenerse a un nivel moderado de gravedad, remitiendo en raras ocasiones. Su autodenigración y *tristeza* habituales se presentan tan profundamente arraigadas; y por ello, entran a formar parte de la estructura de su personalidad. Estas personas se interesan poco en su vida buscando la felicidad y la proximidad que tanto desean; aunque se alimentan bien, mantienen vida sexual activa y se divierten, pero con poco entusiasmo porque su *inactividad y tristeza*

temperamental hacen se disminuya su capacidad del humor y los placeres de su vida. Los síntomas que con frecuencia se presentan en estas personas depresivas es la *dificultad para dormir*, se despiertan muy temprano, se fatigan y disminuye la libido y el apetito; además de los diversos dolores corporales. Algunas de estas personas padecen de irregularidades de los sustratos hormonales del ánimo durante breves períodos de tiempo y llegan a la *euforia* y al *contacto social*, casi hasta el punto de traspasar el umbral de la hipomanía. Por ello, resulta más frecuente encontrar un *temperamento distímico o melancólico persistente*.

Por lo anterior y después de que Millon y cols. han aportado en este estudio referente a los *prototipos de personalidad depresiva*, a continuación de añaden, adsemás, las *características clínicas del prototipo depresivo* para un soporte más sólido y estructural del tema de *depresión* en base a lo siguiente:

3.11.2. Características clínicas del prototipo depresivo

3.11.2.1. Nivel comportamental

Una persona depresiva se muestra expresivamente abatida. Su aspecto y estado transmiten *un desamparo irremediable, sombrío, desolado y abatida*; por no decir de *carácter apesadumbrado, irremediabilmente decaída y desanimada*; además refleja un sentido *de desesperanza y desdicha constantes. Interpersonalmente indefensa, debido al sentimiento de vulnerabilidad y desprotección, suplica a los demás que la cuiden y protejan con temores de abandono y deserción*; no sólo actúa de forma arriesgada sino que *busca o exige garantías de afecto, constancia y dedicación*.

3.11.2. 2. Nivel fenomenológico

La persona *depresiva* es *cognitivamente pesimista*. Presenta *actitudes derrotistas y fatalistas en todo momento* porque prefiere *mirar la cara más negra de las cosas, esperando lo peor*. Se siente *abrumada, desanimada y triste* e interpreta los acontecimientos presentes de manera más desoladora con facilidad de caer en la desesperación y por pensar que las cosas no resultan bien en el futuro. Se juzga *insignificante e inútil, sin aspiraciones y culpable, por no lograrlos*.

3.11.2.3. Nivel intrapsíquico

Se refiere a una persona que se cuestiona si *el pesar y el sufrimiento* resultan deseables o necesarios. *Comprometida en actos de autonegación, autocastigo y autovejación*, cree que *debe hacer penitencia y privarse de los placeres de la vida; no sólo rechaza el disfrute, sino que hace juicios muy duros sobre Sí Misma, con posibles actos autodestructivos que provocan una disminución de la capacidad*, por no decir que *la agota*, para iniciar la acción y regular el *afecto, el impulso y el conflicto*.⁴⁰

3.11.3. Subtipos de los adultos en el prototipo depresivo

En La clasificación formal del DSM, la historia de los síndromes depresivos es variada y muchos de sus elementos pueden describirse en manifestaciones de personalidad. Algunos sujetos presentan un estado de ánimo depresivo con gestos dramáticos y súplicas, mientras que otros, son exigentes, irritables y caprichosos. Algunos verbalizan sus pensamientos en términos pasivos, vagos, filosóficos y abstractos. Otros parecen solitarios, tranquilamente descorazonados, ariscos y pesimistas.

⁴⁰ Cfr. MILLON, Theodore con DAVIS, Roger D. y colabs. Op. cit.. pp. 313-316.

Sin embargo, los sentimientos de apatía, desánimo y desesperanza son notables, porque las acciones y quejas suelen suscitar comprensión y apoyo por parte de los demás.

3.11.3.1. El depresivo malhumorado

Corresponde a personas con una constancia de quejas, irritabilidad y un descontento avinagrado, que normalmente interaccionan con preocupaciones hipocondríacas y expresiones periódicas de culpa y autocondena. El estilo habitual de expresar los conflictos y sentimientos ambivalentes se hace más pronunciado, por lo que provoca oscilaciones extremas entre la amargura y el resentimiento y la propia desaprobación intrapunitiva. La autocompasión y las ansiedades corporales son muy frecuentes para distinguir otros tipos depresivos.

Los depresivos malhumorados no encuentran placer en nada ni parecen contentos con nada y se entregan a un negativismo refunfuñante en el que dirigen su predisposición a la enfermedad contra *sí mismos*. Manifiestan un estado de ánimo compuesto de irritabilidad, ansiedad y autoflagelación. Se atormentan, tienen un tipo de actitud regañadora e hipocondríaca, una preocupación extrema e insisten inoportunamente en que los otros tengan que escuchar sus quejas y problemas.

De lo anterior, los estudiosos Millon y cls. citan a Kretschmer (1988), quien también describe a los *depresivos malhumorados* como fríos y egoístas, irritables y críticos, regocijándose en los fracasos de los demás y sin que nunca anticipen o deseen las recompensas y los logros de la vida.

Además, durante períodos de tiempo son limitados y presentan una desesperación y sufrimiento incesantes, un ritmo agitado a su alrededor, un

retorcerse las manos y una aprensión y tensión que no alteran con las circunstancias *reconfortantes y tranquilizadoras*. En ocasiones los componentes primarios son *síntomas depresivos* hostiles y una irritabilidad demandante en la que este tipo de personalidad lamenta su estado pleno y la necesidad desesperada de atención a sus múltiples incapacidades como de enfermedades físicas.

3.11.3.2. El depresivo de buen tono

El sufrimiento para estas personas, es noble, porque les permite sentirse *especiales, más bien elitistas*, por lo que adquieren refugios filosóficos que les permite ponderar la amargura de la vida que sienten, por lo que su preocupación es más tendiente a lo estético y vanidad, más que otra cosa.

3.11.3.3. El depresivo autodescalificador

Estas personas suelen contener la ira porque temen provocar el castigo del abandono y el aislamiento; y para prevenirlo, interiorizan impulsos agresivos, liberándolos sólo mediante burlas hacia *Sí Mismas* así como verbalizaciones de culpa y arrepentimiento.

3.11.3.4. El depresivo mórbido

La *persona depresiva mórbida* experimenta sentimientos profundos de manera habitual y sin control de su estado; y manifiesta un notable autodesprecio y busca lo peor de lo que hace. Es pesimista de manera obsesiva y negativa; se siente inútil y víctima de otros; reniega por el sufrimiento que la vida le

ha dado y por lo que ha logrado hacer en *Sí Misma*. Consume cualquier tipo de esperanza de poder rellenar el agujero vacío.

3.11.3.5. El depresivo inquieto

Se refiere a *personas* incapaces de comprender sus sentimientos con claridad, sus actos autodestructivos pueden expresarse directamente y mediante el *suicidio* como recurrir al abuso grave de alcohol o de drogas, porque sienten que deben hacer algo para expresar su visión sólo a *Sí Mismas*, sin desear saber que existen caminos para restablecer su vida. Se sienten derrotadas; y por su inquietud emplean actos suicidas para atraer la atención de los demás y por venganza culpando a todos por no protección y cuidados suficientes, que utilizan como su castigo.⁴¹

Winograd (2005), de las personas depresivas concluye:

“El estado deprimido; al sobrevenir y el sentido, es concebido como un fracaso de la *capacidad depresiva* al caracterizar la depresión como una enfermedad de la vida, en que se produciría: 1. Cierta proceso global de desvitalización; 2. Influencia de dicho proceso en el funcionamiento de la temporalidad (detención del registro temporal de vitalidad y aceleración de tareas fácticas); 3. Interferencias en la comunicación intersubjetiva; y, 4. Disminución de la potencia vital, expresada en el nivel erótico libidinal y también en el lenguaje”.⁴²

⁴¹ Cfr. MILLON, Theodore con DAVIS, Roger D. y colabs. Adj Op. cit. pp. 316-321.

⁴² WINOGRAD, Benzión. “Depresión: ¿Enfermedad o Crisis?”. Editorial Paidós SAICF. 1ª. Ed. Buenos Aires, Argentina. 2005. p. 238.

3.12. Estudio de *las neurosis*

3.12.1. Definición del término de *las neurosis*

Monedero (1996), cita a estudiosos del tema de las *neurosis* en *personas adultas* como son Cullen (1712-1790), Whytt (1714-1766), Mesmer (1758-1828), definición del término *psicosis*, Feuchterstelen (1845) y López Ibor (1958), quienes proporcionan su definiciones, como sigue:

Cullen (1712-1790), opina que el término de *las neurosis* pertenece a enfermedades donde la fiebre ni lesiones localizadas se acompañan.

Para Whytt (1714-1766), las causas que generan *las neurosis* se deben a movimientos anormales que parten del interior del *Sistema Nervioso* en la que se distinguen tres tipos: la *histeria*, la *hipocondrías* y el *agotamiento nervioso*; además expresa el autor que hasta la llegada de Freud, este término de *neurosis* fue plagado de ambigüedades.

Mesmer (1758-1828), famoso médico vienés, señala Monedero, que a base de sugestión influyó mucho en sus pacientes por el papel importante de magnetismo en la efectividad de sus terapias acreditadas; y desde entonces como científicas, su trabajo ocupa un lugar especial en la historia de la *Psicopatología*.

3.12.2. Definición del término *psicosis*

Monedero, cita al médico austriaco Feuchterstelen (1845), quien utilizó este concepto de *psicosis* por primera para ocupar el lugar de la *locura* tradicional, por una parte, porque por la otra, corresponde a una *enfermedad física*.

El autor cita a López Ibor (1958), quien señala que las *psicosis* se han *constituido tras una larga, penosa y dubitativa peregrinación nosológica sobre el esquema de las enfermedades somáticas.*

Por tanto, Monedero concluye que *las psicosis* de personas que las padecen *son enfermedades somáticas en la que los síntomas psíquicos adquieren prevalencia.*⁴³

Asimismo, sobre *las psicosis*, Kolb (1979), opina como lo han denominado algunos criterios de psiquiatras, se refieren a *reacciones mayores* según el grado que afectan la personalidad de un *individuo*; por consecuencia y en términos generales, el diagnóstico de *psicosis* implica que en la *personalidad* ya existe un trastorno muy grave, por lo que las defensas de una *persona psicótica* son también más extremas, más regresivas y toman mucho menos en cuenta la realidad en la que vive, la distorsión se manifiesta; y por ello una desorganización en la personalidad como en el funcionamiento social, que en la mayoría de los casos suele presentarse en suma de *alterado* por lo que un *psicótico* crea su nuevo ambiente distorsionando la realidad en forma de ideas delirantes o alucinaciones; su pensamiento, como lo señala el autor, puede ser de tipo dereístico porque las asociaciones suelen también estar alteradas para que a menudo proyecte sus deseos y motivaciones debido a que la *represión* haya sido destruida por lo que el *Yo* logra cambiar al grado de poder tolerar los impulsos y fantasías de la parte *reprimida*, sin tener el psicótico el deseo de reconocer nada; mucho menos de analizar todo a fondo aunque surja del propio *Yo*. Por consiguiente, *un psicótico nunca reconoce que se encuentra enfermo de lo que padece.*⁴⁴

⁴³ Cfr. MONEDERO GIL, Carmelo. "Psicopatología Humana". Ed. Siglo XXI de España Editores, S. A. Madrid, España. 1996. 263-264.

⁴⁴ KOLB, Lawrence C. Op. cit. pp. 549-608.

En cuanto a los síntomas neuróticos, Maslow, pinta lo siguiente:

En base a lo anterior, al parecer hasta se podría confesar, que aquí sí es aceptable decir que también una persona se deprime por tan sólo el hecho de pensar que la mayor parte de la gente no protesta ante ello; sino al contrario acepta y paga por todos esos años más tarde a través de síntomas *neuróticos* y psicósomáticos de tipología diversa, como es el caso *de personas de 40 a 60 años de edad*, porque quizás en algunos casos esta población de personas no desea adquirir nunca la consciencia y mucho menos aceptar ha perdido felicidad alguna, la verdadera realización de una promesa, una vida *emocional* rica para una vejez serena y fructífera por no haber conocido jamás; o más bien, no querer conocer lo maravilloso de la vida en crear, reaccionar estéticamente para encontrar una vida más apasionante.

Derivado de lo anterior, evidentemente, lo que se califica como problemas de personalidad, señala Maslow, dependerá quien sea el autor del juicio. De ello se puede citar a *un propietario de esclavas, un dictador, un padre patriarcal, el esposo que desea que su mujer permanezca infantilizada*; porque es claro que los *problemas de personalidad* pueden ser a veces; y no a veces quizás, *sino más bien, en la mayoría de esas veces, protestas en voz alta contra un quebrantamiento*.⁴⁵

Pero, Ehrenberg (1998), por ello, opina de las neurosis de las *personas adultas*, que:

“Las neurosis es la consecuencia de un conflicto en el que se es culpable, incluso cuando predominan los síntomas depresivos, mientras que la depresión se siente como una falta o carencia de lo que se siente vergüenza”.⁴⁶

⁴⁵ Cfr. MASLOW, Abraham. Op. cit. p.35.

⁴⁶ EHRENBURG, Alain. “La Fatiga de Ser Uno Mismo.- Depresión y Sociedad”. Ediciones Nueva Visión SAIC. 1998. p. 153.

Por lo que el autor, además agrega sobre la depresión neurótica:

“La personalidad *neurótica* está en un enfermo de la ley, la personalidad *depresiva* está en un enfermo de la insuficiencia”.⁴⁷

Ledesma y Melero, señalan sobre el estudio de *depresión neurótica en adultos de 40 a 60 años de edad*:

Que lo correspondiente y sobre acontecimientos sociales se desprende la *percepción psíquica del control personal, los determinantes cognitivos de la depresión y exageración cognitiva*, en base a lo siguiente:

3.12.3. Percepción Psíquica del Control Personal

El hecho de considerar la génesis de la *depresión neurótica* y objetivar adecuadamente los problemas sólo al hablar de temas tristes, fracasos constantes como, de que la muerte venga, de infidelidad de algún ser querido; porque la persona que lo manifiesta logra *se torne o se produzca en su ambiente*, como los autores señalan, la *atmósfera aversiva*.

3.12.4. Los Determinantes Cognitivos de la Depresión

Sobre lo anterior, los autores opinan que las causas que originan la *depresión neurótica* en personas adultas, se deben de lo que los pacientes se

⁴⁷ EHRENBURG, Alain. EHRENBURG, Alain. Op. cit. p. 153.

dicen a *sí mismos*, en cuanto a percepciones subjetivas de la realidad, creencias del propio valor y teorías de causalidad, que se fabrican para entender al Mundo en el que se vive y se forma parte.

3.12.5. Exageración cognitiva

Ledesma y Melero, lo atribuyen para mediar una de las grandes diferencias diagnósticas entre *personas depresivas* como es la *exageración cognitiva* cuando las personas la aplican a sus problemas sociales al expresar: *no tengo nada que hacer, soy un fracasado, estoy vencido*.⁴⁸

Y por relacionar lo anterior con los afectos, se destaca su importancia, con Jacobson, al aportar lo más relevante sobre los *afectos* de los *seres humanos* basado en una teoría de trastornos mentales que suelen variar en intensidad respecto a sus conductas de las *personas adultas*, como en el caso *de edades a partir de los 40 años*, como a continuación se describe:

3.13. La Teoría Psicoanalítica de los Afectos

La autora señala que es necesaria una teoría que respalde la postura consistente en el *afecto* como lo hizo Freud (1915), para equiparar los *afectos* con las *fuerzas energéticas* y definirlos como parte del estudio de estados afectivos patológicos como lo es la *depresión neurótica*.⁴⁹

Por ello, Papalia y cols. (1995), contribuyen en la importancia de los *afectos* y opinan que en toda persona, mucho influye el *medio ambiente* desde la *infancia*

⁴⁸ Cfr. LEDESMA-JIMENO, Alfonso y MELERO MARCOS, Luis. Op. cit. .pp. 224-226.

⁴⁹ Cfr. JACOBSON, E. Op. cit. p. 18-22.

hasta la *madurez*, así como los *estereotipos de roles sexuales y arraigo* por lo que a continuación se presentan:

3.13.1. Influencias del ambiente

Las autoras señalan que existe gran *influencia social* en las personas de ambos sexos desde la *niñez* hasta la *madurez*, como es el caso de las *personas de 40 a 60 años de edad*.

3.13.2. Estereotipos de roles sexuales

Además, que tanto los varones como las mujeres *tienen; y deben tener*, impuestas por la sociedad ciertas *conductas, emociones y actitudes por lo que se espera que los hombres sean machos, dominantes, agresivos, activos, independientes y competitivos; mientras que las mujeres tengan instintos maternales, sean complacientes y dependientes*. Por ello, Papalia y cols. aseguran que los niños de ambos sexos, desde su infancia, aprenden de sus familiares estos estereotipos, los que conforman su futura idealización y orientación para poder encajar en la sociedad que lo impone con gran influencia.

3.13.3. Arraigo

Asimismo, las autoras coinciden en que los *adultos* de edades entre *los 33 a los 43 años*, es cuando establecen objetivos de acuerdo a lo que programan; y por ello, citan a Levinson (1986), quien denomina: *convertirse en hombre corresponde al derecho propio*, por comprometerse profundamente con su trabajo, familia y otros aspectos importantes en la vida, por lo que las *personas adultas* es cuando sufren *efectos postraumáticos* con padecimientos y alteraciones; y es

para considerar la postura de Freud, para señalar que se presentan *las neurosis derivadas por la ansiedad* de los diversos *factores* que intervienen en la vida de todas las personas, más las *adultas*; y por el hecho de considerar que al llegar a los *40 años de edad*, algunos *adultos*, si a su juicio no han llevado a cabo lo propuesto, padecen de *neurosis y depresión*.⁵⁰

Kolb (1979), por ello, opina referente a la angustia, reacciones de angustia, *reacciones psiconeuróticas y ataques de angustia, los síntomas de las neurosis en los adultos*, con lo siguiente:

3.14. La angustia

3.14.1. Reacciones de angustia

El autor opina que la angustia:

“puede describirse como una intranquilidad penosa de la mente, como un estado de tensión excesiva que se acompaña de un terror inexpresable, o como una sensación de expectación aprensiva. Puede surgir en cualquier situación que constituya una amenaza para la personalidad”.⁵¹

3.14.2. Reacciones psiconeuróticas

Además, el autor añade:

⁵⁰ Cfr. PAPALIA, Diane E., WEDKOS OLDS, Sally y DUSTIN FELDMAN, Ruth. “Desarrollo Humano”. Edit. Mc. Graw-Hill Panamericana, S. A. Sexta Edición. USA. 1995. p. 23.

