



**Nombre: Martínez Mérida Viridiana  
Guadalupe.**

**Nombre del profesor: Cordero  
Gordillo María del Carmen.**

**Nombre del trabajo: Primer avance  
tesis.**

**Materia: Taller de Elaboración de  
tesis.**

**Grado: Noveno cuatrimestre.**

**Grupo: Domingo.**



## **AGRADECIMENTOS:**

## **INDICE.**

### **CAPITULO I. PROTOCOLO DE TESIS**

- **PLATEAMIENTO DEL PROBLEMA**
- **-PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN**
- **OBJETIVOS.**
- **JUSTIFICACIÓN**
- **HIPOTESIS.**
- **METODOLOGÍA.**

### **CAPITULO II. ORIGEN Y EVOLUCIÓN DE LA DEPRESIÓN.**

- **SALUD MENTAL.**
- **HISTORIA DE LAS ENFERMEDADES MENTALES.**
- **DEPRESIÓN EN LA EDAD ANTIGUA.**
- **LA ENFERMEDAD MENTAL EN MÉXICO.**
- **DEPRESIÓN EN MUJERES.**
- **SINTOMAS FISICOS POR PARTE DE LA DEPRESIÓN.**

### **CAPITULO III. MARCO TEORICO: TEORIAS Y AUTORES**

#### **3.1 La depresión en el ser humano.**

- **• 3.1.1 La depresión como un estado emocional.**
- **• 3.1.2 Las causas de la depresión en las vidas de las personas.**
- **• 3.1.3 Las consecuencias de la depresión en un ser funcional.**

### **3.2 Tipos de depresión.**

- • **3.2.1 Trastorno de depresión mayor.**
- • **3.2.2 Distimia.**
- • **3.2.3 Trastorno ansioso depresivo.**
- • **3.2.4 Depresión atípica.**
- • **3.2.5 Trastorno afectivo estacional.**
- • **3.2.6 Trastorno bipolar.**
- • **3.2.7 Ciclotimia.**

### **3.3 Depresión desde el punto de vista cognitivo.**

- • **3.3.1 Depresión según Beck.**

### **3.4 Depresión desde un punto de vista humanista.**

- **3.4.1 Depresión según Maslow.**

## **CAPITULO IV. ANALISIS Y RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.**

- **ANALISIS DE LA CAUSA DE LA DEPRESIÓN.**
- **ANALISIS DE LAS CONSECUENCIAS DE LA DEPRESIÓN.**
- **INTERPRETACIÓN DE LAS PRUEBAS APLICADAS.**
- **INTERPRETACIÓN GENERAL DE ANALISIS DE PRUEBAS Y ENTREVISTAS.**

## **SUGERENCIAS Y PROPUESTAS.**

**CONCLUSIONES.**

**BIBLIOGRFIA.**

**ANEXOS.**

## **INTRODUCCION:**

La presente investigación se basará en la importancia de conocer los orígenes de la depresión mayor en la mujer comiteca, puesto como sabemos no es un hecho del que se haya estudiado tanto en el pasado como en el presente, puedo decir que lo que me ha motivado a estudiar e investigar acerca de este tema es sin duda alguna el sin fin de personas que viven con una enfermedad mental y que la mayoría de veces hacen caso omiso de los riesgos de tenerla, puesto que si están enterados de que la padecen, suelen ignorarlo, como algo que pasara pronto; cuando hablo de enfermedad mental me refiero a depresión para ser más exactos, muchos de nosotros a veces nos preguntamos que es la depresión, la mayoría de veces la podemos confundir con un estado anímico, o un momento de tristeza, pero eso no es así, por lo tanto ese será uno de mis temas a tratar, el de explicarte que es esta enfermedad, y ante todo exponerte que quienes tienen más tendencia a padecerla, son nuestras mujeres, en ningún momento descarto a los hombres del riesgo de padecerla, porque todos somos humanos, y por lo tanto enfermamos, pero en esta ocasión me atrevo a crear una tesis que nos cuente y exponga de lo que trae consigo tener depresión, y porque factores las mujeres son más propensas a contraer esta enfermedad, que es lo que se puede hacer para evitarla, los factores que la aluden, y más que nada el de hacer conciencia para que dejemos a un lado los prejuicios que tengamos, mis objetivos son claros, analizar e identificar la importancia que tiene el padecer de este trastorno mental, así mismo exponerte la existencia de esta enfermedad en mujeres comitecas, siendo muy común, sin importar profesión, estado socioeconómico o clase social.

La presente investigación será realizada en el municipio de Comitán de Domínguez Chiapas, con un pequeño grupo de mujeres que accedieron a formar parte de mi investigación.

En el primer capítulo te expondré mi planteamiento del problema es decir mis objetivos, metodologías, enfoques e hipótesis que llevare a lo largo del trabajo, por consiguiente, en el segundo capítulo abordare sobre el origen y evolución de la

depresión, los tratamientos que se han implementado, la instrumentación utilizada y actualizaciones recientes acerca de. Por consiguiente, en el tercer capítulo abordaremos las teorías que han surgido de esta enfermedad, así mismo también expondremos los autores que han hecho hallazgos e investigaciones para este tema. Por ultimo te expondré mi análisis de resultados, de todo el procedimiento llevado y la conclusión que pudimos llegar relacionada al tema. Encontraras estadísticas y encuestas realizadas a personas que padecieron y padecen esta enfermedad, que sirvieron como sustento de lo que realice en mi tesis.

## **Capítulo I Protocolo de investigación.**

### **1.1 Planteamiento del problema:**



La depresión considerada como una de las enfermedades mentales más importantes del siglo XXI, puesto que su constante auge dentro de nuestra sociedad llega a ser preocupante. Si hablamos de México es una de las principales causas de discapacidad, tanto para mujeres como para hombres. El registro en el país data de 34.85 millones de personas que se han sentido deprimidas, según datos obtenidos del INEGI (2016). Cabe destacar que se da más presencia de casos en mujeres que en hombres, teniendo ellas la tendencia a sufrir depresión por cuestiones hormonales, también debemos mencionar que el género influye mucho en la estadística de que las mujeres tengan más presencias de casos con depresión que hombres, puesto que el rol que juega en la sociedad, como el papel de madre, esposa, y la violencia intrafamiliar que se llega a vivir, pueden llegar a influir en la salud mental de las mujeres, siendo esta solo una de tantas detonantes del estado depresivo.

Cuando hablamos de la sintomatología de esta enfermedad, nos referimos a cambios y pérdidas de interés en actividades que antes nos causaban placer, pérdidas de peso, insomnio, acompañado de falta de energía durante la mayor parte del tiempo, al igual se habla de una profunda tristeza, con la que normalmente suele ser confundida, decir que una persona solo esta triste, desvalorizando lo que realmente le puede estar ocurriendo en ese momento. Pero esto va más allá de solo pensar lo que pasa, nuestro contexto sociocultural tiene mucha influencia de la forma en la que se trata esta enfermedad, siendo México un país no tan desarrollado en este ámbito, si lo llevamos a Chiapas, que se encuentra en uno de los estados más pobres del país, terminando con Comitán que es nuestro pueblo, un pueblo lleno de vida, colores, tradiciones, pero con un panorama en cierta parte cerrado de lo que es una enfermedad mental y de cómo debería tratarse, se cuenta con algunos centros de ayuda y de atención psicológica en Comitán pero aun es como un tabú el acudir a un psicólogo, ya que se tiene la idea de que el acudir a uno es solo para gente con problemas mayores, que se ven reflejados, como por ejemplo; adicciones o filias, dejando así de un lado la importancia que debería de tener el estar en un estado depresivo.

Por lo tanto, las mujeres se ven reprimidas la mayoría del tiempo, al momento de expresar sus emociones lo que podría tomarse como una causa de lo que ocurre con nuestras mujeres comitecas, viéndolo desde el estado socioeconómico y cultural en el que nos encontramos, al hablar de estado socioeconómico me refiero, a que al ser un municipio aun en crecimiento, se carece de mucha información relacionada con la importancia de la salud mental. Dejándolo como algo sin valor y atribuirlo a que el estar en un estado de tristeza es simplemente porque somos mujeres. Es por esta problemática que existe en nuestro municipio que he decidido hablar acerca de la depresión en mujeres de Comitán, que, aunque sea un grupo pequeño el que será tomado como punto de partida para la investigación, será de ayuda el tener un conocimiento más amplio de lo que podría llegar a ocasionar la depresión en nuestras mujeres.

## **1.2 Preguntas de investigación:**

¿Por qué es importante generar la presencia de la asesoría psicológica en las mujeres de Comitán que presentan un estado de depresión mayor?

¿Cómo afecta el estado de depresión mayor en las mujeres comitecas?

¿Cuáles son los orígenes de la depresión mayor en las mujeres comitecas?

¿Cómo afecta el contexto sociocultural en el tratamiento de la depresión mayor en la mujer comiteca?

¿Cómo afecta el contexto económico en el tratamiento de la depresión mayor en la mujer comiteca?

### **1.3 Objetivos:**

#### **Objetivo general:**

- ❖ Identificar y analizar los orígenes que detonan el estado de depresión mayor en la mujer comiteca.

#### **Objetivos específicos:**

- ❖ Exponer la importancia de generar asesoramiento e información psicológica en el contexto de la mujer que sufre un estado de depresión mayor, en la ciudad de Comitán de Domínguez Chiapas.
- ❖ Conocer el efecto que trae consigo el padecer depresión mayor en la vida cotidiana de la mujer comiteca.
- ❖ Analizar la afectación del contexto sociocultural en el tratamiento de la depresión mayor en mujeres comitecas.
- ❖ Analizar la afectación del contexto económico en el tratamiento de la depresión de las mujeres comitecas.

#### **1.4. Justificación:**

La presente investigación se enfocará en conocer las causas y efectos de la depresión en las mujeres comitecas, con referencia a lo que las rodea, tomando como punto importante, el contexto socioeconómico y cultural, en el que viven las mujeres. Lo que me motivo a indagar sobre este tema es la poca importancia que se le da a las enfermedades mentales, y como se tiende a minimizar lo que realmente sucede con esta enfermedad, creo que es importante para nuestra sociedad en general conocer lo que conlleva el tener una enfermedad como es la depresión, y, ante todo, las mujeres debemos de saber que las enfermedades mentales como la depresión puede surgir en cualquier momento de nuestra vida. Es decir que puede llegar a presentarse síntomas desde nuestra niñez, pero creo que la etapa de la vida adulta es la etapa en la que mayoritariamente se presenta, debido a los cambios hormonales que existen en nuestro sistema, el contexto de vida de una mujer, que en este caso serán las mujeres comitecas, que al encontrarse aun en una ciudad en desarrollo y no solo físicamente sino también en pensamiento, suele tener más complicaciones al momento de conllevar una enfermedad mental.

## **1.5 Hipótesis:**

**(¿Cuál es el origen de la depresión mayor en las mujeres comitecas?)**

El origen de la depresión mayor en la población de las mujeres comitecas es el contexto sociocultural y económico en que se vive.