⁵¹ KOLB, Lawrence C. Op. Cit. 559.

Que en otras *reacciones psiconeuróticas* una persona enferma recurre a alguna forma auxiliar y específica de mecanismo psicológico de defensa para controlar una *angustia*, generalmente distante; y tiende a experimentar sentimientos de inferioridad, porque la persona *neurótica* encuentra difícil tomar decisiones y teme cometer errores.

Por ello, las personas neuróticas, como es el caso de las *adultas mayores de los 40 años de edad*, suelen ser escrupulosas, exageradamente concienzudas, ambiciosas y con pensamientos de que es necesario alcanzar altos niveles que se imponen, por lo que si la *angustia* se volviese más perturbadora, puede ser expresada en forma de síntomas de *depresión, insomnio, irritabilidad, actividad incesante, indecisión paralizante, trastornos psicósomáticos, explosiones de agresividad, ataques de llanto y sentimientos de incompetencia*.

3.14.3. Ataques de angustia

Para Kolb, los *ataques de angustia* los define como un estado crónico de *tensión y angustia* moderada. Una persona enferma con *reacción de angustia* puede estar sujeta a *exacerbaciones agudas, aterradoras y semejantes al pánico*, con una duración de unos cuantos momentos hasta por una hora. La persona sufre de *taquicardia, palpitaciones, opresión precordial, náusea, diarrea, deseo de orinar, disnea y una sensación de ahogo o sofocación*. Las *pupilas se dilatan, la cara se congestiona, la piel transpira*. La persona enferma además sufre de parestesias, temblores, mareos o desmayos y a menudo experimenta *debilidad o sensación de muerte inminente*.

3.14.4. Síntomas de las neurosis en los adultos

Kolb opina que la mayoría de las neurosis de los adultos se desarrollan entre los últimos años de la adolescencia y los 35 años de edad, considerando que corresponde al período en que una persona se enfrenta a los problemas de adaptación y responsabilidad, al establecerse como *adulto* en situaciones sociales, económicas y sexuales satisfactorias, por lo que surgen también las frustraciones importantes que suelen conducir hacia el *conflicto* y la *angustia* que sólo pueden ser enfrentados con los *mecanismos neuróticos*.⁵²

Otro estudioso del tema como lo es Davidson (1974), expresa que para detectar la *conducta ansiosa* y evaluarla, se basa en lo siguiente:

3.15. La conducta manifestada de la ansiedad

“consiste en observar la conducta manifiesta sobre reacciones y movimientos que supuestamente reflejen el estado emocional interno. Se juzga que una persona es *ansiosa* cuando se le ve temblar, comerse las uñas o evadir una situación y, en suma, cuando se comporta de una manera que supuestamente refleja *ansiedad*”.⁵³

3.16. Mecanismos de defensa

Por lo que el autor, señala que según Freud, la incomodidad experimentada por el *Yo ansioso* se puede reducir mediante diversas maniobras en la que la

⁵² Cfr. KOLB, Lawrence C. Op. cit. pp. 559-560.

⁵³ DAVIDSON, Gerald C. y NEALE, John M., “Psicología de la Conducta Anormal. Edit. John Wiley & Sons USA. 1974. p. 134.

ansiedad objetiva puede ser arraigada en la realidad y puede a menudo, también resolverse mediante la eliminación y la evitación racional de un peligro externo.

3.17. Distorsión consciente

Por tanto, la *ansiedad neurótica* y a veces la ansiedad moral, pueden ser controladas mediante una distorsión inconsciente de la realidad a través de uno de los mecanismos de defensa, como estrategias *Yoicas* utilizadas inconscientemente y las que protegen al *Yo* contra la *ansiedad*.

3.18. La represión

Davidson, añade sobre *represión*:

“Tal vez el más importante de ellos sea la *represión*, en el cual los impulsos y pensamientos inaceptables para el *Yo* son relegados al inconsciente”.⁵⁴

3.19. Indagación psíquica introspectiva

Otro estudioso del tema, como lo es Ferenczi (1967), define *las psiconeurosis* como aquéllas, cuya causa, naturaleza patológica y sintomatológica se encuentran abiertas para la *indagación psíquica introspectiva de manera particular a la histeria y a las neurosis obsesivas*.

⁵⁴ DAVIDSON, Gerald C. y NEALE, John M. Op. cit. p. 140.

Además, el autor agrega sobre *el complejo reprimido y represión por sexualidad* lo siguiente:

3.20. Complejo reprimido

Generalmente en personas este complejo se muestra *con sentimientos de vergüenza, repugnancia, desprecio y asco* también hacia los demás, generado por *factores morales* con riesgo a desarrollar *síntomas patológicos*.

3.21. Represión por sexualidad

Las neurosis y la depresión son generadas por el predominio de la sexualidad que en gran parte también se debe *a causas sociales*.⁵⁵

Con lo anterior, se coincide además, con la siguiente definición de la *represión*:

“Acción y efecto de reprimir. Proceso por el cual un impulso o una idea inaceptable se relega al inconsciente. Acto o conjunto de actos, ordinariamente desde el poder para contener, detener o castigar con violencia actuaciones políticas y sociales”.⁵⁶

⁵⁵ Cfr. FERENCZI, Sandor. "Teoría y Técnica del Psicoanálisis". Editorial Paidós, 1a. Ed. Argentina, Buenos Aires, 1967. pp. 16-18, 19-22, 28.

⁵⁶ Diccionario de la Real Academia Española. Edición 22a. 2000.

3.22. Las Psiconeurosis

Noyes (1977), agrega que para buscar causas o factores de las *neurosis* conocidas también como *psiconeurosis* constituye la acumulación de *factores ambientales* que influyen en la forma de vida de cualquier *adulto* desde la *niñez*, tomando en cuenta rasgos y patrones *neuróticos* heredados.⁵⁷

En relación a *las neurosis*, Kolb aporta su definición al coincidir con los criterios clínicos en base a lo siguiente:

3.23. Las Neurosis

Las neurosis corresponden a un grupo de *trastornos de la personalidad*, alteraciones intermedias y un eslabón entre diversos *recursos adaptativos e inconscientes* por lo que un *adulto a partir de los 40 años de edad a lo largo de la vida* comienza a angustiarse por sentir la incapacidad de solución de problemas de una gran variedad de *situaciones y conflictos emocionales* que acumula y desarrolla desde la *niñez* hasta la *madurez mayor*, por lo que mantiene una *fuentes común* conocida como *neurosis*; la manifestada por la consecuencia de una serie de *síntomas* que la persona siente y expresa de manera directa con *angustia* a pesar de tratar de controlar con esfuerzos automáticos por medio de defensas como las de *conversión, disociación, desplazamiento, formación de fobias o pensamientos, actos repetitivos y represión*; ésta última apoyada a través de formaciones reactivas útiles *que la sociedad acepta*; y por tanto la persona *deba aceptar y permitirle hacer o decir* a través de su vida; por lo que se resume que *las sensaciones y manifestaciones de la angustia generada, o los métodos para su defensa en tratar de adaptarse a un medio determinado es lo que constituyen los síntomas de las neurosis*.

⁵⁷ Cfr. NOYES, Arthur P. "Psiquiatría Clínica Moderna". Edit. La Prensa Médica Mexicana. México. 1966. pp. 550-566.

Por lo que Kolb, describe a continuación los *criterios clínicos de las neurosis*, como sigue:

3.23.1. Criterios clínicos de *las neurosis*

3.23.1.1. Síndromes de conducta: Aprensión, ataques de angustia, fobias, obsesiones, compulsiones, reacciones de conversión, fugas, estados confabulatorios amnésicos y redundancia.

3.23.1.2. Defensas psicológicas: Represión, desplazamiento, aislamiento, formación reactiva, anulación, sustitución y conversión.

3.23.1.3. Afectos: Con la capacidad de responder.

3.23.1.4. Funciones Yoicas: Intactas, pero constreñidas y orientadas hacia la realidad.

3.23.1.5. Relaciones Interpersonales: Relaciones objetales mantenidas, labilidad emocional, dramatización o constricción y relaciones heterosexuales alteradas.⁵⁸

⁵⁸ Cfr. KOLB, Lawrence C. Op. cit. . pp. 548-550.

Por tanto, Mandolini (1969), coincide con Kolb en cuanto a los *criterios de las neurosis*; y agrega que Freud (1899), ya las había clasificado en *actuales, psiconeurosis y mixtas*:

3.23.1.6. Neurosis actuales: El autor refiere que Freud además las llamó *neurastenia y neurosis de angustia*, por considerar ser causadas por una *perturbación de la economía nerviosa determinada por hechos sexuales actuales*.

3.23.1.7. Psiconeurosis: También referidas por Freud, señala el autor pertenecen a la *histeria y las neurosis obsesivas* por *la misma perturbación* pero por determinadas *alteraciones de la sexualidad* que ocurren en el pasado de la persona.

3.23.1.8. Neurosis Mixtas: Son los *síntomas de las neurosis de angustia* combinados con *síntomas de neurastenia, histeria o de las neurosis obsesivas*.⁵⁹

3.24. Neurosis vs Psicosis

En resumen, la diferencia entre *las neurosis y las psicosis* de quienes los padecen; y por estudiosos del tema, opina Kolb, es que mientras una *persona psicótica* crea su propio ambiente, lo distorsiona y falsifica con ideas delirantes, alucinaciones, discursos de temas difíciles, pensamientos elevados y depresiva por factores ambientales, evidentes y sumados a un mayor grado de insight como la ausencia de retardo en el fluir del pensamiento, la consciencia que no es clara al proyectar sus motivaciones y deseos en cuanto a los afectos que a menudo se intensan y disminuyen por quienes le rodean con actitud de regresar a la infancia,

⁵⁹ Cfr. MANDOLINI G., Ricardo G. Op. cit. p.152.

involucrarse en cuanto a leyes y normas sociales con discursos de temas confusos sin tener consciencia de la realidad, Freud (1946); la *persona neurótica*, enfoca y conserva su interés en el mundo que lo rodea aunque lo perciba de varias maneras por lo que, en cuanto a leyes y normas sociales, *busca* caminos para involucrarse y adaptarse a ellas; su consciencia es clara y soporta su actitud para no regresar a su infancia; los cambios afectivos son ligeros y la labilidad es conservada aunque su pensamiento no llega a ideas delirantes, pero sí, a sobrevalorarlas; procura no exteriorizar mucho sus deseos y motivaciones; además *no niega la existencia de su realidad* aunque trate de evadir e ignorar, Freud (1946); por lo que su *Yo permanece en el momento sano*.⁶⁰

Como este estudio se relaciona *con personas adultas de 40 a 60 años de edad*, Monedero (1996), aporta datos importantes sobre *las neurosis adulta, frustración y frustración sexual adulta*:

3.25. Neurosis adulta y frustración

Las *neurosis* generalmente ocurren en *las personas adultas* porque han dejado tiempo atrás una serie de *frustraciones* poco compatibles con exigencias o condicionamientos interpersonales.

3.26. Frustración sexual adulta

Las personas adultas *neuróticas quienes experimentaron en una relación sexual, alguna mínima falla, significa la imposibilidad de redimir las frustraciones de la vida*.⁶¹

⁶⁰ Cfr. KOLB, Lawrence C. Op. cit. pp. 548-550.

⁶¹ Cfr. MONEDERO GIL, Carmelo. Op. cit. pp. 263, 333-336.

Por consiguiente, Davidson, enumera los *desórdenes neuróticos* clasificados en tipos y principales patrones sintomáticos como *las neurosis fóbica, de ansiedad, histérica tipo conversivo, obsesivo-compulsiva, existencial, neurasténica, de despersonalización, depresiva e hipocondríaca*, con lo siguiente:

3.27. Desórdenes neuróticos

3.27.1. Neurosis fóbica: Miedo extremado y evitación de un objeto o situación que la persona reconoce como inofensivo.

3.27.2. Neurosis de ansiedad: La experimentada en tantas situaciones que parece ser flotante y que no tiene causa específica.

3.27.3. Neurosis histérica tipo conversivo: Parálisis, fatiga de sensación o perturbación sensorial sin patología orgánica.

3.27.4. Neurosis obsesivo-compulsiva: Invasión de la mente por pensamientos persistentes e incontrolables o compulsión a repetir indefinidamente determinados actos.

3.27.5. Neurosis existencial: Enajenación, sentimiento por considerar que la vida no tiene sentido.

3.27.6. Neurosis neurasténica: Cansancio y debilidad crónica

3.27.7. Neurosis de despersonalización: Sensaciones de irrealidad y de extrañación de *sí mismo* y del ambiente.

3.27.8. Neurosis depresiva: Tristeza al extremo, en reacción a un evento específico.

3.27.9. Neurosis hipocondríaca: Preocupación por funciones corporales y por enfermedades imaginarias.

3.28. La definición de las neurosis de Freud

Freud (1958), señala que lo más evidente y fácil de descubrir se ha contraído de *las neurosis* que reside en el *factor externo* que se puede describir en general como *frustración*, en la que antes se estaba satisfecho, sano o amoroso del mundo exterior; y de pronto se volvió *neurótica* una persona tan pronto ese objeto le fue sustraído y por ninguna causa le es sustituido, por lo que se equivale a la salud y desdicha de *las neurosis*.

Por lo que Freud, también agrega:

“En este último caso está dado de antemano el conflicto entre el afán de perseverar tal como se es; y el afán de alterarse según propósitos nuevos y nuevas exigencias de la realidad”.⁶²

Con lo anterior, es para poderse preguntar entonces acerca de la *depresión neurótica*:

Por ello, otro estudioso del tema como Lowen (1988), amplía el término *neurosis* y opina sobre la *represión* en las personas.

3.29. ¿A quiénes afecta la depresión neurótica?

El autor señala que la *represión* para las personas resulta lo que constituye el mecanismo basado en la rigidez muscular refleja generada por la *expresión emocional*; y por lo anterior, el autor agrega otra definición de *neurosis* que afecta a toda persona, como es el caso de *personas maduras mayores de 40 años*

3.29.1. Otra definición de neurosis

El autor opina que el término *neurosis* se refiere para designar un *trastorno crónico* de motilidad natural del organismo, equivalente a una disminución o limitación de la *agresión*, lo que en sentido etimológico se entiende: *moverse hacia, avanzar*, como suma total de las tensiones musculares considerada como una *Gestalt*, la que se refleja a nivel somático en forma y movimiento del cuerpo;

⁶² FREUD, Sigmund. “Obras completas”. Vol. 12. Copyright Limited. 1958. pp. 239-240.

como una unidad por la constitución de la expresión corporal del organismo, la forma de moverse y actuar.⁶³

Sobre los *síntomas neuróticos*, Mandolini, agrega:

3.30. Síntomas neuróticos

En general estos síntomas son actos nocivos o inútiles porque el individuo los realiza muchas veces contra su voluntad, experimentando *displacer*. Su daño estriba, primero del esfuerzo psíquico requerido para su ejecución; y luego de la lucha contra ellos, lucha que agota al sujeto y lo limita e incapacita para todas las demás actividades.

Estos síntomas son una transacción entre dos fuerzas opositoras: un *instinto sexual fuerte* y una *censura poderosa* que se opone al primero. Por la misma razón, en el *síntoma se reúnen las fuerzas instintivas y las represoras*.

3.31. Significado del término *factor*

El término factor se define de la siguiente manera: “*cada una de las cantidades o expresiones que se multiplican para formar un producto, Hombre que hace algo*”.⁶⁴

3.32. Concepto de Salud

Kolb cita La Organización Mundial de la Salud (OMS), que define la *salud* como sigue:

⁶³ Cfr. LOWEN, Alexander. “El Lenguaje del Cuerpo”. Editorial Herder. Barcelona. 1988. p.28.

⁶⁴ Diccionario de la Real Academia Española. Edición 22a. 2000.

Salud es *la capacidad del individuo, grupo y el ambiente de interactuar el uno con el otro de forma que se promueva el bienestar, el óptimo desarrollo y el uso de las habilidades mentales: cognitivas, afectivas y relacionales.*

Por otra parte, señala Kolb que:

3.33. La Angustia

La *angustia* es considerada en algunas formas y con frecuencia lo que constituye *un cuadro en otras formas de neurosis.*⁶⁵

3.34. Definición de reacción

La definición de *reacción* se entiende:

*“forma en que alguien o algo se comporta ante un determinado estímulo”.*⁶⁶

De lo anterior, Noyes, clasifica y define los *distintos tipos de reacciones* como principales síntomas de *las neurosis: angustia, disociativa, de conversión, obsesiva compulsiva, de estrés, fóbica y depresiva,* como sigue:

⁶⁵ KOLB, Lawrence C. “Psiquiatría Clínica Moderna”. Op. cit. p. 359.

⁶⁶ Diccionario de la Real Academia Española. Edición 22a. 2000.

3.34.1. Reacción de angustia

Los ataques de angustia de una persona con *neurosis* como el caso de las personas de 40 a 60 años de edad, pueden ser moderadas; y en los algunos casos de hasta completar la hora, con síntomas de sufrimiento, taquicardia, palpitaciones, opresión precordial, náusea, diarrea, deseos de orinar, disnea sensación de ahogo o sofocación; dilatación de las pupilas, congestiónamiento de la cara, transpiración de la piel, parestesias, temblores, mareos, desmayos, sueños aterradores, temblores o escalofríos, sensación estomacal de aleteo, olvido de cosas, estado aprensivo, temor a la soledad, aturdimiento constante para el control de pensamientos, no deseos de conversación, cansancio de conversación y petición de explicación por cuanto le sucede.

3.34.2. Reacción disociativa: Generalmente provoca desajustes en la personalidad, función de mecanismos de defensa como *protección de escape*.