**Variable independiente:** depresión mayor.

**Variable dependiente:** contexto sociocultural y económico.

## 1.6. Metodología.

La presente investigación se realizará con base en el método científico, lo cual entendemos como, el procedimiento planteado que se sigue en la investigación para descubrir las formas de existencia de los procesos objetivos, para desentrañar sus conexiones internas y externas, para generalizar y profundizar los conocimientos así adquiridos, para llegar a demostrarlos con rigor racional y para comprobarlos en el experimento y con las técnicas de su aplicación

**Tipo de método: analítico** (El Método analítico es aquel método de investigación que consiste en la desmembración de un todo, descomponiéndolo en sus partes o elementos para observar las causas, la naturaleza y los efectos). Ramón. (Ruiz). *Historia y evolución del pensamiento científico*. México Recuperado de <http://www.eumed.net/libros-gratis/2007a/257/7.1.htm>

**Deductivo:** (Procedimiento para establecer teorías científicas; su peculiaridad específica estriba en aplicar sólo la técnica deductiva de la conclusión (deducción, inferencia). En filosofía se han hecho intentos para establecer un límite tajante entre este método y otros (por ejemplo, los inductivos), interpretando el razonamiento deductivo como extra experimental y encareciendo en demasía el papel de la deducción en la ciencia). M. M Rosenta I& P. F Iudin. (1965). *Diccionario filosófico*. Montevideo. Ediciones Pueblos Unidos Recuperado de <http://www.filosofia.org/urss/dfi1965.htm>

**Tipo de investigación:** Mixta, debido a que la información será de carácter documental como de campo.

**Enfoque metodológico: cualitativo** (El método cualitativo o la investigación cualitativa como también se le llama, es una técnica o método de investigación que alude a las cualidades es utilizado particularmente en las ciencias sociales; pero de acuerdo a ciertas fuentes también se utiliza en la investigación política y de mercado, este método se apoya en describir de forma minuciosa, eventos,

hechos, personas, situaciones, comportamientos, interacciones que se observan mediante un estudio; y además anexa tales experiencias, pensamientos, actitudes, creencias etc.) Concepto definicion. de, Redacción. (Última edición:19 de julio del 2019). Definición de Método Cualitativo. Recuperado de: <https://conceptodefinicion.de/metodo-cualitativo/>.

**Técnicas de investigación:** Mediante la realización de la presente investigación, se hará uso de entrevistas, encuestas, observación directa, documentales, búsquedas, y recopilación de datos e información.

**Corriente Epistemológica:**

**Psicoanálisis:** (Psicoanálisis es un método terapéutico que se basa en la teoría del inconsciente como materia para analizar e interpretar los deseos y las frustraciones del paciente.) Paola Duchén.. (16 de enero de 2019.). *Psicoanálisis*. México. Recuperado de <https://www.saludterapia.com/glosario/d/84-psicoan%C3%A1lisis.html>

**Humanismo:** (significa el descubrimiento del hombre en cuanto hombre y, consiguientemente, la reafirmación de todo lo humano, tanto en el sentido del individualismo como en el sentido de la «humanidad».) José Ferrater Mora. (1941). *Humanismo*. México. . Editorial Atlante Recuperado de <http://www.filosofia.org/enc/fer/1941257.htm>

**Ubicación:**

La presente investigación se realizará en la ciudad de Comitán de Domínguez Chiapas, en el barrio de San Sebastián, a un promedio de 15 mujeres con un intervalo de edad de 20 a 60 años, durante aproximadamente 6 meses.



## **Capitulo II Origen de la depresión.**

### **2.1 Salud mental:**

En la interrelación del hombre con su medio es que se da el fenómeno psicológico que nos distingue como seres humanos. Cuando esta interrelación es adecuada, el desarrollo del psiquismo se da dentro de los patrones de la normalidad y se disfruta de salud mental. En esta relación dialéctica participan la familia, la escuela y otras instituciones sociales de la comunidad, pero está en gran parte determinada por las condiciones biológicas del individuo. En la vida cotidiana pueden aparecer desequilibrios de esta relación y como consecuencia, se alteran las funciones psíquicas, lo que puede provocar trastornos mentales de variado tipo y enfermedades mentales diagnosticables. Salud mental es el término amplio que implica las diferentes facetas del proceso salud enfermedad con sus aspectos sociales, que tanto influyen en el bienestar de la población. Para su mantenimiento se incluyen acciones encaminadas a la prevención, promoción, atención, tratamiento y rehabilitación. En situaciones de desastres, se altera la relación del individuo con el entorno. Los factores del medio se vuelven sumamente agresivos, fuera del control del individuo y su comunidad y desbordan la capacidad de respuesta de ambos; ello da como resultado, que los mecanismos de afrontamiento habituales sean incapaces de resolver la nueva situación y dan lugar a la más variada gama de respuestas, que afectan al individuo, su equilibrio emocional y pueden llegar hasta permanentes alteraciones del psiquismo y enfermedades mentales.

La salud mental es un fenómeno complejo, que se determina por distintos factores, económicos, sociales, ambientales, biológicos y psicológicos. Los padecimientos más comunes que pueden afectar nuestra salud mental se encuentran, la ansiedad, algunas demencias y la depresión por mencionar algunos. Estas enfermedades tienen su origen mayoritariamente de los factores antes mencionados, que, si bien algunos pueden ser evitados, la mayoría no.

La OMS ha definido a la salud mental como «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». World Health Organization. (2017, febrero 23). Salud mental. Recuperado 31 de mayo de 2020, de [https://www.who.int/topics/mental\\_health/es/](https://www.who.int/topics/mental_health/es/)

Significa que nosotros como seres humanos debemos de gozar no solo con salud física, sino también mental, y social, todos estos puntos se enlazan unos con otros, por ejemplo., para contar con salud mental se necesita contar con un buen estado, social, pues distintos estudios han demostrado que somos seres sociales y por lo tanto al no socializar con otros enfermamos, así mismo pasa con la salud mental y la física, cuando estamos enfermos mentalmente, posteriormente nuestro cuerpo también se enferma, siendo este un tema muy importante el cual debemos de recordar siempre, llevar nuestra salud mental, física y social de la mano, en un ciclo de bienestar.

Tan importante se ha vuelto la salud mental en el mundo que se le ha otorgado el 10 de octubre como el día mundial de la salud mental. Siendo este un día para conmemorar el bienestar mental de las personas, que va de la mano con una campaña que busca concentrar la atención hacia la importancia de la salud mental, de sus causas, consecuencias y métodos intervenidos, como tratamientos y la prevención misma. Sin duda alguna la salud mental es un punto grande a esclarecer para las personas que no conocen aun el término salud mental, y verla como una necesidad básica para nuestra supervivencia y buen vivir.

Website title: Sld.cu

URL: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/urgencia/6salud\\_mental.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/urgencia/6salud_mental.pdf)

Article title: Salud mental

Website title: Organización Mundial de la Salud

URL: [https://www.who.int/topics/mental\\_health/es/](https://www.who.int/topics/mental_health/es/)

Fecha: 10/06/2020.

## 2.2 Enfermedades mentales historia:

La psiquiatría ha sido la última de las especialidades médicas en ser aceptada como tal. A lo largo de la historia las enfermedades mentales, al igual que el resto de las enfermedades, pero en mayor medida que éstas, han sido terreno de la magia y la religión, cuestionándose continuamente su condición misma de enfermedades, ya sea atribuyéndoles un origen diabólico, en los tiempos antiguos, o un origen netamente social en la mucho más reciente anti psiquiatría.

EDAD ANTIGUA: Mesopotamia. - Los primeros médicos babilonios: Assipu = consideraban como posesiones demoníacas y tratadas con métodos mágico-religiosos.

Egipto. - Antes que los griegos, reconocieron al cerebro como "localización de las funciones mentales". Describieron el trastorno emocional, denominado luego como "histeria" por los griegos, atribuyéndolo a una mal posición del útero, por lo cual fumigaban la vagina como tratamiento, con la intención de devolverlo a su posición original.

Israel. - Los médicos hebreos imploraban a Dios. Se restringió el campo de los médicos laicos por considerarlas enfermedades ocultas. En la Biblia se describe la enfermedad mental de Saúl, que terminó en su suicidio, y se interpreta como causada por un espíritu maligno enviado por Dios. Existen también descripciones de probables excitaciones catatónicas y ataques epilépticos, que son atribuidos a posesiones demoníacas.

Persia. - La fuente original de la filosofía persa se encuentra en el Zendavesta, uno de cuyos volúmenes, el Venidad menciona que hay 99,999 enfermedades, todas causadas por demonios. De hecho, "venidad" significa "la ley contra los demonios".

India. - La insistencia del budismo en la supresión del interés hacia el mundo externo, y su dirección hacia el interior del individuo. De hecho, se ha recurrido a

la meditación budista no sólo como una forma de psicoterapia para trastornos mentales sino también como ayuda para superar las dificultades de la vida diaria.

Grecia. - Los griegos fueron los primeros en estudiar las enfermedades mentales desde el punto de vista científico, separando el estudio de la mente de la religión. La medicina griega buscó leyes universales que pudieran constituir la base de una ciencia real de la enfermedad, investigando a fondo las leyes que gobiernan las enfermedades y buscando la conexión entre cada parte y el todo, la causa y el efecto. Además de los tratamientos somáticos de la escuela hipocrática, los griegos emplearon tres tratamientos psicológicos: inducción del sueño, interpretación de los sueños (a cargo de sacerdotes) y el diálogo con el paciente. Hipócrates sostuvo que las enfermedades se producían por un desbalance de los cuatro humores esenciales: flema, bilis amarilla, bilis negra y sangre. Pequeños excesos de estos tres humores y de sangre daban lugar a personalidades flemáticas, coléricas y sanguíneas. Hipócrates ubicó en el cerebro la capacidad para pensar, sentir o soñar. Fue el primero en proponer que los sueños son expresión de nuestros deseos que acceden hacia el conocimiento cuando se eliminan las demandas de la realidad. También fue el primero en describir y clasificar racionalmente enfermedades como epilepsia, manía, paranoia, delirio tóxico, psicosis puerperal, fobias e histeria Roma. - Los romanos siguieron las filosofías griegas estoica y epicúrea, que postularon que las pasiones y deseos insatisfechos actúan sobre el alma produciendo enfermedades mentales, que pueden controlarse alcanzando un estado mental sin perturbaciones o ataraxia (de donde deriva el término ataráctico utilizado para los sedantes).

Celso. - Enfermedades locales y generales, dentro de estas últimas incluyó las enfermedades mentales, que a su vez las dividió en febriles (delirios) y no febriles (locura). Consideró necesario el confinamiento y los procedimientos restrictivos (hambre, cadenas y grillos) para el control de la violencia, recomendando los sustos súbitos como tratamiento.

Galeno. - A su muerte comenzó la era del oscurantismo religioso medieval. Consideró que el cerebro es el centro de las sensaciones y movimientos, y que el alma es inseparable de los centros nerviosos. Describió dos tipos de almas: animal o racional (en el cerebro) e irracionales (en el corazón e hígado). Dijo que el clima influye en las características psicológicas

Feudalismo. - Europa Occidental. - La edad media significó la gran decadencia intelectual de Occidente. Así pues, las enfermedades mentales fueron consideradas como posesiones demoníacas, y la demonología debía estudiar los signos o estigmas de posesión diabólica. A partir del siglo XIII se fundaron hospitales con secciones psiquiátricas en Francia, Alemania y Suiza. El primer hospital europeo para enfermos mentales se fundó en 1409 en Valencia (España).