3.34.3. Reacción de conversión: Comúnmente conocido como trastorno de *histeria de conversión*, afecta órganos o partes del *Sistema Nervioso* sensorial motor. Los síntomas que se presentan son derivados de conflictos emocionales como parálisis histérica de un brazo, deseos de ejecutar lo prohibido como fingir enfermedades.

3.34.4. Reacción obsesivo compulsiva: Persistencia de actos, pensamientos para llevar a cabo ideas con fantasías, estética con rituales repetitivos y preocupantes por logros no efectuados.

3.34.5. Reacción ante el estrés y estrés postraumático: Esta reacción es el resultado ante lo natural, un peligro o amenaza para que un ser humano busque la forma de sobrevivir. Ante la reacción del estrés, la lucha y combate con el deseo

de continuar en vida, se ven implicados los desastres naturales, los accidentes, inundaciones, erupciones volcánicas y huracanes, entre otros.

Para afrontar los estresores que afectan a una comunidad y la enfermedad, en su caso, para situaciones de esta magnitud, consideran más adecuado el apoyo técnico y social más recomendado para el control de estrés, que sin lugar a dudas queda la opción libre e incondicional y viable para dar lugar al ejercicio individual de control como un compromiso de propio reto al estrés vivido.

La búsqueda de supervivencia con sensaciones de peligro y amenaza, pueden ser de desastres naturales o accidentes por lo que las personas afectadas sufren *estrés postraumático*. Lo anterior porque el impacto de un desastre en multitud puede afectar profundamente el tipo y la intensidad de las reacciones de estrés postraumático así como el trabajo psicoterapéutico posterior para las personas afectadas.

3.34.6. Reacción fóbica: Corresponde al miedo intenso e irracional con episodios de desequilibrio emocional y psicológico hacia objetos y situaciones, por lo que aparece el miedo irracional.

3.34.7. Reacción depresiva: Provocada por múltiples factores causales que se manifiestan en grado y variables como histéricas, obsesivas, de angustia e incluso psicósomáticas.

3.35. Personalidad antisocial

Noyes, también opina que una *persona adulta como antisocial* proviene de un desarrollo inadecuado desde una *niñez* infeliz. Siendo así, podría pensarse el comienzo, *sufrimiento y frustración con riesgos psicópatas en un futuro*.⁶⁷

3.36. La ansiedad

Por tanto, la ansiedad, se define:

“Estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo”⁶⁸

Davidson, cita a Hall (1954), quien estudió que Freud (1895), publicó acerca de la *ansiedad neurótica* y señala que *la represión* se debe a *impulsos inconscientes del Ello* y otras fuerzas centradas más en el resentimiento, por la *privación sexual* de las personas como las *adultas*, por lo que clasifica la *ansiedad* en tres tipos principales: *ansiedad objetiva, ansiedad moral y ansiedad neurótica*.

3.36.1. La ansiedad objetiva: Se refiere a la reacción del Yo cuando una persona siente amenaza de peligro.

3.36.2. La ansiedad moral: Se refiere al desacato existente que le provoca a una persona el temor e impulso hacia el castigo próximo por lo que el *Ello* actúa por haber faltado a una regla moral.

⁶⁷ Cfr. NOYES, Arthur P. Op. cit. pp. 550-566

⁶⁸ Diccionario de la Real Academia Española. Edición 22a. 2000.

3.36.3. La ansiedad neurótica: Es la que se refiere a la expresión de los impulsos como consecuencia del castigo por esa falta de la regla moral creando la verdadera *ansiedad real* y la asociación de una necesidad al peligro externo.

Por tanto, Calderón opina de la distimia:

3.37. La distimia

Los *trastornos de las neurosis y depresión* dentro de una categoría diagnóstica pasan como herencia a corresponder *al trastorno de distimia* por lo que se sitúa dentro del *cuadro neurótico*.⁶⁹

Por lo anterior, Ledesma y Melero, señalan que los síntomas *depresivos* aportan al aprendizaje social de la *depresión neurótica* y *desvalimiento aprendido* de Seligman (1975), lo siguiente:

3.38. Aprendizaje Social de la Depresión Neurótica

Seligman estudió que muchos *deprimidos* utilizan los síntomas de *abatimiento* y *desesperanza* para llamar la atención, *granjearse la compasión o simpatía* de la gente como de los terapeutas; y tras actos fallidos se autoconvencen que la salida resulta imposible y en ocasiones imposible a pesar de suministro de refuerzos.

⁶⁹ Cfr. CALDERON NARVAEZ, Guillermo. Op. cit. p. 18.

3.38.1. Desvalimiento Aprendido de Seligman.

La depresión como *desvalimiento aprendido*, significa impotencia e imposible de evitar como castigo el ridículo, desaprobación y el desprecio, lo que genera disminución de apetito, pérdida de peso e interés por el mundo que se rodea.⁷⁰

3.39. Depresión neurótica

Rosenbluth (2007), en relación a la *depresión neurótica*, cita Winokur y cols. (1972, 1978), quienes estudiaron el *espectro depresivo* al contrastarlo con un conjunto de *individuos depresivos* con antecedentes familiares de *depresión* como lo cita a continuación:

El primer *grupo con enfermedad del espectro depresivo*, tenía menos rasgos melancólicos, más antecedentes de relaciones inestables y presentó un mayor grado de irritabilidad, exigencia y nerviosismo, por lo que los investigadores consideraron que los pacientes de este grupo tenían una forma de *depresión neurótico-reactiva*, secundaria a los rasgos de personalidad y a un estilo de vida *caótico*.

Los autores, también citan a Akistal et al. (1983), quienes describen estudios de un grupo de pacientes con *depresión* considerada como secundaria debido a rasgos característicos, arraigados y detallados con una mezcla de rasgos dependientes, histriónicos, antisociales y esquizoides concernientes a *factores evolutivos* relacionados con un *entorno adverso y caótico* del medio ambiente. Los

⁷⁰ Cfr. LEDESMA-JIMENO, Alfonso y MELERO MARCOS, Luis. Op. cit. p. 224.

investigadores señalan que los síntomas depresivos son influidos por estilos característicos de la personalidad con un tipo de vivencia cognitiva capaz y socialmente aprendida por el *sí mismo*.⁷¹

3.40. ¿Qué es realmente lo que hace a la gente neurótica?

Maslow señala que la *privación* a una persona *de ciertas satisfacciones* como el caso del agua, aminoácidos y calcio, genera a una persona se convierta en *neurótica*.

Con lo anterior, el autor logra resumir que una necesidad de un modo natural, sencillo y espontáneo convierte los datos como se generalizan en la realidad de la experiencia con características de una deficiencia duradera como necesidad básica, sólo si: *una carencia alimenta la enfermedad; una presencia impide la enfermedad; una restitución cura la enfermedad; sólo bajo determinadas y muy complejas situaciones de libre elección, es preferida por la persona afectada de esa carencia a otras satisfacciones y, se encuentra inactiva, retroceso o funcionalmente ausente en la persona sana*.⁷²

Pero, Lacan (1978), por lo anterior opina que es debido a que, este punto compete a la *sociedad*, el hecho de que una persona se resista ante la *realidad*; y a la vez, el autor formula y contesta lo siguiente: *¿Qué es el análisis de las resistencias?*

3.41. El Análisis de las Resistencias

El autor opina que el *análisis de las resistencias* se refieren a las que no intervienen ante el sujeto para tomar consciencia de la forma en que las

⁷¹ Cfr. ROSENBLUTH Michael, KENNEDY Sydney H., BAGBY R. Michael. pp. 52-53.

⁷² Cfr. MASLOW, Abraham. Op. cit. pp. 51-52.

aflicciones, perjuicios y equilibrio de su *Yo le impidan ver la realidad*; por lo que el autor propone mejor analizar, en cada momento, la relación para saber el nivel al que deba sujetarse una respuesta apoyada por su *Yo*; por lo que, al reconocer síntomas si los hay, sólo se cederá ante una intervención que recaiga a un nivel descentrado.

3.41.1. Más allá del principio del placer

Por eso, Lacan añade a este punto:

El *placer* se considera como algo que está tan unido pero retorna siempre a la muerte, por ser una vida cautiva, alienada y existente que mientras se espere a la muerte la vida solo piensa en descansar y descansar lo más que se pueda; sólo que una vez que inicia, sueña en morir, dormir y; quizás soñar.

El autor también señala, que lo concerniente a *síntomas*, es para que el sujeto se pregunte si efectuó el análisis para situarse, a donde se deba apuntar.

Con lo anterior, es como se llega a la inconsciencia del sujeto, el ignorado por su *Yo*, el desconocido por el *Yo*; Lacan prosigue, que es cuando Freud trata sobre *el proceso primario*, el que radica en el *núcleo del ser*.⁷³

Y entonces, es para poderse preguntar acerca de la *depresión neurótica*.

Por lo que, otro estudioso del tema, Lowen (1988), amplía el término de las neurosis al referirlas con la represión en personas adultas, con lo siguiente:

“El hecho de que las expresiones emotivas o las acciones motoras evoquen indirectamente recuerdos del inconsciente, se debe, en parte, a la reciprocidad

⁷³ Cfr. LACAN, Jacques. "El Seminario de Jacques Lacan". Libro 2. Editorial Paidós, SAICF, 1978. pp.71-72, 78, 80-81, 103-105, 141, 349.

entre *afecto e idea*. Exigir una actividad o liberar una emoción puede revelar las ideas *reprimidas* asociadas, (Freud, 1919)".⁷⁴

3.42. Los afectos en los sueños

Mandolini señala, basado en los escritos de Freud, que en los sueños resulta muy frecuente que el sujeto sienta emociones; y si no resultan verdaderos, es porque es incapaz de evaluar psíquicamente un *afecto*, con un contenido de representaciones y fuera de su conexión.

Por lo que el autor añade que:

3.43. Término Salud

Se puede traducir proviene de *factores por* el hecho de que cada persona ejerza entre sí, en ellos, algún tipo de impulso que ocasione algún tipo de trastorno, como en el caso de las *neurosis* y la *depresión* y con *personas de 40 a 60 años e edad*.

3.44. Significado del Término Riesgo

Mandolini, define del *término riesgo* lo siguiente:

“en todo *neurótico* siempre se descubre una oposición de deseos; o sea, la presencia de un *conflicto* psíquico producto de la privación originada por dicha oposición de deseos”.⁷⁵

⁷⁴ LOWEN, Alexander. “La Depresión y el Cuerpo”. Ed. Alianza. 2001. p. 24.

⁷⁵ MANDOLINI G., Ricardo G. Op. cit. p.154.

Capítulo IV

FACTORES QUE ORIGINAN LA DEPRESIÓN NEURÓTICA EN PERSONAS DE 40 A 60 AÑOS DE EDAD

Ibarra (2003), señala que con el tiempo se ha logrado identificar la *cuarta década de la vida humana*, como uno de los principales *factores de riesgo* de trastornos *depresivos neuróticos*.⁷⁶

4.1. Factores de la depresión neurótica

Entre los *factores* más sobresalientes que favorecen al *riesgo* de contraer algún tipo de enfermedad mental como *las neurosis* y la *depresión* en *personas de 40 a 60 años de edad*, son los siguientes:

Determinantes, biológicos, de género, por la edad, psicológicos, sociales, de pobreza, por conflictos y desastres naturales, educacionales, por los traumas, hereditarios, por la presencia de la psiconeurosis en las presiones culturales, por represión, ambiental, por la transición de la madurez, por los cambios fisiológicos durante la madurez para los hombres y las mujeres, por la Influencia de la sociedad ante el envejecimiento, accidental: por las exigencias de la realidad, accidental: por la coerción de la evolución, accidental: por el incremento paulatino de la libido, de constitución sexual, accidentales o de privación, por enfermedades físicas y graves, por comorbilidad, por procesos migratorios, por una opinión pública, por los conflictos externos, patogénico de la masturbación, suicidio por causas sociales, por consumo del tabaco, por consumo del alcohol, por consumo de otras drogas, por crisis evolutivas, por crisis existenciales, por baja autoestima, por trastornos psíquicos graves, por muerte o desaparición de un ser querido, por duelos, por frustración, por dificultades en la comunicación afectiva, por el desamor, duelo, fases, por regulación, aislamiento social y represión, por Las Enfermedades Degenerativas, por el estrés, por cambios hormonales humanos, por reacciones a la prejubilación y jubilación, por discriminación en el mercado laboral, por el nido vacío, por los efectos físicos y

⁷⁶ Cfr. IBARRA RAMOS, Arturo. "Menopausia". Editorial Trillas, S. A. de C. V. México, D.F. 2003. p. 169.

mentales del divorcio, por mecanismos de defensa, por situaciones laberínticas, por elementos del carácter y por elementos del temperamento; entre los principales, los que se describen a continuación:

4.1.1. Determinantes

Operan en un sistema biológico o social con una probabilidad para desarrollar una enfermedad en términos de poblaciones sanas: biológicos, psicológicos, sociales, económicos, demográficos, sexo, edad, amenazas graves (conflictos armados y desastres), enfermedades físicas y entorno familiar.

Riesgo: Evolución de las enfermedades.⁷⁷

4.1.2. Biológicos

La relación que existe entre diversos trastornos mentales y la existencia de alteraciones de la comunicación neuronal.

Riesgo: Casi todos los trastornos mentales graves y frecuentes se asocian y se componen genéticamente.⁷⁸

⁷⁷ Cfr. GOBIERNO FEDERAL SALUD. "Programa de Acción Específico. Atención en Salud Mental 2007-2012". Ed. Secretaría de Salud, 1ª. Edición, 2008. p. 30.

⁷⁸ *Ibíd.*

4.1.3. De género

Existen diferencias entre las tasas de depresión de la población masculina y la femenina por lo que guardan una estrecha relación en las diferencias con la edad; se maneja la probabilidad de que la población femenina adulta a partir de los *40 años de edad*, se vea sometida a más factores estresantes, reales y subjetivos como el caso de violencia doméstica y sexual. En los conflictos raciales y desastres naturales la carga principal generalmente la reciben las mujeres.

Riesgo: Esta situación cobra relevancia a medida que aumenta el número de individuos con trastornos mentales crónicos cuya asistencia corre a cargo de la comunidad, como en el caso de depresión.⁷⁹

4.1.4. Por la edad

La prevalencia de ciertos trastornos mentales tiende a aumentar con la edad y se consideran padecimientos de larga duración.

Riesgo: La detección tardía muestra las enfermedades muy evidentes como la *depresión* en los adultos a partir de los 40 años de edad, si persisten y no se atienden a tiempo, la depresión se desarrollará con problemas de discapacidad física a partir de los 60 años, Katona y Livingston (2000).⁸⁰

4.1.5. Psicológicos

El comportamiento humano en parte se configura por la interacción del *individuo* con el entorno natural o social, es favorable o desfavorable desde la *niñez* y directamente de los padres o cuidador; por lo tanto, los trastornos

⁷⁹ Cfr. GOBIERNO FEDERAL SALUD. Op. cit. p. 31.

⁸⁰ Cfr. GOBIERNO FEDERAL SALUD. Op. cit. p. 32.

mentales podrán ser considerados por un mal comportamiento de adaptación mal comprendida a lo largo de la vida, la ansiedad y la depresión pueden ser la consecuencia vital de incapacidad para afrontar la vida estresante generada.

Riesgo: Por lo general, las personas que obtienen esta incapacidad para afrontar adaptarse a un acontecimiento vital y estresante tienen más probabilidades de padecer *ansiedad o depresión*.⁸¹

4.1.6. Sociales

Se les relaciona con frecuencia como trastornos mentales debido a la urbanización, la pobreza y la evolución tecnológica; los efectos varían conforme a situaciones como la económica, sexo, raza y las características étnicas.

Riesgo: Las características de la urbanización sobre todo la moderna, pueden ocasionar efectos nocivos sobre la salud mental por la influencia de *factores estresantes* más frecuentes por la influencia de los acontecimientos vitales adversos, como es el caso de la contaminación, pobreza, dependencia de una economía monetaria, altos niveles de violencia y el escaso apoyo social, Desjarlais et al. (1995).⁸²

4.1.7. De pobreza

La pobreza consiste en la carencia de dinero o posesiones materiales, se puede generar trastornos mentales por la insuficiencia de medios y la falta de recursos sociales o educativos del comportamiento del ser humano. La relación entre pobreza y salud mental es compleja y multidimensional que corresponden a algunos trastornos mentales; y entre ellos, la *depresión neurótica* por causa de la

⁸¹ *Ibidem.*

⁸² *Ibidem.*

pobreza así como la prevalencia a lo largo de la vida; o sea, desde la infancia al padecerla y hasta la vida adulta y adulta mayor. En la vida adulta pueden ser generados por la falta de empleo; Kessler et al., (1994); Saraceno y Barbui (1997).

Riesgo: Lo anterior ocasiona que los padecimientos mentales como la *depresión* prevalezcan a lo largo de la vida y ocasionen se generen otras enfermedades y riesgos hacia la muerte.⁸³

4.1.8. Por conflictos y desastres naturales

Los conflictos como las guerras, agitación social y desastres naturales, afectan a un número muy extenso de personas y les ocasionan enfermedades mentales, sobre todo en países en desarrollo donde la capacidad para enfrentar conflictos es sumamente limitada, por lo que se considera que entre una tercera parte y la mitad de las personas afectadas por una situación de esta naturaleza, sufren de *angustia* y genera el trastorno de *estrés postraumático* a menudo acompañado de *depresión o ansiedad*. La presencia de desastres naturales trae como consecuencia a las personas que la sufren, un efecto negativo para su salud tanto en los aspectos físico, mental y social, por lo que vale la pena de principio acudir a los programas emergentes de atención psicoterapéutica directa de profesionales por la tragedia causada y controlar la aflicción, el duelo, conductas violentas y consumo excesivo de alguna sustancia adictiva por parte de las personas afectadas.

Riesgo: Lo anterior, causa un gran impacto de salud social y masivo bastante grave, serio para generar en cualquier persona en la sociedad alguna enfermedad mental, entre ellas la depresión por las heridas emocionales, pérdida de seres queridos y pérdidas materiales como los hogares.⁸⁴

⁸³ Cfr. GOBIERNO FEDERAL SALUD. Op. cit. p. 33.

⁸⁴ *Ibidem*.

4.1.9. Familiares y ambientales

La enfermedad mental depende del entorno social de cada *individuo*, por lo que su aparición estriba de diversos factores sociales adversos o favorables, significativos para desencadenar factores estresantes sucesivos hacia el trastorno mental o físico.

Riesgo: Padecer depresión u otra enfermedad hasta concretar un posible suicidio por la pérdida de un trabajo, pérdida del cónyuge, cambio de residencia.⁸⁵

4.1.10. Educativas

Todos los *factores educativos* tienen por mira el coartamiento de aquellos deseos. Ledesma y Melero, señalan que el fracaso por sus repercusiones conlleva a la frustración.

Riesgo: Genera el factor desencadenante de la *depresión* desde la *infancia y adolescencia* y hasta la *madurez*, como las *personas de 40 a 60 años de edad*, por la persistencia de la frustración derivada por el desajuste de personalidad que se lleva consigo.⁸⁶

4.1.11. Por los traumas

Mandolini señala que Freud, nunca abandonó la teoría de *el trauma* como uno de los factores desencadenantes de *las neurosis* y que, asimismo, en su primera teoría de los instintos considera que en el *Hombre* actúan dos tipos: el *sexual (libidinoso)* y el de *conservación (valor del peligro)*.

⁸⁵ Cfr. GOBIERNO FEDERAL SALUD. Op. cit. p. 34.

⁸⁶ Cfr. Cfr.LEDESMA-JIMENO, Alfonso y MELERO MARCOS, Luis. Op. cit .p. 81.

Riesgo: El impulso sexual o libidinoso es el responsable de los trastornos neuróticos.⁸⁷

4.1.12. Hereditarios

Ferenczi, señala que el psicoanálisis reconoce la posibilidad de que los factores hereditarios pueden también influir en la forma peculiar de la *depresión y de las neurosis*.

Riesgo: El autor los atribuye coincidiendo con los estudios realizados también por Freud, en la opinión de que una afección adquirida en la *niñez* se debe al medio ambiente, porque se trata de herencia en cuanto a las impresiones mentales anormales; y en los que un menor se expone desde edad tierna, puesto que generalmente, todo niño y niña anhelan ser como sus padres y por ello, no se puede sorprender si los niños hacen suyos, no solamente las reales o supuestas ventajas de sus padres, sino también sus peculiares modos de ser y *síntomas neuróticos*.

4.1.13. Por la presencia de la psiconeurosis en las presiones culturales

Ferenczi también agrega que la psiconeurosis se comprenden como más frecuente en la mujer, representan para este género el hecho de enfrentarse a presiones culturales comparándose con el otro sexo. Por ello, expresa el autor que en el caso del matrimonio, en lo moral, existen de dos tipos: una que se aplica al esposo y el otro a la esposa.

⁸⁷ Cfr. MANDOLINI G., Ricardo G. Op. cit. .p. 152.

Riesgo: Lo anterior señala el autor, se debe en base a que mucho de lo que se les permite a los hombres desde su *juventud*, es negado a las mujeres, no sólo en la realidad misma, sino también en la fantasía.

4.1.14. Por represión

La sociedad castiga mucho más estrictamente los deslices sexuales de la mujer que los del hombre. Las pulsaciones periódicas de la sexualidad femenina como la pubertad, menstruaciones, preñez, parto y climaterio; requieren de parte de la mujer una *represión* mucho más fuerte que la que es necesaria de parte del hombre; aumentan la incidencia de las *psiconeurosis* que reflejan una abrumadora mayoría de esta enfermedad en las mujeres.

Riesgo: En este caso, las *neurosis*, Ferenczi cita que Freud las distingue como el estado nervioso de toda irregularidad actual en la fisiología de la función sexual que actúa como una causa de enfermedad en la intervención de *factores psicológicos*.⁸⁸

4.1.15. Ambiental

Mandolini, opina que un *individuo* que se encuentre gozando de buena salud y amor, pertenece a aquel objeto externo, que es real en su Mundo; y sólo existen dos caminos para mantenerse con la posibilidad de estar sano: el primero, que puede ser, transformar la tensión psíquica en una acción orientadora hacia su mundo exterior; o el segundo, que se acabe por lograr en Sí una satisfacción real de la libido o sublimar lo estancado para alcanzar fines no eróticos.

Riesgo: Si en el momento todo objeto cambia al sujeto o le es desaparecido agrega el autor, entonces caerá en la enfermedad nerviosa por la

⁸⁸ Cfr. FERENCZI, Sandor. Op. cit., pp.19-28.

abstinencia o la falta de satisfacción que el sujeto ya tenía con anterioridad. Lo anterior hará que surta efecto un estancamiento de la libido y por consiguiente resulte le provoque una tensión psíquica sin elección para descargarla.⁸⁹

4.1.16. Por la transición de la madurez

Papalia y cols. señalan que esta transición se presenta desde los *40 hasta los 45 años de edad* porque estas *personas maduras* es cuando se cuestionan casi todos los aspectos y valores de su vida, junto a la cada vez mayor toma de consciencia, de que su tiempo de vida se está limitando; lo planeado o propuesto no ha sido logrado y terminado antes de envejecer y de morir. Los sucesos físicos y psicológicos afectan a un gran número de personas, tanto a hombres como mujeres, en el cruce de la adolescencia a la madurez.

Riesgo: La transición pudo o no haber sido vivido satisfactoria y plenamente; y de ser así, dependerá sólo de la distinta personalidad y situaciones específicas con la factibilidad de que estos adultos entren en *crisis emocionales*.

4.1.17. Por los cambios fisiológicos durante la madurez para los hombres y las mujeres

Papalia y cols, opinan que:

Para las mujeres: El evento biológico de la vida en cualquier mujer es cuando deja de menstruar y ya no puede ser madre, sucede entre las edades de los *30 hasta los 60 años*, por lo que las autoras citan a Upjohn (1983), quien asevera con más precisión que lo anterior ocurre a las mujeres entre los *48 a los 52 años de edad* porque el organismo lo padece en un lapso de tiempo de entre 2 a 5 años. Esta serie de cambios fisiológicos es lo que conduce a la *menopausia* a

⁸⁹ Cfr. MANDOLINI G., Ricardo. Op. cit. p.154.

las mujeres adultas de las edades señaladas; los síntomas, les provoca repentinas sensaciones de calor que invaden su cuerpo y diversos trastornos derivados de esa reducción en la producción de hormonas femeninas como son los “*estrógenos*” (*climaterio*), aunado a otros como detonante y causante de la *depresión*.

Para los hombres: Hasta en edad avanzada, algunos son padres; por lo que Papalia y cols. mencionan que también algunos de ellos por los cambios biológicos, sufren de disminución de fertilidad, frecuencia del orgasmo y un aumento de la impotencia; por ello las autoras citan, además, a Beard (1975), quien señala la existencia de ciertas fluctuaciones cíclicas en la producción de hormonas como el sufrimiento de algunos padecimientos y síntomas como la presentación de fatiga, inadaptación sexual, molestias físicas difícilmente definibles, Kimmel (1974); y por los trabajos de Henker (1981), en la que algunas personas por las causas antes citadas sufren también *depresión*.

Riesgo: Se suman, en algunos casos, un conjunto de problemas psicológicos especialmente *los depresivos* por la dificultad para las mujeres y hombres adultos de reconocer esos cambios físicos y naturales al envejecimiento, Ballinger (1981).

4.1.18. Por la Influencia de la sociedad ante el envejecimiento

Papalia y cols. señalan que se resalta la importancia con el hecho de ser *joven para hombres y mujeres*; y para ambos géneros, el hecho de tener más de *40 años de edad*, señala se sienten *sometidos y oprimidos ante la sociedad* por corresponder a la transición de *etapa adulta desvanecida: canas, piel áspera, arrugas, patas de gallo*; por lo que las autoras citan a Sontag (1972), quien afirma que con estas características basta para *adultos de 40 a 60 años de edad*, se les genere la *crisis de madurez* con las *cargas de sufrimiento*; y la realidad, de que la juventud se ha perdido, Neugarten (1975).

También Papalia y cols. opinan que, existen personas quienes se sienten productivas y vigorosas, aún a sus *75 años de edad*, mientras que otros, al rebasar los *40 años de edad*, ya se sienten viejos.

Riesgo: Las autoras consideran de vital importancia para tal efecto, citar a Erikson (1963), porque mediante sus investigaciones sostiene que la *crisis* es generada por el *estancamiento individual*, que suele ocurrir *a partir de los 40 años*; y que si, se desarrolla en exceso, para algunos *puede conducir a la autoindulgencia e invalidez física o psicológica*.⁹⁰

4.1.19. *Accidental: Por las exigencias de la realidad*

Mandolini, señala que este *factor* consiste en exigencias provenientes de la realidad que van surgiendo paralelamente al curso de una vida, variando con la edad del sujeto desde la *niñez* hasta la *adulthood*.

Riesgo: El autor opina que estas exigencias provenientes de la realidad se tropiezan con fuertes fijaciones libidinosas que se oponen a cualquier desplazamiento de los requeridos para poder adaptarse a las exigencias anteriores. La causa también radica en existencias de la realidad, en la que se responde con *fijación exagerada*.

4.1.20. *Accidental: Por la coerción de la evolución*

Mandolini, agrega que se fijan hacia *factores* en cuanto a sujetos que traspasan la edad *infantil*.

⁹⁰ Cfr. PAPALIA, Diane E., WEDKOS OLDS, Sally y DUSTIN FELDMAN, Ruth. Op. cit. pp. 495-501.

Riesgo: El autor opina que surge una coerción en toda evolución, cuando desde la *infancia* no se logra alcanzar una completa capacidad de goce en el desarrollo de la vida hasta la *adulthood*.

4.1.21. *Accidental: Por el incremento paulatino de la libido*

Además, Mandolini señala que el incremento paulatino de la libido se debe por el surgimiento espontáneo de *las neurosis*, sólo que es el descubrimiento de la existencia de una modificación la causante de la enfermedad.

Riesgo: Con determinados procesos biológicos impuestos por el mundo exterior se generan en aumento las aspiraciones libidinosas.

4.1.22. *De constitución sexual:*

Estos factores, opina Mandolini, corresponden a la fijación sexual del individuo.

Riesgo: Desencadena *neurosis, depresión y psicosis*.

4.1.23. *Accidentales o de privación*

El autor destaca la importancia de estos *factores* por la privación en la constitución sexual de un *individuo*.

Riesgo: El autor opina que se desencadena *enfermedad mental y las neurosis, depresión, psicosis* por la presencia de la *represión*.

En base a lo anterior, Mandolini señala que una parte de la personalidad manifiesta determinados deseos y la otra se opone y los rechaza y sin un conflicto de esta clase, no hay neurosis.⁹¹

4.1.24. Por enfermedades físicas y graves

El caso de las enfermedades físicas como VIH, SIDA y cáncer son graves.

Riesgo: Estas y otras enfermedades graves afectan la salud mental de un individuo como la de su familia, por el *estrés psicológico* que se genera en el ambiente desde la *ansiedad y depresión*, hasta trastornos de adaptación mientras todos estén sujetos a la *angustia, ansiedad* además por la pérdida prematura de un pariente afectado.⁹²

4.1.25. Por Comorbilidad

Corresponde este término al proceso integral de dos o más trastornos mentales con incremento a la discapacidad, mayor asociación con la mortalidad prematura y superiores costos económicos para el paciente y su familia.

Riesgo: Se asocian otros padecimientos orgánicos transmisibles; y la persistencia de dos o más trastornos mentales pueden limitar la integración del diagnóstico complicando el proceso prescriptivo así como la coexistencia de la *ansiedad y depresión*.⁹³

⁹¹ Cfr. MANDOLINI G., Ricardo G. Op. cit. p.145.154-155.

⁹² Cfr. GOBIERNO FEDERAL SALUD. Op. cit. p. 34.

⁹³ Cfr. GOBIERNO FEDERAL SALUD. Op. cit. p. 35.

4.1.26. Por procesos migratorios

Ledesma y Melero, señalan que los procesos migratorios generan *reacciones depresivas* en los sujetos cuando emigran. Lo anterior por investigaciones realizadas a *individuos* que refieren problemas que ocurren en los lugares que son el punto de origen, de una emigración masa y pierden así una parte importante de su población. Más bien, les ocurren *tensiones* a estos sujetos en el seno de las poblaciones que acogen a la inmigración, así como los problemas de quienes regresan a sus lugares de origen al cabo de un tiempo, la reemigración.

Riesgo: El hecho de que estas personas que emigran tengan que atravesar las cuatro etapas propuestas por Bink y Saunders (1977), que las refieren con dominancia en este aspecto: *etapa de luna de miel, etapa depresiva; etapa de adaptación y etapa de rechazo de la cultura originaria.*⁹⁴

4.1.27. Por una opinión pública

Jung, señala que el ser *miedoso, tímido o mojigato* se podrá comprender en cierta manera de que exista la causa y reside más bien, en la *observancia cuidadosa* de ciertos *factores exteriores* que son llamados de *opinión pública, respetabilidad o buen nombre*, en el que a nadie se le pudiera confiar de ciertas cosas de *sí mismo*; y le provoca miedo como si fuera un acto peligroso tomar consciencia de hacerlo, por lo que el autor plantea: *¿Pero, es que hay en el Hombre algo más fuerte que Él mismo?* Y por lo anterior, el autor responde: *es que no se puede olvidar que toda neurosis va acompañada por una cantidad equivalente a una cantidad de desaliento; y al tratarse del Hombre, es que éste es neurótico en la medida en que ha perdido la confianza en sí mismo; por lo que basta el considerar, por tanto, que una neurosis es un fracaso humillante; más*

⁹⁴ Cfr. LEDESMA-JIMENO, Alfonso y MELERO MARCOS, Luis. Op. cit. pp. 82-83.

aún, asimismo, sentida por todos lo que no son enteramente *inconscientes* de su propia *psicología*.

Riesgo: Que el *Hombre* quede derrotado por algo *irreal* con síntomas imaginarios, tanto que se apodere de su personalidad entera, con *sentimientos de inferioridad*.

4.1.28. Los conflictos externos

Jung, por tanto, señala que las *personas a partir de los 40 años de edad*, están rebasando la etapa *adulta* y se enfrentan durante toda la vida con problemas o *conflictos* de otros *factores* que les han sido difíciles de controlar.

Riesgo: Por lo que, agrega el autor, existe el peligro de sentir miedo y vergüenza de *sí mismo*.⁹⁵

4.1.29. Patogénico de la Masturbación

Ferenczi, cita que Freud encontró en el exceso de masturbación el *factor* causal de la *neurosis neurasténica* en sentido estricto; y recalcó que, de lo que se trata, es de un excesivo onanismo. Las *personas* muy frecuentemente se esfuerzan por *suprimir* esta pasión, pero mientras intentan escapar de la neurastenia pueden naufragar en una *neurosis de angustia* o *psiconeurosis*, por lo que la masturbación es un *factor patogénico* que trata de disminuir la *tensión sexual* del organismo por medio de sustitutos inútiles; o como dice Freud, *por medio de una descarga inadecuada*. Esta forma de satisfacción cuando es excesiva deja exhaustas las fuentes neuropsíquicas de energía. Por tanto, el instinto sexual es considerado como uno de los *instintos* más poderosos de todas las criaturas vivientes desde la más temprana edad, por lo que todas las fuerzas culturales trabajan en la *represión* de este instinto.

⁹⁵ Cfr. JUNG, Carl Gustav. Op. cit. p. 26.

Riesgo: El autor refiere que las ideas éticas logradas durante la educación por medio del precepto y el ejemplo como la consciencia, la decencia, el honor y la consideración impuesta por la sociedad, así como también los mandamientos u órdenes, amenazas y castigos de la autoridad eclesiástica y civil, erigen en la mente una *poderosa censura* contra la actividad desenfrenada de los instintos sexuales.⁹⁶

4.1.30. Suicidio por causas sociales

Las personas se matan a *Sí Mismas* debido a motivos de alucinación o delirio. Por ello, las investigaciones de Rivera, arrojaron resultados cuyo índice de mortalidad se debió a locura, alcoholismo, raza, religión, latitud geográfica, estaciones, temperatura, herencia, campo-ciudad y variables en las que la autora cita a Emile Durkheim (1897), quien comparó y concluyó que los suicidios se deben por *factores sociales*.⁹⁷

Por lo anterior, se suma Greden (2003), con lo destacado por Rivera y sobre ello opina:

Riesgo: El suicidio es una consecuencia catastrófica de la *depresión*, por lo que hace el incalculable *sufrimiento humano* y como uno de los trastornos más caros en términos *humanos y económicos*.⁹⁸

⁹⁶ Cfr. FERENCZI, Sandor. Op. cit. pp .28-29,35-36.

⁹⁷ Cfr. RIVERA H., María E. Op. cit. pp.15-16.

⁹⁸ Cfr. GREDEN, John F. Op. cit. p.51.

4.1.31. Por consumo del tabaco

La doctora Kousmine de Lutry (1988), señala que la gente más bien tiene la impresión ilusoria de sentirse *estimulada* y siente la capacidad de desarrollarse mejor en un espacio, que sin darse cuenta; al proponérselo, puede consumir por día hasta 20 o más cigarrillos. Y por testimonios de los pacientes de la autora, el consumo en masa de tabaco es testimonio del desconcierto interior de la falta de adaptación a las *tensiones sociales e individuales* de la actualidad, de la creciente *debilidad nerviosa* de los individuos, por lo que un 50, a un 60 por ciento de los fumadores, son de *humor inestable, depresivos, melancólicos*. Son incapaces de alegría y goce espontáneos; *no aceptan la realidad*; o bien, tratan de engañar su aburrimiento.

. **Riesgo:** La *habituación al tabaco* y el atractivo que ejerce, son tan fuertes que sólo un 20 a un 25 por ciento de los fumadores, pueden liberarse de tal adicción, inclusive, con ayuda médica, por lo que se suma como otras enfermedades, al padecimiento de *cáncer*.

4.1.32. Por consumo del alcohol

Kousmine de Lutry expresa, que *para hablar del alcohol* se debe, porque los perjuicios por su consumo van en aumento. El *adulto huye* de tal modo de su *ansiedad, sentimiento de insatisfacción, inseguridad y su malestar psíquico*.