Agustín de Hipona, contribuyó con la psicología al demostrar que la introspección es una fuente importante de conocimiento psicológico, considerándosele como un precursor de la fenomenología y del psicoanálisis.

Imperio árabe. - A diferencia de los cristianos, creían que los enfermos mentales no eran poseídos por los demonios sino más bien que tenían cierta inspiración divina, su trato hospitalario era más benevolente y amable. Se construyeron hospitales con secciones psiquiátricas en Bagdad (750) y El Cairo (873); asilos para insanos en Damasco (800), Alepo (1270) y Granada (1365).

Renacimiento. - A la vez que el Renacimiento ofreció la promesa de un nuevo espíritu de humanismo y conocimiento, se convirtió en uno de los capítulos más nefastos en la historia de la psiquiatría. En 1486, los teólogos alemanes Heinrich Kramer y Johann Sprenger, con el apoyo del Papa, publicaron el Malleus maleficarum (El martillo de las brujas), que se unió a la misoginia de la Iglesia y a la idea de otros teólogos referente a una conspiración contra el cristianismo, dando lugar a una cacería de brujas que condujo a la muerte a miles de personas, la gran mayoría mujeres.

Los autores del Malleus atribuyeron la causa de todas las enfermedades mentales al demonio, negando cualquier explicación natural de las mismas, destruyendo así toda la herencia científica de la época clásica. El "tratamiento" prescrito para la enfermedad mental fue la tortura, aún si se llegaba a la muerte, y la cremación como un acto de piedad, para "liberar el alma" del desdichado.

Para Celso (1493-1541). Consideró que la enfermedad mental es una enfermedad espiritual debida a cambios insalubres. Pensando en la temperatura como agente causal de la manía, recomendaba la amputación de los dedos para que entre "aire fresco". Fue el primero en sugerir un origen sexual en la histeria.

#### SIGLO XVIII.-

La abundancia de datos médicos y científicos conseguidos era tan abrumadora que se hizo necesaria su síntesis y sistematización. Aunque los enfermos mentales; ya no eran quemados en la hoguera, su suerte era aún lamentable durante la Ilustración. Si no eran internados en los hospitales, vagaban solitarios, siendo objeto de desprecios, burlas y maltratos.

En 1656, un edicto en Francia estableció asilos para insanos, cuyos directores estaban autorizados para detener personas indefinidamente, y en los cuales se llegó a encerrar enfermos mentales junto con indigentes, huérfanos, prostitutas, homosexuales, ancianos y enfermos crónicos.

En Londres, los enfermos mentales eran recluidos en el Hospital de Bethlehem (Bedlam), donde los que sobrevivían a las deplorables condiciones, la abominable comida, el aislamiento, la oscuridad y la brutalidad de los guardianes, debían soportar los tratamientos: eméticos (vómitos), purgantes, sangrías y torturas. El Bedlam se convirtió además en lugar de espectáculo dominical para los londinenses, que pagaban su entrada para observar a los internos tras las rejas de hierro. Similar situación se daba en la Salpêtrière y Bicêtre (París), el Saint Luke's Hospital (Londres), el Pennsylvania Hospital (Filadelfia), el Hospital para Dementes (Moscú) y

el Narrenthurm (Viena). Sauvages (1706-1767). Dividió las enfermedades conocidas en clases, órdenes, géneros, especies y variedades.

Cullen (1710-1790). Publicó otra clasificación de enfermedades, de acuerdo con sus síntomas, métodos diagnósticos y tratamiento.

Battie (1703-1776). En su obra Tratado de la locura (1758), describió dos tipos de locura: endógenas (origen interno) y exógenas (origen externo).

Pinel (1745-1826). La contribución fundamental del médico y reformador francés Philippe Pinel fue cambiar la actitud de la sociedad hacia los enfermos mentales para que sean considerados como seres humanos merecedores de un tratamiento médico. A cargo de la Bicêtre, liberó a los pacientes de sus cadenas en 1793; dos años después hizo lo mismo en la Salpêtrière. Pinel llamó a su labor "tratamiento moral", y muchos de sus principios conservan su valor hasta hoy.

En su obra Tratado de la insanía (1801), clasificó las enfermedades mentales en cuatro tipos: manía, melancolía, idiocia y demencia, explicando su origen por la herencia y las influencias ambientales.

Gall (1758-1828). Creyó que la personalidad estaba determinada por áreas específicas del cerebro, que podían "mapearse" por la palpación de la superficie del cráneo. Si bien su teoría cayó en descrédito, condujo a avances en la neurología.

Mesmer (1734-1815). Sostuvo la existencia de un "fluido continuo y universalmente distribuido" que influye sobre los cuerpos, al que llamó "magnetismo animal", y que supuestamente usaba para sus curaciones, generalmente en mujeres histéricas. Esquirol (1782-1840). Discípulo de Pinel y considerado como el "padre de la psiquiatría", consideraba al asilo como el arma más poderosa contra la enfermedad mental.

Charcot (1825-1893). Diferenció entre las pacientes con lesiones orgánicas y aquéllas cuyos síntomas eran de origen psicológico o "histérico". Fue el primero

en estudiar la función del trauma psicológico en el origen de la histeria, suponiendo que los recuerdos traumáticos se almacenan en el inconsciente, separados de la conciencia, y dan lugar a los síntomas físicos.

James Cowles Pritchard (1786-1848), inglés, dijo que la actitud antisocial es una forma de enfermedad mental, describiendo lo que luego se denominó psicopatía.

## TEORIA DE LA DEGENERACIÓN

. - Morel (1809-1873). En su Tratado de enfermedades mentales (1860), postuló que algunas enfermedades mentales podían heredarse de padres con afecciones similares y que la predisposición podía sufrir una activación lenta hasta convertirse en una enfermedad debido a transmisión vertical repetida o bien a una activación repentina por eventos externos como traumas sociales, alcoholismo o infecciones. Introdujo la denominación de "demencia precoz" para referirse a la actual esquizofrenia.

Richard von Krafft-Ebing (1840-1902), alemán, en su obra Psicopatía sexual (1886) describió varios casos de perversiones sexuales y los atribuyó a degeneración, siendo considerado como el fundador de la sexología.

Cesare Lombroso (1836-1909), italiano, autor de El hombre delincuente (1876) y La mujer delincuente (1893), donde sostuvo que la criminalidad representa un fenómeno biológico producto de la degeneración, identificable a partir de la fisonomía, induciendo la creación de una escuela de antropología criminal, de donde se desarrolló la criminología. SIGLO XX.- Se desarrollaron clasificaciones internacionales, diferentes psicoterapias y la aparición de la psicofarmacología.

Kraepelin (1856-1926). Elaboró un sistema de psiquiatría descriptiva que todavía se emplea para clasificar los trastornos mentales de acuerdo a la conducta que presentan los pacientes y a la evolución del cuadro clínico.



Bleuler (1857-1939). En su libro Demencia precoz o el grupo de las esquizofrenias (1911), afirmó que, como no todos los casos de demencia precoz evolucionan hacia la demencia, era más apropiado usar el término "esquizofrenia".

Jaspers (1883-1969). En su Sicopatología general realiza un estudio fenomenológico exhaustivo de la mente humana. Influyó notablemente en la sicopatología y en la psicoterapia en general.

Kretschmer (1888-1964). Describió dos tipos corporales: leptosómico y pícnico, los cuales vinculó con la esquizofrenia y la psicosis maniaco-depresiva, respectivamente.

Meyer (1866-1950). Desarrolló un concepto psicobiológico de la psiquiatría, que integraba aspectos biológicos y psicológicos en la génesis y tratamiento de los trastornos mentales. Autor de Psicobiología: una ciencia del hombre (1957).

Schneider (1887-1967). Autor de Sicopatología clínica (1959), implementó los enfoques descriptivo y fenomenológico de Kraepelin y Jaspers, respectivamente. Dividió los síntomas de la esquizofrenia en primarios (conocidos ahora como schneiderianos) y secundarios.

EL PSICOANÁLISIS. -

Freud (1856-1939). Estudió inicialmente con Charcot en la Salpêtrière. Junto con Joseph Breuer (1841-1925) empleó la hipnosis para el tratamiento de pacientes histéricas. Más adelante abandonó la hipnosis por el método de las "asociaciones libres". En sus Estudios sobre la histeria, Freud relacionó esta enfermedad con problemas sexuales. En 1896 creó el término "psicoanálisis" para referirse a su técnica de asociaciones libres e interpretación de sueños con el propósito de traer a la conciencia los recuerdos traumáticos del pasado almacenados en el inconsciente. Estos recuerdos se manifiestan normalmente a través de los actos fallidos y los sueños, y patológicamente, mediante los síntomas neuróticos.

En su obra; La interpretación de los sueños; (1900), sostuvo que estos "representan un trabajo psíquico normal lleno de sentido". En sus Tres ensayos para una teoría de la sexualidad (1905), describió cuatro fases del desarrollo sexual: oral, anal, fálica y de latencia, explicando las distintas alteraciones mentales en torno a fijaciones o regresiones a estas fases. En El ego y el id (1923) cambió su modelo topográfico de consciente e inconsciente, por un modelo estructural, que comprendía el yo (ego), el superyó (superego) y el ello (id). Su influencia ha declinado en las últimas décadas por los cuestionamientos que se han hecho a su metodología.

Sin duda alguna las enfermedades mentales existen desde tiempos remotos, aunque no con el termino enfermedad, pero desde siempre existieron indicios de esto, aunque antes se reconocían más como algo místico o de superstición, aludido a la religión y la brujería. Debemos de saber que las enfermedades mentales son un tema de importancia global, cuando nosotros enfermamos físicamente, nos cuestionamos con las causas de lo que nos ocurre, pero cuando estamos enfermos de la mente, se toma como algo pasajero, u grave error al momento de tratarnos. Las enfermedades mentales a veces se confunden con sentimientos de tristeza, cansancio, mucha euforia, o estados de melancolía como lo es en el caso de la depresión. Si analizamos toda la historia de lo que llevo a nuestros días para conocer a las enfermedades mentales como lo que son, si fue tiempo desmedido, pero la importancia que se le da no ha sido la mejor.

Article title: historias de las enfermedades mentales

Website title: Oocities.org

URL: <http://www.oocities.org/bakuninn/enfermedades.htm>

## 2.3 Depresión en la edad antigua:

La depresión existe desde la antigüedad. En el Antiguo Testamento se describe un síndrome depresivo en el rey Saúl. Homero, en el 400 a. C., se refirió a los trastornos mentales a los que denominó “mainé” y “melancolía” En la Ilíada se relata el suicidio de Ajax). Soranos de Ephesus describió los síntomas principales de la melancolía que son tristeza, deseos de morir, suspicacia acentuada, tendencia al llanto, irritabilidad en ocasiones jovialidad.

Posteriormente, Aulus Cornelius en el 30 a.C. describió la melancolía en su libro “De re medicinae”: Kaplan, H. & Sadoock, B. (1.996), término que también utilizaron Areteo (120-180), Galeno (129-199), Alexander de Tralles en el Siglo VI y el médico Moses Maimónides en el Siglo XII.