Riesgo: En la actualidad se han registrado índices altos de internamiento por alcoholismo en clínicas médicas aproximados; para el caso de los *hombres* de 30 a 60 años de edad entre un 60 por ciento; y para las *mujeres* con la misma edad, hasta un 16 por ciento.

4.1.33. Por consumo de otras drogas

La autora señala que una *droga* es toda sustancia química que penetra en el cuerpo y modifica los procesos normales de la mente o del cuerpo. Algunas drogas matan microbios patógenos, algunos aceleran la curación; y otros tratan los síntomas para que la persona se sienta mejor bajo prescripción e inducción médica.

Riesgo: Kousmine de Lutry agrega, que por dicha inducción o prescripción médica o la facilidad ilegal del sujeto que tenga para obtener una droga y a causa de sus propiedades, se genera la dependencia o toxicomanía humana.⁹⁹

4.1.34. Por crisis evolutivas

Sanz (2002), opina que estas *crisis evolutivas* se derivan por desajustes en torno a diferentes momentos del desarrollo físico, que indican que una etapa de la vida *inicia* y otra *concluye*. Cada etapa implica cambios *psicológicos* y *sociales* por el cambio de *status*, *comportamientos*, *valores*, *intereses* y *exigencias sociales*. Sin embargo, pueden constituir un grave problema en la sociedad en cuanto a la inadaptación o confusión para muchas personas. Con lo anterior, se constituye un laberinto en cuanto al camino o caminos por recorrer para llegar al mismo sitio, así como ejercer un duelo y despedirse de un laberinto de lo que fue, para integrarse a otro, *como la realidad de llegar a cierta edad, como el caso de las personas de 40 a 60 años de edad*.

Riesgo: No pensar en la realidad y querer escapar del hecho de llegar a determinada edad.

⁹⁹ Cfr. KOUSMINE DE LUTRY, Catherine. "Salve su Cuerpo". Ed. Javier Vergara Editor. Buenos Aires Argentina, 1988. pp. 223, 241-242.

4.1.35. Por crisis existenciales

Sanz, también señala que las *crisis existenciales* pueden aparecer en cualquier momento de la vida a partir de algún acontecimiento inesperado como, *la muerte de un ser querido, accidente o incidente grave, ruptura de pareja, enfermedad física o psíquica propia* o en el entorno familiar; *situación de desempleo o relaciones de malos tratos* que generan *vivencias confusas, caóticas* y, subjetivamente sin salida.

Riesgo: La autora opina que las *crisis existenciales* suelen manifestarse por falta de *deseo sexual o psicoterapéutica* en que la *tristeza, angustia, temor, envejecimiento*, como causas externas conduzcan *hacia la depresión*.

4.1.36. Por baja autoestima

Sanz opina, que la *autoestima baja* puede aparecer en muchos momentos de crisis: *por el abandono de la pareja, influencia social, estética, mensajes publicitarios, no ser reconocidos por otros, por las arrugas y por la edad*, como el caso de *personas a partir de los 40 años*.

Riesgo: Los malos tratos físicos y psicológicos visibles o sutiles envuelven a estas *personas* para llegar al laberinto sin llegar a conocer la clave para salir, e influyen al padecimiento de *las neurosis y la depresión*.

4.1.37. Por trastornos psíquicos graves

Sanz señala, que los *trastornos psíquicos graves* corresponden más bien, a experiencias llamadas enfermedades o trastornos mentales o *drogodependencias*; y se suman a la angustia; y bloquean para experimentar una sensación de vacío

absoluto y falta de sentido en la vida de las personas, por situaciones de mucha *frustración, incertidumbre y caos*. Muchas de las fantasías se centran en la huida de la situación frustrante.

Riesgo: La autora expresa que los comportamientos de las *personas adultas* responden a *vivencias subjetivas, emociones, conflictos, mecanismos de defensa, miedo de querer enfrentar y sufrimiento* para tratar de resolverlos; y no logran encontrar la salida para vivir plenamente.

4.1.38. Por muerte o desaparición de un ser querido

Sanz además, opina que cuando un ser querido muere, se percibe como uno de esos momentos de algo de *sí mismo*, que también desaparece por la historia que no se detiene por haber sido formada, compartida; con recuerdos por lo que la vida para algunos adultos, ya no es la misma, y lloran por el ser que se va.

Riesgo: El consuelo, agrega la autora, es difícil por una muerte o arrebato inesperado, mientras que la preparación de una muerte anunciada, el tiempo lo soporta para enfrentarlo.

4.1.39. Por Duelos

Sanz, señala que los *duelos* pertenecen a situaciones de *crisis y transformación* que se desencadenan por la sensación de una *pérdida de persona, una relación, la juventud, un trabajo, fantasías, familiares, parejas, exparejas, amistades* o, con *sí mismo*.

Riesgo: La autora dice que se requiere de un tiempo para tratar de olvidar y buscar soluciones o salidas en función de las *creencias, valores, fantasías normativas, personales y sociales*.

4.1.40. Por Frustración

Sanz también opina sobre la *frustración* que sitúa dentro las expectativas que se tengan y no se cumplan, por algo o alguien que lo impida, algo que se anhele y no se logre concluir; la relación y ruptura conflictiva de una pareja, el envejecimiento, una enfermedad o la muerte de una persona muy querida.

Riesgo: Por lo que la autora señala que la actitud negativa progresa e imposibilita el dirigir la energía vital de manera creativa y plena, al afectarse, por la *frustración* derivada de sensaciones de impotencia.

4.1.41. Por dificultades en la comunicación afectiva

Sanz opina, que el lenguaje y sus distintas formas de expresión, poseen un fuerte contenido emocional en el que se incluyen los *sentimientos, pensamientos, valores y creencias*, por lo que a todos los *seres humanos* les permite entenderse unos con otros de distintas maneras.

Riesgo: La autora dice que existe una gran complicación de comunicarse unas personas con otras, como ser escuchadas; por lo que, con ello se genera en las diferentes culturas, sociedades y países, el fomento de la falta de autoestima en cada persona.

4.1.42. Por el desamor, duelo, fases

También Sanz agrega que *el desamor, duelo y fases*, se relacionan con las expectativas amorosas y afectivas de los *padres, relación de pareja, los hijos* y con el *sí mismo*; de algo vivido y que no volverá.

Riesgo: La autora refiere que el aumento de las fases de duelo corresponden a la *negación* por rechazar lo que acontece y se niega; *ira* por sentir cólera frente a quien genere frustración; *negociación* como pacto interno de solución y esperanza; y finalmente *aceptación*, por la integración y aceptar querer vivir con paz y tranquilidad.¹⁰⁰

4.1.43. Por regulación, aislamiento social y represión

Rivera, por tanto, cita a Emile Durkheim (1897), quien sustenta que el incremento del número de suicidios en el mundo es influido por *factores sociales* como son el grado relativo de *regulación, aislamiento social* y la *represión* de los *individuos* en la sociedad. Por lo que la autora señala que el *suicidio* es la consecuencia de la naturaleza de la relación del *individuo* con la sociedad.

Riesgo: El *suicidio* es la consecuencia de la naturaleza de la relación del *individuo* con la sociedad.¹⁰¹

4.1.44. Por Las Enfermedades Degenerativas

Kousmine de Lutry (1988), señala que degenerar significa la pérdida de cualidades propias de una raza; y son denominadas como *enfermedades crónicas degenerativas* las afecciones en las que se producen a nivel de los órganos o de

¹⁰⁰ Cfr. SANZ, Fina. "Los Laberintos de la Vida Cotidiana". Fina Sanz y Editorial Kairos, S.A. Barcelona, 2002, pp. 53-71.

¹⁰¹ Cfr. RIVERA H., María E. Op. cit.. p. 15.

los tejidos sin causa aparente; y lesiones que alteran el funcionamiento orgánico cuando no reciben el tratamiento adecuado. Por lo general son progresivas y además, por ser congénitas a veces son benignas, funcionales y fáciles de corregir; otras son importantes, graves, invalidantes o mortales.

Riesgo: La autora señala que hace dos generaciones los individuos que se afectaban eran principalmente personas a partir de los 60 años de edad. Pero, en la actualidad gente debajo de dicha edad, *personas de 40 a 60 años*, es atacada con las *enfermedades degenerativas*, entre las que se pueden mencionar con padecimientos del cáncer, por lo que la raza se degenera; y repercute a las *neurosis* y la *depresión*.¹⁰²

4.1.45. Por el estrés

Ivancevich y Matteson (1985), refieren que el organismo es el *Humano* y el medio ambiente que lo rodea puede consistir en propiedades físicas como el calor, el ruido y la contaminación, por lo que el estrés *implica la interacción del organismo propiamente con su medio ambiente*, por lo que las características situacionales, por sí solas pueden resultar, o no, inadecuadas para un *individuo* sometiéndolo a los diferentes niveles de *tensión*.

Los autores definen el *estrés* el que consiste en *la respuesta fisiológica o psicológica que manifiesta un individuo ante un estresor ambiental*. Lo que causa *tensión* o *estrés*, se deriva de cada *situación* o *evento externo*, suficientemente dañino para *la salud humana*, por lo que conviene considerar que las situaciones o eventos señalados como *factores*, contribuyen en lo diario de cada individuo el tipo de evento que se trate para corresponder al tipo de daño o nivel de *neurosis*, con el tipo de *carga emocional de angustia*, a la vez por el tipo de *conflicto* que se presentó.

¹⁰² Cfr. KOUSMINE DE LUTRY, Catherine. Op. cit. pp. 26-27,30-31.

Por consiguiente los autores amplían este estudio con la Historia del Estrés de acuerdo a lo siguiente:

4.1.45.1. Historia del Estrés

Citan los autores que el término data desde antes del descubrimiento de la propia Historia en que el *estrés* comenzó a cobrar un auge impresionante y en griego se define como *stringere*, que significa provocar *tensión*, Skeat (1958), por lo que este término fue utilizado por primera vez alrededor del *Siglo XIV*, hasta como se le reconoce en la actualidad.

En resumen de lo anterior, *el estrés o tensión emocional*, constituye la combinación de *la interacción de los estímulos ambientales y la respuesta idiosincrásica de una persona*.

Riesgo: Los autores agregan que el *estrés* se genera en personas de todas las edades pero de manera más acentuada en los adultos, como es el caso de *personas de 40 a 60 años de edad*. Las consecuencias del *estrés*, algunas pueden considerarse hasta cierto punto como *positivas* ocasionadas sólo por el impulso exaltado y el incremento de la automotivación; pero existen otras relacionadas como disfuncionales por provocar un *desequilibrio emocional* potencialmente peligroso.¹⁰³

4.1.46. Por cambios hormonales humanos

Greden (2003), investigó que las mujeres de mediana *edad* entre los *50 a 51 años*, tienen el mayor riesgo de padecer *neurosis y depresión*, por los síntomas

¹⁰³ Cfr. IVANCEVICH, John M. y MATTESON, Michael T. "Estrés y Trabajo". Editorial Scott, Foresman and Company. USA. 1985. pp. 17-24.

hormonales por el período amenorréico, la menopausia (Holte, 1998; Haynes y Parry, 1998). Los efectos de la transición a la menopausia y la *depresión* conocida como perimenopausia, período en que mujeres de esa edad refieren numerosos *síntomas psicológicos* asociados con numerosos *cambios sociales y psicológicos*, en la que se estima que entre el 50 al 70 por ciento llegan a experimentar *síntomas físicos y emocionales*.

Riesgo: El autor opina que muchos de los síntomas de la menopausia como las *alteraciones del sueño*, *síntomas físicos* como los *sofocos*, la *fatiga*, la *irritabilidad*, la *ansiedad* y la *incapacidad para concentrarse*, se pueden solapar con *síntomas de depresión* que complican aún más el *cuadro depresivo*.

4.1.47. Por reacciones a la prejubilación y jubilación

Schaie (2003), por tanto, señala que en estudios realizados por Ekerdt y DeVine (1993); Hayward, Friedman y Che (1998) y Atchley (1976, 2000), muestran que la *jubilación* es un proceso que se extiende a lo largo de un tiempo, por lo que se puede considerar como una serie de acontecimientos y adaptaciones que se presentan de acuerdo a la *edad cronológica* de las *personas*:

La transición difusa del marco laboral a la jubilación es más común en las personas que se retiran *a partir de los 60 años de edad*. Tal es el caso de peones y operadores ser más probable dejen el mercado laboral a partir de los *55 años de edad* que los profesionales, directivos y personal de ventas (Hayward y Grady, 1990). Por otro lado, las personas autónomas son consideradas llevar una vida laboral más larga en comparación con los demás trabajadores; se puede decir que por dos tendencias principales:

- a) La autonomía que significa tener más control sobre su propia vida laboral en la que se establece y planifica un horario propio de trabajo; y
- b) Al hacerlo de esta manera, también establece su propia edad para jubilación; sólo que esta labor autónoma a lo largo de una vida se dificulta para acumular ahorros y poder mantenerse después de la jubilación; y por ello, se tenga la necesidad de trabajar durante más años.

Hasta cierto punto, la llegada de la jubilación, también se puede considerar como la llegada de *una luna de miel eufórica*, porque en la gran mayoría de los casos *las personas en el comienzo de su jubilación intentan hacer todo lo que no les permitió hacer antes o mientras trabajaron*. Y por lo anterior esta *luna de miel*, es basada en parte en las fantasías previas a la jubilación y en la que se le da un sabor previo a una jubilación con planes de hacer todo, lo que no tuvieron la oportunidad de hacer: *como el viajar mucho lo que resulta más bien esta luna de miel que da pertenencia a aquellas personas quienes se jubilan voluntariamente; o bien, cuentan con dinero lo bastante, o mucho, para darse este tipo de luna de miel después de su jubilación*, propiamente dicho.

Este periodo de *luna de miel*, puede además tener periodos como el de *descanso, relajación y niveles de actividad* porque el *jubilado o jubilada* de su cuenta, es la decisión *tomarse las cosas con calma*. En cuanto a los niveles de actividad, éstos *aumentan*, en la *prejubilación* de un *individuo*; como *bajan*, *después de la jubilación*, mismos que aumentan en los tres años posteriores y aproximados después de la jubilación.

En la prejubilación (Stanford et al., 1991), corresponden dos clases distintas: *la primera*.- Compuesta por un grupo de personas quienes deciden jubilarse *por mala salud, bajos ingresos o desempleo; y la segunda conformada*

por personas con buena salud, ingresos por encima de la media y con planes de pensiones privados.

Riesgo: Shaie opina, que cuando las expectativas o planes no son favorables o no se cumplen y se truncan, o durante ese período el jubilado o jubilada atraviesa por la pérdida de un familiar o pareja, un duelo o enfermedad le puede ocurrir un *desencantamiento* y padecer una *depresión severa*, por estudios que el autor cita de Bossé, Aldwin, Levenson y Workman-Daniels (1991); Theriault (1994); Gall, Evans y Howard (1997), quienes revelan de personas jubiladas *que creen* sentirse más satisfechas, con mayor control, iniciativa, persistencia y responsabilidad sobre las diferentes situaciones vitales y de salud, como es el caso de tener que jubilarse anticipadamente por mala salud antes de cumplir los *60 años de edad*, por el hecho de aceptar un *envejecimiento prematuro* dentro del marco laboral.

4.1.48. Por discriminación en el mercado laboral

Schaie también opina, que una de las tareas de mayor importancia de la edad *adulta* es el poder establecer un *sueño* de lo que se quiere llegar a hacer, o ser, en la que se comienza desde la *juventud* con expectativas muy altas, por lo que el autor expresa que la calidad del trabajo parece que es un *factor o rasgo* distintivo del trabajador mayor, aunque en un estudio (Czaja y Sharit, 1998), señala Schaie, sobre una tarea asignada y de datos simulada para tres días, se les pidió a tres tipos de trabajadores de diferentes edades cuyos resultados arrojaron lo siguiente:

El primer grupo conformado por trabajadores de *30 años*; el segundo por un grupo de *40 a 59 años* y el tercero por un grupo de *60 a 75 años*. Dicho estudio encontró que las personas del *tercer grupo* hicieron la cantidad más pequeña de

trabajo, pero cuando se comparó la calidad de la producción, no había diferencias significativas en su rendimiento.

Por otra parte en otro estudio de campo, se estudió a trabajadores de *20 a 59 años de edad* en una serie de entornos laborales, encontrándose que:

- a) Trabajadores de entre los *30 a los 59 años de edad* eran los que producían la mayor cantidad de trabajo.
- b) Los que produjeron la mejor calidad de ese trabajo resultaron los trabajadores *mayores*.

Lo anterior, en base a las evaluaciones de los responsables de supervisión (Rao y Rao, 1997), como Schaie los cita, porque a pesar de los resultados anteriores que indican que los trabajadores *mayores* hacen bien sus trabajos, los *maduros* aunque es poco probable pierdan su empleo, son los que tienen más problemas para encontrarlo y más si están desempleados (Coberly, 1991).

El autor también agrega que entre los trabajadores a tiempo completo despedidos de entre los *55 a los 64 años de edad*, sólo el 20 por ciento se logra recontractar en un trabajo a tiempo completo en el que su sueldo pudiera ser similar o mayor que en el trabajo anterior (Gardner, 1995).

La Ley contra la Discriminación por la Edad en el Empleo de 1978, desde entonces, señala que *los trabajadores mayores sufren de discriminación por la edad*; y que muchos se han negado a entrar a batallas legales y en su defensa que una ley les ofrece.

Desde los años de los noventa hasta en la actualidad, existe el *índice de desempleo entre los trabajadores de 55 a 59 años de edad*, dato estadístico que además incluye a varios países del Mundo. (Kinsella y Gist, 1995).

Por lo que el Schaie también opina, que las actitudes de las *personas* trabajadoras mayores a partir de los *55 años de edad*, generalmente, son acordes con el funcionamiento eficaz de una empresa por demostrar lealtad, menos probabilidad de abandono de empleo, menor ausentismo laboral, más si gozan de buena salud, con muestras además ser trabajadoras más precavidas, cuidadosas, con menos accidentes, actitudes más positivas, con mayor satisfacción y compromiso laboral, decisión al moldeo de acuerdo a situaciones y jornadas laborales, interés personal hacia labores encomendadas y más productivas (Mortimer y Lorence, 1994).