Por desgracia, el último período Medieval se caracterizó por un énfasis en la demonología y la superstición como bases explicativas del comportamiento anormal. Sin embargo, Para Celso (1.493-1541) se opuso a estas creencias retomando las tesis griegas que explicaban la conducta desadaptada en base a fenómenos naturales. En el Siglo XVI, Juan Huarte de San Juan (1.530- 1.589) escribió un tratado sobre psicología “Probe of the mind”, apoyando la explicación racional del desarrollo psicológico frente a teorías teológicas.

Otro escritor de la Edad de la Razón: Robert Burton (1.577-1.640), destacó el papel del enfado como centro emocional de la depresión en su obra “Anatomy of Melancholy”. Posteriormente en el Siglo XVII, Bonet describió una enfermedad mental a la que denominó “maniaco-melancholicus”. En 1.854 Jules Falret llamó “folie circulaire” a una enfermedad caracterizada por la alternancia de estados depresivos con estados de manía. Coetáneo de 86 REVFalret, el psiquiatra francés Jules Baillarger describió una forma de depresión “folie à double forme” en la que los pacientes se iban deprimiendo cada vez más, entrando en un estado de estupor del que se recuperaban tras un espacio temporal.

Durante los inicios del Siglo XIX, el médico Franz Joseph Gall (1.758-1.828) formuló la teoría de la frenología tras estudiar el cerebro de diferentes tipos de personas:

jóvenes, ancianos y trastornados. Según esta teoría, distintas facultades psicológicas se localizan en áreas específicas del cerebro. Se va evolucionando pues, hacia una base física de la enfermedad mental, como reflejan los tratamientos del médico escocés William Cullen (1.712- 1.790).

En estos mismos años, aparece un movimiento de reforma en Francia que, capitaneado por Pinel (1.745-1.826), refleja la compasión por las personas que padecen trastornos mentales. Pinel plantea que lo que necesitan los pacientes es cuidado humano y tratamiento. De hecho, llegó a proponer el

siguiente tratamiento:

“Paciencia, firmeza, sentimiento humanitario en la forma de guiarlos, cuidado continuo en los pabellones para evitar los brotes de ira y las exasperaciones, ocupaciones agradables que varíen de acuerdo con las diferencias en el gusto, distintos tipos de ejercicio físico, lugares amplios entre los árboles, toda la alegría y la tranquilidad de la vida en el campo y, de vez en cuando, música suave y melodiosa, algo fácil de lograr ya que casi siempre en estos establecimientos hay algún músico distinguido cuyo talento necesita ejercitarse y cultivarse.” Pinel (1.809) pp. 258-260.

Una de las características que más nos interesan de este movimiento de reforma europeo, fue la creación de instituciones para el tratamiento de niños con problemas psicológicos y con retraso mental. A principios del siglo XIX, había una elevada tasa de mortalidad infantil y una muerte prematura en aquellos niños y adolescentes que trabajaban en minas de carbón, y fábricas textiles. A principios del siglo XIX Philippe Pinel indicó que el pensamiento de los melancólicos estaba completamente concentrado en un objeto (obsesivamente), y que la memoria y la asociación de ideas estaban frecuentemente perturbadas, pudiendo en ocasiones inducir a suicidio.

En América, Dorothea Dix (1.802-1.887) maestra de Boston, se preocupó tanto por la falta de trato humano e instalaciones dignas para los enfermos mentales, que visitó 18 misiones, 300 prisiones y 500 hospitales consiguiendo que se construyeran 32 hospitales de salud mental. En Europa hasta 1.850, a los niños se les internaba en las mismas instituciones que a los adultos (se les encarcelaba), puesto que la niñez era la época anterior a la adquisición de la razón y la pérdida de la razón significaba demencia. En 1.816 casi unos cuartos de los prisioneros de las cárceles Londinenses tenían menos de 17 años. Tras una lenta evolución, a mediados del siglo XIX, los libros de texto que describían las anomalías psicológicas, empezaron a incluir secciones dedicadas a los niños en las que se describían trastornos como el denominado “demencia de edad temprana”.

En 1.882 desde Alemania, el psiquiatra Karl Kahlbaum acuñó el término “ciclotimia” para englobar depresión y manía, como estados de la misma enfermedad mientras que Kraepelin en 1.899 describía una psicosis maníaco depresiva cuyos criterios son compatibles con lo que actualmente se diagnostica como Bipolar I y otro caso compatible con el trastorno de ánimo de inicio tardío. Se habían sentado las bases nosográficas que permitirían en los albores del siglo veinte, establecer las clasificaciones posteriores de los trastornos el estado de ánimo.

Si bien las enfermedades en la edad antigua no eran bien recibidas por las personas, puesto que muchas veces se les consideraba símbolo de brujería o de satanismo, una enfermedad tan compleja como lo es la depresión que suele ser confundida con estar triste o melancólico, no sería un tema de importancia para las personas. sin embargo, la tristeza era un elemento clave para poner atención de que algo ocurría con la persona que padecía, sin duda alguna antes de llegar a conocer a la depresión como la conocemos hoy en día, se tuvo que pasar por mucho, desde muertes injustas a personas quienes creían estaban poseídas por algún ente, ahora en nuestro tiempo aún se le sigue viendo como un tabú el tener depresión.

La época en que la depresión era tomada como demencia ha quedado atrás, pero esto fue posible gracias a los distintos estudios e investigaciones que se han

realizado a lo largo de la historia. Para que en nuestros días pueda formar parte de una lista de trastornos mentales.

García, A., n.d. La Salud Mental De Las Personas Jóvenes En España. 84th ed. [ebook] Madrid, pp.86-87. Available at: <<http://www.injuve.es/sites/default/files/RJ84-07.pdf>> [Accessed 25 May 2020].