Riesgo: En la parte *clínica y psicológica*, es de tomarse en cuenta que el *desempleo* corresponde al *factor de riesgo emocional* desencadenante en el *desarrollo de la población para personas adultas y mayores por el nivel de estrés* que les origina, la falta de habilidad social, escasos recursos económicos, ansiedad difusa, empobrecimiento individual, autoestima baja, *neurosis y depresión*.

4.1.49. Por el nido vacío

Otro de los estudios de Schaie, es el hecho de que cuando la familia compuesta por los padres y los hijos como una familia nuclear, éstos crecen, se casan, independizan, se van de viaje u otro.

Riesgo: El matrimonio vuelve a otra realidad para admitirse uno al otro que *ya no tienen mucho en común*; dejándose llevar a los casos extremos hacia el *divorcio*. Por lo general, el patrón normal es una gran satisfacción con otra relación de amor *que vuelve a renacer* (Ryff et al., 1994) Los padres de *edad comprendida entre los 45 a los 50 años*, se enfrentan a un nuevo proceso brusco de adaptación, para conformarse como *familia postpaternal*; por lo que atraviesan por efectos

psicológicos de preocupación y transiciones estresantes en la realidad, primero, de haber conformado la familia por *marido y mujer* y, después, *padre y madre* con *hijos* para posteriormente vivenciar los padres, la partida de los hijos.

4.1.50. Para los efectos físicos y mentales del divorcio

Shaie deduce, que las creencias sobre el matrimonio pueden afectar la gravedad de la ruptura matrimonial.

Riesgo: El autor señala que la *salud mental* puede afectarse por el *estrés*, la resistencia del cuerpo a las enfermedades con probabilidad al *alcoholismo* y en algunos casos, al *suicidio*. El divorcio es un acontecimiento traumático para la mayoría de quienes lo atraviesan. (Simon y Marcussen, 1999).

4.1.51. Por mecanismos de defensa

Schaie señala que Freud (1946), opina que conforme una persona va madurando, el papel del Yo se hace más importante porque utiliza trucos cognitivos a los que les llamó *mecanismos de defensa*, con los que un *individuo* trata de estabilizar sus *emociones* utilizándolos como *técnica de adaptación* en medio de sus *conflictos*, que le generan *ansiedad* como parte de su existencia por los que se *impulsa* y *frustra*, desde su *adolescencia* hasta la *madurez* y en base a su crecimiento, se ve en la necesidad de renunciar a ellas por inmaduras; y al hacerlo inmediatamente después adopta otras, en este caso corresponden ser *defensas maduras* (Vaillant, Bond y Vaillant, 1986; Vaillant y McCullough, 1998). Un mecanismo de defensa frecuentemente usado por *personas adultas* hasta la *vejez*, es la negación de la *edad* a la que se llega, por lo que corresponde, a una *represión*.

Riesgo: Para una persona *madura, negar o no aceptar la edad* que se tiene enfrenta *ansiedad e inseguridad en Sí Misma* durante el resto de su vida (Butler, Lewis y Sunderland, 1991; Thompson, Itzin y Abendstern, 1990).¹⁰⁴

4.1.52. Por situaciones laberínticas

Sanz, opina que en la vida de todos los *seres humanos* existen situaciones *conflictivas* que pueden ser *laberínticas*; sin saber por donde dirigirse, qué camino tomar y sobre todo, cuál es el centro del *conflicto* para una comprensión y evolución, por lo que las personas tengan que sentir *terror, desorientación, miedo, muerte y locura* de manera inconsciente para evadirlos frente a la *ansiedad* de los problemas no resueltos.

Riesgo: La autora señala que la inconsciencia de una persona genera la *ansiedad* para evadir los problemas no resueltos por las sensaciones del *miedo, terror, desorientación, muerte y locura*.¹⁰⁵

4.1.53. Por elementos del carácter

Aceves destaca, que el *carácter* a veces se usa como sinónimo de personalidad; otras veces, como sinónimo de fuerza de voluntad, pero incluye *factores biológicos, sociales, físicos, elementos que dependen más bien del individuo que del ambiente, actividad psíquica, condiciones de adaptación y reacción al medio; además valores ideales, educación e ideas propias religiosas o estéticas*.

¹⁰⁴ Cfr. SCHAIE, K. Warner y Sherry L. Willis. "Psicología de la Edad Adulta y la Vejez". Ed. Pearson Educación, S. A. Madrid, España. 2003. pp.158, 265, 244-258.

¹⁰⁵ Cr. SANZ, Fina. Op. cit. pp. 53-54.

Riesgo: Por lo que el autor señala, que el carácter o personalidad no evaluada desde un punto de vista ético no corresponderá a la condición de adaptación y actividad psíquica, con el adecuado entendimiento y voluntad propias en el entorno de vida de la persona.

4.1.54. Por elementos del temperamento

Aceves también agrega, que el *temperamento* es dominado y tiende a imponerse y saltar en la conducta; y cuando el *individuo* pierde el propio control, quizá es por un estímulo es fuerte o inesperado.

Riesgo: Por lo que el autor destaca, que los temperamentos pueden ser buenos o malos y por disposiciones innatas, pueden tomar también un rumbo positivo o negativo.¹⁰⁶

Cofer y Appley (1970), opinan de la motivación, como un compromiso *humano*, como el instrumento de satisfacer la necesidad. La conducta puede ocurrir debido a una fuerza aplicada externamente, como de *factores* causativos de esa conducta, por lo que existen muchas causas; y la motivación, es una de ellas.¹⁰⁷

¹⁰⁶ Cfr. ACEVES MAGDALENO, José. Op. cit. pp. 220-221.

¹⁰⁷ Cfr. COFER, C. N. y APPELEY, M. H. "Psicología de la Motivación". Edit. Trillas, S. A. México. 1970. pp. 28-30.

Capítulo V

LA PSICOTERAPIA Y/O FARMACOS

5. La Psicoterapia

5.1. ¿Qué es la Psicoterapia? y ¿ por qué o para qué?

Whittaker (1977), destaca que la *psicoterapia* es el resultado final con lo que se logra determinar por medio de la acción recíproca que pertenecen al terapeuta y al paciente, las técnicas del empleo, variables de investigación como pudieran ser problemas, estrategias de investigación, resultados de estudios, dificultades de la investigación, clases de preguntas que durante el proceso de psicoterapia, áreas de exploración o tratamiento médico especializado, se desarrollan.¹⁰⁸

Por lo que Kolb añade :

La *Psicoterapia* ocupa un lugar relevante y primordial para un especialista en clínico, su importancia se debe en este caso, a la organización y la forma de integrar los datos suficientes de cada paciente para su tratamiento en base a lo siguiente:

5.2. La Psicoterapia y las Pruebas psicológicas

El autor señala que el profesional como es el caso del *psicólogo clínico*, *psiquiatra* u otro experto, quien esté avalado de estos conocimientos; hasta en la actualidad se logra apoyar para un diagnóstico más certero, mediante la aplicación e interpretación de varias pruebas *psicológicas* de personas *maduras de 40 a 60 años de edad*; y de todas las edades, en cuanto a las capacidades intelectuales y cognoscitivas, aspectos del funcionamiento de la personalidad, la realidad y control de impulsos, signos de disfunción grave, defensas y síntomas psicológicos, conflictos interpersonales, afectos, conceptos que se pudieran presentar también respecto a *conflictos emocionales* derivados de *factores internos o externos* de la sociedad , de *sí mismo o psíquicos*, por lo que les origina las *neurosis y la depresión*.

¹⁰⁸ Cfr. WHITTAKER, James O. "Psicología". Nueva Editorial Interamericana, S. A. de C. V. Tercera Ed. 1977. pp. 610-614.

De inicio resulta de vital importancia, entre las pruebas *psicológicas* principales, se realicen para destacar la personalidad de una persona; y por lo anterior, el autor las clasifica en *objetivas y proyectivas*.

5.2.1. Pruebas Objetivas: Son aquéllas en las que siempre se requiere que el cliente o paciente pueda dar contestación a una serie de preguntas con hechos con el uso del protocolo y manual correspondientes además del lápiz y el papel. En dichas pruebas se obtendrán resultados numéricos y estadísticos del perfil. Para ello, es requerida la experiencia básica e indispensable del experto en cuanto al conocimiento, experiencia y práctica para su aplicación.

5.2.2. Pruebas Proyectivas: El procedimiento es el mismo como las anteriores, sólo que en este caso es de vital importancia se considere necesaria no sólo la experiencia del aplicador, sino también su habilidad para detectar mediante su práctica en cuanto a estímulos visuales y mecanismos psicológicos de proyección a fin de que el cliente o paciente logre revelar sus propias fantasías que han derivado a la *dísfunción emocional, neurosis, depresión* u otro padecimiento por lo que sufre.

En psicoterapia y a través del avance de las sesiones o entrevistas sucesivas es como el experto en clínica, podrá evaluar la *madurez* de la personalidad y el estado emocional de su paciente; y para las personas como es el caso de las *edades de 40 a los 60 años*, su grado de madurez de su personalidad se hará por la perspectiva que el individuo ha tenido a lo largo de su vida y trabajo. De esta manera es como el experto en clínico podrá observar el patrón propio del paciente.

Lo anterior conduce a determinar el propósito del examen del paciente, por lo que Kolb refiere, esto se logra a través de *psiquiatría o psicología clínica*, para descubrir el origen y la evolución de los trastornos de personalidad de la *persona*

que interfieren en su felicidad, satisfacciones, eficiencia, adaptación social, considerando que lo que se pretende, es lograr encontrar la dominancia anormal que prevalece de la conducta y desarrollo la personalidad de las personas en cuanto a sus problemas de *angustia* y síntomas que le han significado a lo largo de su vida.¹⁰⁹

En base a la importancia en la *psicoterapia*. Sullivan (1987), opina que, efectivamente, en la *psicoterapia* desde el inicio y con la entrevista al cliente o paciente, se programan sesiones sucesivas para un tratamiento en base a lo siguiente:

5.3. La Entrevista

Sullivan señala, que con la entrevista se lleva a cabo una estructura o un seguimiento, con el propósito desprender de la Historia del paciente los datos suficientes y necesarios para como hacia un diagnóstico más seguro y confiable, su padecimiento en lo familiar, escolar, laboral, económico, sexual y social; de una forma minuciosa y más completa; y al efecto, con la que se logrará una mejor empatía profesional psicoterapeuta-paciente; paciente-psicoterapeuta de acuerdo a los resultados que se vayan obteniendo en el protocolo de la misma y continuar con el *tratamiento de psicoterapia*.

El autor, en sus estudios es como resalta su interés para que los *psicólogos clínicos, psiquiatras o terapeutas entrenados en el área clínica*, logren brindar mejor apoyo a sus clientes o pacientes con una serie de pasos necesarios durante las sesiones programadas dentro de la estructura en su opinión, deba contener la entrevista: concepto básico, etapas, conceptos técnicos, estructura y proceso de la

¹⁰⁹ Cfr. KOLB, Lawrence C. Op. cit. pp. 235-242.

entrevista, signos diagnósticos de patrones de desorden mental, moderado y grave, observaciones y conclusión.¹¹⁰

5.4. La Entrevista como Proceso

Sullivan, opina que la entrevista se ha sugerido que es un proceso; un cambio con el que se ayuda al entrevistador a seguir una pista de lo que en un sujeto esté ocurriendo; la que puede producirse en una situación, entrevista y un cambio en la actitud del entrevistado; sobre todo parte del desarrollo de habilidad más o menos automática, cuál es un caso probable en lo que se refiere a los sentimientos del entrevistado y sobre la actitud del entrevistador.¹¹¹

De lo anterior, Maslow agrega:

Para llevar el proceso terapéutico es porque existe la enfermedad o tener síntomas.¹¹²

Tanto Sullivan, como Kolb coinciden en que la forma más idónea para poder brindar apoyo a un paciente es a través de la *psicoterapia clínica*.

Por lo anterior y por requerirse en algunos casos de padecimientos o diagnósticos previos, los autores consideran la aplicación de:

5.5. Examen Psiquiátrico

Además Kolb señala, que el *examen psiquiátrico*, se considera adecuado y realizado sólo por el profesional autorizado para quienes se les deba incluir por padecimientos mayores, crónicos, genéticos y degenerativos, una cuidadosa exploración física y neurológica, junto con todas las pruebas de laboratorio

¹¹⁰ Cfr. SULLIVAN, Harry Stack. "La Entrevista Psiquiátrica". Editorial Psique. Buenos Aires, Argentina. 1987. pp. 22-52.

¹¹¹ Cfr. SULLIVAN, Harry Stack. Op. cit. pp. 53-67.

¹¹² Cfr. MASLOW, Abraham. Op. cit. p.34.

indicadas que darán soporte para la detección de todos los *factores estructurales, funcionales, somáticos y metabólicos*, como es el caso de los psicóticos, en lo que El autor opina que estos pacientes pueden no quejarse aunque sufran de enfermedades orgánicas graves.¹¹³

5.6. Los fármacos

Referente a los fármacos, Linares los sitúa dentro del soporte a tratamientos de los *trastornos afectivos*, recetados por *médicos o psiquiatras* autorizados quienes seleccionan a qué tipo de tratamiento, forma, uso, duración, consideración, abordaje y situación de manera particular, a pacientes corresponderán.¹¹⁴

5.7. Antidepresivos y Farmacología

En cuanto a los antidepresivos Uriarte (1983), señala que la *farmacología* de la *depresión* se inició en el año de 1956 por lo que cita a Kuhn (1970), quien informa que la *imipramina* ejercía efectos *antidepresivos* con la idea de mejorar el *cuadro depresivo*.

Asimismo, el autor cita que Selikoff y cols. (1952), quienes durante ese tiempo reportaron que la *iproniazida*, aunque era administrada a personas con tuberculosis mejoraba también los estados de ánimo de los sujetos, por lo que resultó tener un potente efecto inhibitor de la monoaminoxidasa (MAQ), Crane y Klein (1957).

Por lo que respecta al litio, Uriarte agrega, resultó espectacular su descubrimiento para estos casos, pero el autor opina, que actualmente es difícil conocer la cantidad de pacientes que padecen de *depresión*; sin embargo, añade que para algunos autores consideran que ocurre entre un 3 y 10 por ciento de la

¹¹³ Cfr. KOLB, Lawrence C. Op. cit. pp.235-242.

¹¹⁴ Cfr. LINARES, Juan Luis y CAMPO, Carmen. Op. cit. p.149.

población total, si se toma en cuenta astronómicamente a nivel mundial. (Lehman, 1971).¹¹⁵

Rico y Pérez (2009), en relación con los fármacos o medicamentos consideran conveniente para su consumo, tener siempre presente lo siguiente:

5.8. Los medicamentos

Los autores señalan que se afirma que los *medicamentos* con ese sentido y forma en la que se conocen en la actualidad, datan desde aproximadamente unos 50 años y los conceptos relacionados con los mismos consisten en lo siguiente:

5.8.1. Fármaco o principio activo: Es una sustancia pura químicamente definida extraída de fuentes naturales o sintetizada en laboratorio. Se identifica por sus propiedades físicas y químicas; tiene acción sobre las enfermedades para aliviar o recuperar la salud y reúne las condiciones para ser empleada como medicamento, o ingrediente de un medicamento.

5.8.2. Medicamento: Es la forma como un fármaco se presenta al público, mezclado con el vehículo o excipiente: inyectable, cápsulas, tabletas, suspensiones, jarabes, pomadas, óvulos u otros.

5.8.3. Excipiente: Es todo aquello que se adiciona al principio activo, con el fin de mejorar su apariencia o sabor como son los azúcares, almidones o aceites.

5.8.4. Fórmula o formulación: Es todo aquello que se adiciona al principio activo, con el fin de mejorar su apariencia o sabor como son los azúcares, almidones o aceites. En esta etapa se determina la cantidad de principio activo de los excipientes adecuados a fin de coadyuvar en su eficiencia.

¹¹⁵ Cfr. URIARTE, Víctor. "Psicofarmacología". Editorial Trillas, S.A. de C.V. México. 1983. p. 29.

5.8.5. Dosis: Es la cantidad de medicamento que debe administrarse en un momento dado, a una persona o paciente para asegurar una respuesta favorable del organismo durante el tratamiento, para garantizar el restablecimiento de su salud, cuya asignación de la dosis se realiza considerando factores como sexo y peso.

5.8.6. Efectos colaterales: El equilibrio de la química corporal es tan delicado, que un medicamento que se da a una persona para ayudar a que una parte de su organismo se recupere, puede hacer que otras partes del mismo se alteren generando complicaciones por su uso; a ésto último, se le denomina *efectos colaterales o secundarios*.

5.8.7. Efectos secundarios por fármacos: Casi todos los fármacos producen efectos secundarios si se administran en dosis muy altas; pueden ser desde molestias menores como alergia al fármaco, o a alguno de sus componentes, hasta daños que pongan en peligro órganos vitales, como el estómago, el hígado o el riñón.

5.8.8. Contraindicaciones: Se refiere a las instrucciones que aparecen en el empaque del medicamento e indican, los efectos adversos o la anulación de la acción del medicamento, sobre todo, en mujeres embarazadas que no debe administrarse, porque dañan al feto o en niños y ancianos porque son muy fuertes; *otros están contraindicados en padecimientos previos o en problemas de hipertensión. De ahí, la importancia que sean recetados por un médico que lleve la historia clínica del paciente.*

5.8.9. Lote: Corresponde a la información contenida en los empaques de los medicamentos. Se refiere a la cantidad específica que se elaboró de un fármaco o medicamento, en un proceso determinado. El número de lote, es una combinación de letras como control sobre el mismo. Si una vez distribuido un

medicamento, éste presenta problemas, por el número de lote será más fácil rastrearlo y retirarlo del mercado.

5.8.10. Fecha de caducidad: Es la que determina el período de vida útil del medicamento, más bien el tiempo que durarán sus propiedades terapéuticas, por lo que, si un medicamento o fármaco se administra caducado, al ingerirlo causará daño, su actividad no funcionará y, por tanto, no será efectivo.

5.8.11. La automedicación: Los autores señalan que existe una gama muy amplia en lo que concierne al uso de fármacos, e incluso, algunos de ellos se logran adquirir sin la receta médica con altos riesgos, por lo que el uso del medicamento puede ser muy diferente de una persona a otra; y por tanto, es el médico quien al conocer al paciente, decide qué medicamentos le receta, así como la dosis y demás indicaciones de uso. Debe además, vigilar estrechamente la respuesta del paciente, por lo que se concluye, que la automedicación es inapropiada.

5.8.12. Horario de los fármacos o medicamentos: Si de acuerdo con las recomendaciones médicas en el consumo de medicamentos o fármacos, el horario se adelanta, puede ocurrir que el organismo alcance a absorber todo el medicamento; y en el peor de los casos, se puede presentar una sobredosis. Si, se retrasa el horario, disminuye la concentración del medicamento en el organismo y se pierde la continuidad en el tratamiento, o se puede generar la resistencia en los microorganismos; es decir, que el medicamento ya no lo afecte y se tengan que requerir dosis más altas o principios activos más fuertes.¹¹⁶

Derivado de lo anterior, Otto y Towle, destacan lo siguiente:

¹¹⁶ Cfr. RICO GALICIA, Antonio y PEREZ ORTA, Rosa Elba. "Química". Comité Editorial del Colegio de Ciencias y Humanidades. 1ª. Edición. México, 2009. pp.248, 250-252.

5.8.13. Drogas de mostrador: Son aquellos medicamentos que pueden comprarse sin prescripción médica; y sus etiquetas mencionan niveles de dosificación seguros e incluyen información sobre el uso apropiado e inapropiado, por lo que, se sugiere leerlas. Muchas sustancias que son inocuas a pequeñas dosis pueden ser peligrosas en grandes dosis.

5.8.14. Fármacos naturales y fármacos sintéticos: Los autores señalan que antes de que se dispusiera de las drogas que los médicos usan hasta en la actualidad en la cura de enfermedades; en la antigüedad, las personas usaban yerbas para combatir varios padecimientos, por lo que los fármacos que provienen de fuentes como las plantas se llaman fármacos naturales, en tanto que los que se hacen en el laboratorio se llaman fármacos sintéticos.¹¹⁷

5.9. Los antidepresivos

Rojtenberg concluye, que los *antidepresivos* están destinados al tratamiento del sustrato biológico y para el *trastorno depresivo*, porque el tratamiento debe hacerse en forma constante, intensiva y racional en plazos generalmente prolongados, con la intención de correlacionar sus mecanismos de acción con sus *efectos terapéuticos*, secundarios y sus indicaciones clínicas, en casos de *depresión*.

Asimismo, el autor también señala, que todos los *antidepresivos* son eficaces y que múltiples estudios multicéntricos pueden avalarlos, pero que sin embargo, *no todos los pacientes responden a la terapéutica de la misma forma*.

¹¹⁷ Cfr. OTTO, J. H. y TOWLE A. Op. cit. pp. 513-514.

5.9.1. Usos terapéuticos

Más de 40 años de utilización han comprobado que los agentes antidepresivos pueden tener otras indicaciones clínicas, en algunos, su eficacia ha sido importante, pero en otros e requieren mayores ajustes para su prescripción.

118

También, el autor destaca la idea de no confundir los *antidepresivos* con estimulantes del *Sistema Nervioso Central* (Jones y cols., 1978), por lo que, considera que éstos no se recomiendan en cuadros *depresivos* salvo en situaciones muy específicas y por médicos experimentados y autorizados.

5.10. Indicaciones para el paciente deprimido

Uriarte opina, que para tratar al paciente deprimido es importante considerar lo siguiente:

1. Sí, necesita la ayuda del profesional por tomar en cuenta que la depresión es patológica
2. Si es patológica, qué diagnóstico exacto tiene.
3. Qué tipo de tratamiento es el más adecuado.

5.11. Farmacología por edad

El autor también señala que existen variaciones respecto a la edad (Ziegler y Biggs, 1977).

¹¹⁸ ROJTENBERG, Sergio L. Op. cit. pp. 73, 83.

5.11.1. Modo de empleo

Los antidepresivos, señala Uriarte, como los demás psicofármacos, deberán administrarse bajo un criterio empírico, aún más, que la guía principal de dosificación serán los efectos terapéuticos y los colaterales ya que algunos antidepresivos como los tricíclicos pueden facilitar un brote *maníaco*.

5.11.2. Efectos colaterales pasajeros y permanentes

Los efectos colaterales más frecuentes de los *antidepresivos* son los vegetativos y están en relación directa con el poder anticolinérgico de cada uno.

5.11.3. Alteraciones

Opina el autor que en el aparato digestivo son notorias las alteraciones del un mal sabor de boca, adenitis sublingual, estomalitis, sequedad de la cavidad oral cuando es muy severa, ulceraciones en la lengua, moniliasis agregada.

5.11.4. Tratamiento prolongado

Con algunos fármacos se ha demostrado una disminución de un 50 hasta un 75 por ciento del flujo salival acarreado alteraciones orales como caries (Rafaelsen, 1979), inflamación de las parótidas, coloración negruzca de la lengua, pérdida del apetito, náusea, vómito, diarrea, acalasia del esófago, decremento en la secreción de ácido clorhídrico en el estómago, disminución de la motilidad intestinal y espasmos; y en casos extremos se ha visto ileo paralítico.

5.12. Efectos colaterales de antidepresivos

5.12.1 Por la Edad

En el caso de depresión se presentan diferentes síntomas somáticos como estreñimiento, sequedad de boca, falta de apetito, fatiga entre otros y se ha comprobado que conforme aumenta la edad, como en el caso de *personas a partir de los 40 años de edad*, también aumentan los efectos colaterales de los psicofármacos en la que se pueden presentar en diferentes partes del cuerpo como:

- a) En el ojo, puede presentarse glaucoma de ángulo estrecho por midriasis e incremento de la presión intraocular.
- b) A nivel endocrino-metabólico, pueden presentar aumento o disminución en el peso corporal y aunque todavía no se ha podido comprobar una alteración en la insulina, sí un aumento o disminución de la glucosa (Hollister, 1976).
- c) Los efectos colaterales psíquicos más frecuentes son insomnio, sedación que sólo serán útiles si el paciente muy *deprimido* padece trastorno del sueño.
- d) Los efectos neurológicos son: parestesis, adormecimientos, incoordinación motora, alaxia, disartria, temblor, neuropatías periféricas, alteraciones en los patrones electroencefalográficos, tinitus, movimientos coreoatetósicos y crisis convulsivas.
- e) Alteraciones dermatológicas, como manifestaciones de alergia tales como edema de cara y lengua, exantema, petequias, urticaria, prurito, fotosensibilidad, aumento o disminución de la sudación y ocasionalmente alopecia.
- f) En pruebas de laboratorio puede surgir un incremento de la fosfatasa alcalina, bilirrubina y transaminasas.

- g) En el cuadro hematológico: depresión de la médula ósea con leucopenia y agranulocitosis, anemia aplásica y púrpura no trombocilopénica.

5.12.2. Precauciones

El autor recomienda lo siguiente:

En pacientes con ideas suicidas los *antidepresivos* producen aumento del impulso antes de ejercer sus efectos, por lo que el autor recomienda una estrecha vigilancia.

Cuando los pacientes reciban dosis alta de algún fármaco *antidepresivo* y éste se suprima bruscamente, puede presentarse el síndrome de abstinencia con náusea, vómito y cólicos abdominales (Krammer y cols., 1961). Puede ser grave hasta llegar a la hospitalización (Gualtieri y Staye, 1979). Puede presentarse también, manía o hipomanía (Mirin y cols., 1981) y crisis de pánico (Gawin y Markoff, 1981).

Evitar manejar automóvil y maquinaria durante las primeras semanas de tratamiento con *antidepresivos* a un paciente para evitar el peligro de su integridad física.

Evitar la sobredosificación *farmacodepresiva* porque se produce en el Sistema Nervioso Central crisis convulsivas, delirium y coma, mal funcionamiento cardiovascular acompañado de anuria, midriasis, mioclonias, pérdida de la consciencia, síndrome de neurona motora superior expresado en el reflejo de Babinski, aumento de la temperatura, convulsiones, cianosis, hipotensión o hipertensión arterial con colapso vascular, alucinaciones, movimientos coreoatetósicos, trastornos del ritmo y la conducción cardíaca, coma y muerte.

Por otra parte, Otto y Towle aportan otros puntos importantes acerca de las reacciones al uso de *tranquilizantes* y *alucinógenos*:

5.13. Tranquilizantes

Son usados por pacientes algunos tranquilizantes como el Valium y Librium para tratar la *ansiedad y depresión* recetados por sus médicos comúnmente.

5.13.1. Alucinógenos: Existen tres tipos más frecuentes de fármacos alucinantes como lo son: *el LSD*, la *mescalina* y la *psilocibina*

Los *alucinógenos* son compuestos químicos que cambian la percepción sensitiva, afectan las percepciones del tiempo y espacio e influyen en el contenido del pensamiento del sujeto; por lo que algunas personas a menudo describen alucinaciones y visiones.

En el caso al *LSD*, las reacciones físicas parecen variar como aumentar la frecuencia cardíaca y la presión arterial, posiblemente se dilaten las pupilas de los ojos; escalofríos, fiebre, temblores y náuseas.¹¹⁹

5.14. Psicofarmacología

Rosenbluth, refiere que en la actualidad los avances en taxonomía como tecnologías de investigación en cuanto a la *psicofarmacología* son limitados, por el objetivo principal de los investigadores el cual consiste no solo, dar réplica centrándose en esa tecnología, sino que más bien, es mejor innovar todo tipo de investigaciones para el desarrollo de la evolución al posible avance para una comprensión actualizada, interacciones dinámicas de la *depresión* y otros trastornos.¹²⁰

¹¹⁹ Cfr. OTTO, J. H. y TOWLE A. Op. cit. p. 515.

¹²⁰ Cfr. ROSENBLUTH Michael, KENNEDY Sydney H., BAGBY R. Michael. Op. cit. p.34.

5.15. ¿Por qué personas o pacientes depresivos que han recibido algún tipo de tratamiento con fármacos sufren recaídas?

5.15.1. Las Recaídas

Linares, para dar respuesta a esta pregunta opina, que las *recaídas* por consiguiente, no se dan así nada más porque sí; aún sin que exista *factor* alguno con gran significado para que las pueda dotar; sino más bien, es importante considerarlas como señal clara de alarma de que algo está pasando, que ese algo anda mal respecto *al proceso terapéutico o a las previsiones del terapeuta*.

Asimismo, el autor recomienda para una mejor terapia que el especialista debe enseguida, descentrar la atención con respecto al síntoma y ampliar el foco. Para ello le será muy útil revisar todos los datos que él ya conoce así como las posibles novedades que hayan podido producirse, tanto en el ámbito relacional como en el individual, sin olvidar además su íntima interconexión y entrelazamiento.¹²¹

Ferenczi, también opina que *las recaídas* como consecuencia también se deben porque un paciente se habitúa a los medicamentos; y si éstos se suspenden, los síntomas retornan.¹²²

5.16. Definición del término suicidio

Rivera, cita que el término *suicidio* en el Gran Diccionario de la Lengua Española (1996), proviene del inglés *suicide*; para la etimología latina significa *sí mismo y caedere, matar*; para la Enciclopedia Hispánica, vol. XIII, p. 314, (1990), lo define como *el acto por el que una persona se quita voluntariamente la vida*; y por último, El Gran Diccionario de la Lengua Española, p. 1651 (1996), lo señala como *la acción y resultado de quitarse una persona la vida por propia voluntad*."

¹²¹ Cfr. LINARES, Juan Luis y CAMPO, Carmen. Op. cit. pp.146-148.

¹²² Cfr. FERENCZI, Sandor. Op.cit. pp. 16-22.

Por lo que, antes de consumar una persona el suicidio, es que previo, pudo haberlo ideado:

5.16.1. En búsqueda de la muerte o el suicidio

Por lo que la autora señala que el suicidio, no es una conducta anormal, sino que ya forma parte en la actualidad de prácticas usuales en forma exagerada, por lo que se caracteriza a toda causa de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto positivo o negativo realizado por la misma víctima.

5.16.2. El intento de suicidio

Rivera, asimismo agrega, que el intento de *suicidio* es la tentativa o acto detenido antes de dar como resultado la muerte.¹²³

Rojtenberg (2001), por su parte, coincide con Rivera y agrega que la mayor cantidad de intentos suicidas los realizan las mujeres.

5.16.3. Consumación del suicidio

Por consecuencia, prosigue el autor que también en sus estudios se indican que existe mayor proporción de hombres quienes sí logran consumar el suicidio.¹²⁴

5.17. Recomendaciones para la Psicoterapia en pacientes con depresión neurótica

Tanto Caso como Kolb, ambos coinciden que lo más recomendable es la Psicoterapia Clínica, porque en cuanto a un mejor apoyo psicoterapéutico a las personas que lo necesitan como es el caso de padecer *depresión* y *neurosis* entre otras enfermedades mentales, como es el caso de las personas desde los 40 años. El hecho de conocer de manera primordial datos generales y relevantes de

¹²³ Cfr. RIVERA H., María E. Op. cit. pp. 14-15.

¹²⁴ Cfr. ROJTENBERG, Sergio L. Op. cit . p. 253.

una persona o paciente en la *psicoterapia clínica* donde la persona voluntariamente será quien aporte datos para resultados de diagnóstico más efectivos durante su tratamiento en las sesiones. Esta recopilación de datos serán los concernientes a su historia de vida del paciente desde la *infancia* hasta la *adulthood* en cuanto al diseño y amplio contenido así como la destreza y habilidad del aplicador y experto en clínica.¹²⁵

5.18. La Psiquiatría y la Psicología

Lemos, añade que actualmente junto con la *psiquiatría* las aportaciones *psicológicas* son fundamentales porque la información se ha nutrido lo bastante hasta en la actualidad en cuanto al desarrollo de las disciplinas científicas que suministra un marco referencial, con la que se abastece para la explicación a teorías de la conducta y cogniciones enfocado al ser *humano*.

Por lo que, es importante considerar que la variación de ciertas actitudes y normas ante la sociedad es la detección de lo *que puede y no ser*, lo percibido por lo demás ante determinadas personas; que merece la importancia de que, al lograr detectar *personas* con síntomas diferentes ante otros, adoptar el interés voluntario para acudir a *psicoterapia* con quienes en materia profesional podrán apoyarlos como es el caso de *psiquiatras y psicólogos clínicos*.¹²⁶

5.19. Hospitalización psiquiátrica

Ledema y Melero, en cuanto a la hospitalización de enfermedades mentales de pacientes, opinan que las *depressiones* que son independientes de una enfermedad somática, en la mayoría de los casos reconocidas y tratadas antes de

¹²⁵ Cfr. CASO MUÑOZ, Agustín. Op. cit. pp. 23, 26, 45, 55, 64, 96, 107, 113, 593, 681, 771-791, 84, 866, 935, 1004.
¹²⁶ Cfr. LEMOS GIRÁLDEZ, Serafín. Op. cit. pp. 21-22.

un ingreso hospitalario; pueden ser de personas con *depresiones* de naturaleza primaria y secundaria.

Por lo que los autores señalan que observaron casos en los que *el cuadro depresivo y la enfermedad orgánica*, sugieren la posibilidad de *factores desconocidos*, que durante las correspondientes alteraciones *psicofisiológicas* provocaron su aparición de manera conjunta.¹²⁷

¹²⁷ Cfr. LEDESMA-JIMENO, Alfonso y MELERO MARCOS, Luis. Op. cit. p. 53.

Capítulo VI

CONCLUSIONES GENERALES

I. El tema principal del presente estudio, *Depresión Neurótica y Factores que la Originan en Personas de 40 a 60 años de Edad*, se centra en el área de la *psicología clínica* y por tratarse del *ser humano, persona, hombre o mujer, sujeto, gente, ser vivo, individuo* y; en el caso del estudio clínico para tratamiento, *cliente o paciente*; es la importancia que se destaca al *Hombre*, su origen, evolución, desarrollo humano, en relación con su medio ambiente, genética o herencia e importancia *desde su niñez* para llegar a la *etapa adulta*, como datos de gran aportación para la *psicoterapia clínica*.

Se *concluye* que el *Hombre*, como *ser vivo* hasta en la actualidad es quien ha demostrado la capacidad de desarrollarse, reproducirse y evolucionar al lado de otras especies en un *Mundo* que a todos pertenece; y se comprueba con autores y con estudios de este tema que, efectivamente, ha llevado a cabo lo propuesto, como lo ha logrado demostrar no únicamente con el desarrollo y modificación de algunos miembros corporales, sino creativamente con su *cerebro* y con el avance sorprendente de su *inteligencia* en el transcurrir del tiempo.

Durante su evolución, el *ser humano* toma muy en cuenta que para sobrevivir, es indispensable e importante, considerar los alcances que la naturaleza y algunos *factores* le puedan brindar, aunque también algunos no le favorecen, como es el caso de los *desastres naturales* y la supervivencia con otras especies más feroces, superándolo en las formas posibles durante Siglos.

Es por ello que indiscutiblemente, *se da razón* que hasta en la actualidad y por lo que se ha investigado, al *Hombre* por supremacía, le corresponde el trono por lograr superar cualquier *obstáculo, desastre y/o conflicto* de todo tipo, a base de su inteligencia, pero también se *confirma* que la *psicología* ha contribuido, desarrollado y reconocido desde tiempos remotos; y sin que se le asignara todavía la definición con que ahora se le conoce, para apoyar a personas en su cura *psicoterapéutica* e intervención.

Como seres humanos, se vive a diario no únicamente con los desastres naturales, enfrentando animales feroces, sino desarrollándose, comportándose, desempeñándose, adaptándose e interactuando con otros de su especie y otras que se extinguieron, pero no sólo eso, sino que el *Hombre* se sigue enfrentando, pero con *él mismo*, debido a múltiples *factores internos y externos* que lo limitan para una tranquilidad plena, en la que se genera entre otras enfermedades del DSM y CIE del programa de la OMS, *la depresión neurótica*, no sólo en los *adultos de 40 a los 60 años de edad* sino en edades previas y posteriores con la repercusión de riesgos lamentables.

En lo referente a la *psicología clínica* su área permite el *vínculo* importante con más *áreas, ámbitos y ciencias* como lo comprueban los autores que apoyan este estudio..

II. Al seleccionar en este estudio, una población de sujetos desde *los 40 a los 60 años de edad*, se refiere al *Hombre* con una fortaleza que aunque física, biológica u orgánica de todos los tiempos, género u origen, se mantiene en un ritmo de supervivencia desde su niñez o más bien etapa prenatal, adecuado ó no, permisible ó no, aceptado ó negado, forzado, mostrado, exigido, suprimido, castigado; y hasta *reprimido*, debido a una serie de normas, lineamientos, imposiciones y patrones derivados desde esa niñez con la familia, creencias y por la sociedad, por lo que se comprueba se generan desajustes no sólo orgánicos en los diferentes aparatos del Cuerpo Humano, como es el caso del Sistema Nervioso y sus funciones, que recibe no sólo impulsos de placer sino también inestables ó molestos que origina se complique la libertad psíquica y salud psicológica de todo ser viviente; y en el caso del *Hombre*, desarrolle un elevado grado de estrés, ansiedad, neurosis y depresión, por llevar a costas diariamente una carga pesada de conflictos originados de diferentes *factores* que le impiden su tranquilidad.

III. Al considerar lo anterior y que una persona adulta como la población que conforma este estudio; edad que desde su infancia y algunas personas desde la gestación fetal, permite acumular una serie de vivencias *con estados de fobias, obsesiones, compulsiones y serie de alteraciones de traumas* y efectos *post-traumáticos* que generan *síntomas de estrés* y trastornos de diferentes tipos derivados de esa *ansiedad* que logra interferir en una actividad normal orgánica en los ámbitos *familiar, escolar, laboral y social* que, que aunque se tenga conocimiento de la realidad, o de que no exista ruptura alguna, es lo que genera *las neurosis* como consecuencia; una vez detectada la enfermedad, su importancia radica asistir en búsqueda de apoyo psicoterapéutico con un profesional avalado y autorizado y con una preparación académica.

Es importante tomar en cuenta que al aceptar que se tiene *neurosis*, la importancia radica no sólo aceptarse a *“sí mismo”* sino con los demás y acudir oportunamente con el especialista en clínico para prevenir la depresión.

Lo anterior porque al tratarse de emociones, sentimientos y pasiones es porque lo conforman una serie de afectos, traumas, frustraciones, estilo de vida que parten desde un origen, por lo que es importante para el especialista, a través de sus estrategias en *psicoterapia*; y el apoyo principal consciente y con la postura voluntaria del cliente ó paciente, un trabajo interactivo de cliente, paciente-psicoterapeuta; psicoterapeuta- cliente, paciente; en el que la persona neurótica y/ó deprimida, descubra y logre controlarse para una mejor calidad de vida futura, principalmente para *sí mismo*; y con quienes le rodeen, como en los ámbitos que deba incurrir, a través de sesiones programadas de *Psicoterapia*.

Los *sujetos* viven y perciben emociones diarias, diferentes, agradables ó amenazantes, todos los días; y a través de las diferentes etapas por las que tienen que vivir, sin excepción, hasta la *edad de los 40 años y más*, por lo que, como con *las neurosis*, les permite darse cuenta de la realidad, así viven todas las *personas* de cualquier rincón de la Tierra, como algo, inclusive, muy común y

acostumbrado en su vida diaria y con quienes tengan que tratar; y debido a esos factores *internos y externos*, familiares y sociales.

Las arrugas, las penas, las canas, los cambios físicos de imagen corporal, las enfermedades que se adquieren como de *colitis o gástricas, nerviosas o degenerativas, hereditarias, de adicciones como el tabaquismo, alcoholismo y drogadicción, entre otras*; para la gran mayoría es originado por el *estrés, ansiedad, las neurosis* y por consecuencia *depresión*; sólo que, para algunas personas con ideación o consumación suicida y debido a este padecimiento, la *depresión neurótica*.

Esta persona *adulta, humana*, comienza a vivir con la creencia de sentirse *invaluada, pasada de moda, relegada, vetada, frustrada* por los *diversos factores* que le impiden desarrollarse limitando anhelos e ilusiones mejores durante la *etapa de los 40 a los 60 años de edad*; no quiere decir tampoco que lo anterior es porque se llegó a dicha edad, sino que existen *factores no sólo internos sino externos* que impone la sociedad en lo *familiar, social, laboral, económico y político*.

Como es el caso, en lo *laboral*, que se *comprueba y concluye* que en la actualidad este tipo de población, *personas de 40 a 60 años de edad*, quienes desean emplearse para obtener beneficio económico; y que aunque logren demostrar estar facultadas de capacidades y preparación; a muchos no se les da la oportunidad de trabajar cuando por estudios de empresas *que sí han contratado* y considerado a este tipo de personas, se ha demostrado, que estas personas presentan en su labores *un mejor empeño, interés, fidelidad, honestidad, puntualidad, responsabilidad y calidad en los trabajos que les encomiendan*, por lo que una gran mayoría de *adultos de esta edad* se encuentra en desempleo; y el número de casos de *depresión neurótica* va en aumento hasta en la actualidad; y por consiguiente, son personas que a través de la Psicoterapia se les podrá

brindar ese apoyo, por lo que es importante que estas personas acepten su enfermedad y acudan con el especialista en clínico.

Es importante que, el Hombre *se crea y acepte el valor* incalculable que su organismo le ofrece y hasta donde puede llegar, en base a la importancia que este estudio le expone en su primer capítulo.

Por lo que de esta manera se logra identificar la idea de que no todo es de “*color de rosa, transparente o sutil*”, como se pueden observar en escenas dirigidas por algún tipo de producción *publicitario o ciencia o ficción, sino que pertenece a una realidad, el neurótico existe y se deprime*, como corresponde al hecho de que la persona *admita una realidad*, como es el caso de la edad, que también la persona acepte que *una infancia y una adolescencia, tuvieron que pasar*; y se acepten ahora, con esos 40 y tantos, 50 y tantos y más años de edad.

Con lo anterior, a través de la *Psicoterapia clínica*, el experto le brinda su apoyo al *neurótico*, al *deprimido*, en base a un tratamiento con sesiones programadas, importante para *toda la gente*; porque en base a este estudio por los estudiosos del tema, es para preguntarse, *¿acaso, todo el Mundo está neurótico?* Y la respuesta, en base a los *factores internos y externos* expuestos por los estudiosos del tema, como los principales, que originan la *depresión neurótica*, sería: *Sí*.

IV. Los *factores internos* se soportan y se fortalecen con los *externos*, y no existe duda alguna, por lo que este estudio comprueba y concluye así, los estudiosos han trabajado para confirmarlo, la lista de los *factores* concuerdan para analizar que el *ser humano*, como *persona neurótica* se encuentra *por cualquier rincón de la faz terrestre*”

V. La persona neurótica vive con resistencia diaria con sentimientos de terror en la observación de todos y observando todo y a los demás; vive con una inestabilidad *emocional* que necesita reconocer y buscar el apoyo profesional en *psicoterapia* para una vida más placentera, con el experto.

Se concluye que la *psicoterapia* será el trabajo o estudio minucioso de aquel profesionista avalado, autorizado y entrenado para brindar ese apoyo; además quien por sus conocimientos aplique las estrategias como soporte a su *psicoterapia* mediante una entrevista y su estructura, así como un tratamiento de sesiones que orienten al cliente o paciente para *aceptar, evaluar y controlar* aquellos *aspectos negativos*, como los adquiridos de esos *factores internos y externos* que le oprimen en lo físico y psíquico.

Por lo que se refiere a la *depresión*, la persona *adulta neurótica* puede tener causas *genéticas y psicológicas* a través de edades previas como desde la *infancia*, por lo que se concluye también, que para que un *neurótico* se *deprima*, generalmente es porque varios síntomas se asocian a los trastornos de *afectividad* tales como la *tristeza, inseguridad, actividades, intereses y autoestima*; por lo que la *irritabilidad, pesimismo y la ansiedad*, ocasionan una *indiferencia de afectos*, con el riesgo de que al detectar a una persona quien muestre *aislamiento, inseguridad, tristeza*, es porque esta deprimida; y apoyarlo para que se trate con un especialista como lo es el *psicólogo clínico*; y evitar un internamiento psiquiátrico, si se detecta y se deja avanzar la enfermedad.

Lo anterior, también, para evitar el *riesgo* de un *tratamiento farmacológico*, que valdría primero consultar a un especialista con las características antes citadas, por las *recaídas y efectos secundarios* que ocasiona a cualquier persona, y a las de *edades de 40 a 60 años*, que aunque se sitúe el caso de los *antidepresivos* dentro del soporte de los trastornos afectivos, situarlos también con los especialistas autorizados quienes pueden *seleccionar, considerar, abordar*

situar, programar y recetar de manera muy particular, cada caso; y en cada paciente, dentro de un estudio médico y general.

De igual modo, se concluye que algunos *antidepresivos*, no responden a una terapéutica de la misma forma, para algunos pacientes podrá resultarles algún beneficio, mientras que para otros, se requiere en su prescripción otro ajuste, por lo que se concluye, que la mejor opción es la *psicoterapia clínica* para la cura de la *depresión neurótica*.

De lo anterior, porque, en cuanto a la edad de las personas en la medicación, es recomendable considerar la aparición de algunas secuelas o efectos secundarios *como alteraciones, efectos neurológicos y recaídas y precauciones por lo que una automedicación, no es procedente en ningún caso.*

VI. Este estudio concluye que la *psicoterapia* a través del profesional especialista, es lo más recomendado al detectar *las neurosis y la depresión*, para evitar consecuencias mayores como *las psicosis, distimia y/o depresión mayor o crónica*, que lleven a la ideación *suicida* o, en su caso, a la consumación.

El *psicólogo clínico* con sus conocimientos, experiencia y habilidad, está pendiente de brindar el apoyo al padecimiento de la *depresión neurótica*, basada en los criterios del DSM y el CIE de la OMS, *a través de la Psicoterapia*; y como la mejor opción de cura, como lo mencionan los estudiosos del tema; y en la búsqueda de los *factores* que los aquejan, sobre todo a una población latente y vulnerable; como son *las personas de 40 a 60 años de edad*.

BIBLIOGRAFÍA

ACEVES MAGDALENO, José. "Psicología General". Edit. Publicaciones Cruz O., S. A. México. 1981.

CALDERÓN NARVÁEZ, Guillermo. "Depresión. Causas, Manifestaciones y Tratamiento". Editorial Trillas.- 1ª. Edición, 1984.

CASCAJARES P., Juan L., CHAVERO R., Enrique, DE LACHICA E. Víctor M., LARIOS R., Ignacio y RUELAS E., Guillermo. "Compendio de Anatomía, Fisiología e Higiene". Edit. ECLALSA. México, 1974.

CASO MUÑOZ, Agustín. "Psiquiatría". Editorial Limusa. 1979.

COFER, C. N. y APPLEBY, M. H. "Psicología de la Motivación". Edit. Trillas, S. A. México. 1970.

DAVIDSON, Gerald C. y NEALE, John M., "Psicología de la Conducta Anormal". Edit. John Wiley & Sons USA. 1974.

DARWIN, Charles. "La Expresión de las Emociones en los Animales y en el Hombre". Alianza Editorial, S. A. Madrid, España. 1984.

DENTON, Derek. "El Despertar de la Consciencia". Ediciones Paidós Ibérica, S.A. Barcelona. España. 2009.

EHRENBERG, Alain. "La Fatiga de Ser Uno Mismo. Depresión y Sociedad". Ediciones Nueva Visión SAIC. 1998.

FERENCZI, Sandor. "Teoría y Técnica del Psicoanálisis". Editorial Paidós, 1ª. Ed. Argentina. Buenos Aires. 1967.

FREUD, Sigmund. "Obras completas". Vol. 12. Copyright Limited. 1958.

GASTÉLUM IZÁBAL, Bernardo José. "Principios de Psicología". Ed. México, 1920.

GREDEN, John F. "Tratamiento de la Depresión Recidivante". Psiquiatría Editores, S.L. Barcelona, España. 2003.

IBARRA RAMOS, Arturo. "Menopausia". Editorial Trillas, S. A. de C. V. México, D.F. 2003.

IVANCEVICH, John M. y MATTESON, Michael T. "Estrés y Trabajo". Editorial Scott, Foresman and Company. USA. 1985

KOLB, Lawrence C. "Psiquiatría Clínica Moderna". La Prensa Médica Mexicana, S. A. México. 1979

KOUSHINE DE LUTRY, Catherine. "Salve su Cuerpo". Ed. Javier Vergara Editor. Buenos Aires, Argentina. 1988.

JACOBSON, E. "Depresión". Amorrortu editores, S. A. Buenos Aires, Argentina. 2007.

JARNE ESPARCIA, Adolfo; TALARN CAPARRÓS, Antoni; ARMAYONES RUIZ, Manuel; HORTA i FAJA, Esther y REQUENA VARÓN, Elena. "Psicopatología". Editorial UOC. 1ª. Edición. Barcelona, España. 2006

JUNG, Carl Gustav. "Psicología y Religión". Ed. Rascher & Cie. A. G. Verlag. Zurich. 1972.

LACAN, Jacques. "El Seminario de Jacques Lacan". Libro 2. Editorial Paidós, SAICF, 1978.

LEMOS GIRÁLDEZ, Serafín. "Psicopatología General". Editorial Síntesis, S. A. Madrid, España. 2000.

LEDESMA-JIMENO, Alfonso y MELERO MARCOS, Luis. "Estudios Sobre las Depresiones". Ed. Calatrava. Salamanca, España. 1989.

LINARES, Juan Luis y CAMPO, Carmen. "Tras la Honorable Fachada". Ediciones Paidós Ibérica, S. A. Barcelona, España. 2003.

LOWEN, Alexander. "La Depresión y el Cuerpo". Ed. Alianza. 2001.

MANDOLINI G., Ricardo G. "Historia General del Psicoanálisis". Editorial Giordia, S .R. L. Buenos Aires, Argentina. 1960.

MASLOW, Abraham. "El Hombre Autorrealizado". 1ª. Edición. Ed. Kairós, S. A. Barcelona, España. 1988.

MILLON, Theodore con DAVIS, Roger D. y colabs. Adj "Trastornos de la Personalidad". Ed. MASON, S. A. Barcelona, España. 1998.

MONEDERO GIL, Carmelo. "Psicopatología Humana". Ed. Siglo XXI de España Editores, S. A. Madrid, España. 1996.

MURIANA, Emanuela, PETTENO, Laura y VERBITZ, Tziana. "Las Caras de la Depresión". Herder Editorial, S. L. Barcelona. 2007.

NOYES, Arthur P. "Psiquiatría Clínica Moderna". Edit. La Prensa Médica Mexicana. México. 1966.

OTTO, J. H. y TOWLE A. "Biología Moderna". Nueva Editorial Interamericana, S. A. de C. V. México. 1988.

PAPALIA, Diane E., WEDKOS OLDS, Sally y DUSTIN FELDMAN, Ruth. "Desarrollo Humano". Edit. Mc. Graw-Hill Panamerica, S. A. Sexta Edición. USA. 1995.

PAPALIA, Diane E. y WEDKOS OLDS, Sally. "Desarrollo Humano". Edit. McGraw-Hill Panamericana, S. A. Octava Edición. USA. 2001.

QUIRÓS, Julio B. y SCHRAGER, Orlando L. "Fundamentos Neuropsicológicos en las Discapacidades de Aprendizaje". Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, Argentina. 1980.

RICO GALICIA, Antonio y PEREZ ORTA, Rosa Elba. "Química". Comité Editorial del Colegio de Ciencias y Humanidades. 1ª. Edición. México. 2009.

RIVERA H., María E. "Psicología y Comunicación Visual". 1ª. Edición, Ed. Trillas, S. A. de C. V. México, 2010.

ROJTENBERG, Sergio L. "Depresiones y Antidepresivos". Ed. Panamericana. Buenos Aires, Argentina. 2001.

ROSENBLUTH Michael, KENNEDY Sydney H., BAGBY R. Michael. "Depresión y Personalidad". Ed. Elsevier Masson. Barcelona, España. 2007.

SANZ, Fina. "Los Laberintos de la Vida Cotidiana". Fina Sanz y Editorial Kairos, S. A. Barcelona, España. 2002.

SCHAIE, K. Warner y Sherry L. Willis. "Psicología de la Edad Adulta y la Vejez". Ed. Pearson Educación, S. A. Madrid, España. 2003.

SULLIVAN, Harry Stack. "La Entrevista Psiquiátrica". Editorial Psique. Buenos Aires, Argentina. 1987.

TISTA OLMOS, Ciriaco. "Los Animales y Yo". Ediciones y Gráficos Eón, S. A. de C. V. Primera Edición, México. 2006.

URIARTE, Víctor. "Psicofarmacología". Editorial Trillas, S.A. de C.V. 2ª. Ed. México. 1983

WINOGRAD, Benzión. "Depresión: ¿Enfermedad o Crisis?". Editorial Paidós SAICF. 1ª. Ed. Buenos Aires, Argentina. 2005.

WHITTAKER, James O. "Psicología". Nueva Editorial Interamericana, S. A. de C. V. Tercera Ed. 1977.

YOUNG, Paul Thomas. "Cómo Comprender Mejor Nuestros Sentimientos y Emociones". Editorial El Manual Moderno, S. A. México. 1979.

Otras fuentes:

Diccionario de la Real Academia Española. Edición 22^a. 2000.

Diccionario Enciclopédico Quillet. Tomo Tercero. Ed. Argentina Arístides Quillet, S. A. Buenos Aires, 1971.

GOBIERNO FEDERAL SALUD. “Programa de Acción Específico. Atención en Salud Mental 2007-2012”. Ed. Secretaría de Salud, 1^a. Edición, 2008.

Instituto Nacional de Psiquiatría “Dr. Ramón de la Fuente Muñiz”. Día Mundial de Prevención del Suicidio. Moderador: Dr. Guilherme Borges. Septiembre 8, 2011.

Organización Mundial de la Salud Ginebra. “CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento”. 28036, Madrid, 1994

Instituto Mexicano del Seguro Social. “Guía para el Cuidado de la Salud, Adultos Mayores de 59 Años”. Ed. Impresora y Encuadernadora Progreso, S. A. México. 2006.

Sistema de Educación Continua para el Médico General y Familiar. “Enfermedades Crónicas, Depresión y Calidad de Vida”. Especialistas en Psiquiatría y Pioneros en Neurología. Lambeck. Curso Fasciluar. Fascículo 3. Estado de México.