## **2.4 La enfermedad mental en México.**

En el mundo actual, México no es la excepción, las enfermedades mentales ocupan los primeros lugares en la carga de enfermedad, son responsables de 7.5% de la carga global, lo que representa 15 millones de días perdidos por mortalidad prematura o por discapacidad; ocupan en el mundo el lugar 11 de 88 condiciones analizadas, con un avance de cuatro lugares si se le compara con el lugar 15 que ocupaban en 1990, en la región de América Latina Central, en donde México ocupa el quinto lugar (Murray et al., 2012). En México los trastornos mentales son responsables de 25% de años de vida asociados con discapacidad (AVD) en los hombres y de 23% en las mujeres; la depresión ocupa el primer lugar de AVD en las mujeres y el segundo en los varones, después de la lumbalgia (Lozano et al., 2013). Las enfermedades mentales impactan de manera importante la calidad de vida de la población y afectan el curso de otras enfermedades crónicas; por ejemplo, la depresión afecta el pronóstico y la sobrevida de pacientes con enfermedades del corazón o con cáncer (Satin, 2009; Doyle, 2010). La depresión es 3.4 veces más frecuente entre quienes cursan con una condición de dolor (Ohayon, 2003). Según datos de la Encuesta Mundial de Salud Mental, el riesgo de tener depresión cuando se tiene diabetes es 2.2 veces más frecuente que cuando no existe esta condición, y se tiene 2.8 veces más probabilidad cuando se trata de obesidad; en México la presencia de ansiedad es 4.4 veces mayor cuando se trata de obesidad grave (IMC 35+), en comparación con una obesidad media (IMC 30-34.9). La frecuente coocurrencia de condiciones crónicas y trastornos del afecto y de la ansiedad y la necesidad de una terapéutica combinada refuerzan la conveniencia de integrar los servicios de atención a la salud mental a los servicios de salud en los tres niveles de atención. A pesar de su

alta prevalencia –12% de la población entre 18 y 65 años (Medina-Mora et al., 2003)–, sólo una pequeña proporción de los enfermos recibe tratamiento (17.7%), que se duplica (34.4%) en los casos de trastornos graves, que incluyen cualquiera de las siguientes condiciones: la presencia de un trastorno bipolar tipo I, medicación antipsicótica, intento suicida, al menos un día de hospitalización o cualquier diagnóstico con una evaluación global de funcionamiento igual o mayor a 40, que indica un nivel de moderado a grave de discapacidad (Borges et al., 2007). Aun así, la mayor parte de los enfermos no recibe atención. El tiempo que transcurre entre que ocurre la enfermedad y que se llega a tratamiento es largo, con 15 años en promedio para los trastornos del afecto, 25 años para trastornos del impulso y ansiedad y más de 25 años en promedio entre que aparece el trastorno por abuso de sustancias y se llega a tratamiento. La mayor proporción de los casos son atendidos en tercer nivel de atención (Wang, 2007). El tratamiento más frecuente lo ofrecen especialistas no médicos (9%), seguidos por la medicina alternativa (6%); 4.7% de los casos con trastorno en los últimos 6 meses fue atendido por médicos generales y sólo 1.7%, por psiquiatras. En la atención de casos graves participa con mayor frecuencia el psiquiatra, 5%, proporción más cercana a la atendida por otras especialidades (5.7%); estos casos son atendidos en mayor proporción por los médicos generales (7.9%) (Borges et al., 2006).

En todo el mundo, la depresión afecta a más de 300 millones de personas. Y en México, es la primera causa de discapacidad en hombres y la novena en mujeres, y la responsable de 54% de los casos de ausentismo laboral, de acuerdo con la organización civil Voz Pro Salud Mental.

"Cuando hablamos de depresión, no nos referimos simplemente a 'estar triste', sino a una enfermedad real que puede llegar a ser incapacitante o terminar con la vida", refiere la ONG.

En un llamado a atender el problema, Voz Pro Salud Mental cita información de las revistas *Salud Mental* y *The Lancet*. En 2016, esta última publicación estimó que la depresión y la ansiedad no tratadas son responsables de más de 12,000

millones de días productivos perdidos al año, en 36 países, lo cual equivale a una pérdida económica de más de 925,000 millones de dólares.

Esto se debe a que un caso de depresión no tratado puede desembocar en discapacidad psicosocial, asociada con una disminución de la calidad de vida, la dificultad para que una persona se relacione socialmente y el abandono de los estudios o del empleo.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica 2007, el promedio de días de trabajo perdidos en 2006 por causa de la depresión fue de 25.1, mientras que el de días perdidos por enfermedades crónicas fue de 6.89.

Estos datos que se han recabado de la depresión en México, no es más que otro motivo para dejar en claro lo alarmante que esta enfermedad, la importancia que se le debe de otorgar, la necesidad de saber sobre las enfermedades, y ante todo la manera de prevención, comenzando desde casa, las escuelas y demás.

Medina Mora, M. E. M. M., Sarti Gutiérrez, E. J. S. G., & Real Quintanar, T. R. Q. (Eds.). (2015). LA DEPRESIÓN Y OTROS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS [EPub ] (primera edición ed., Vol. 1). Recuperado de [http://www.anmm.org.mx/publicaciones/CAnivANM150/L27\\_ANM\\_DEPRESION.pdf](http://www.anmm.org.mx/publicaciones/CAnivANM150/L27_ANM_DEPRESION.pdf)

## **2.5 Depresión en mujeres.**

Varios factores pueden contribuir al desarrollo de la depresión en las mujeres. La depresión suele darse en familias y esto se puede deber a los genes. Algunos genes aumentan el riesgo de la depresión. Otros aumentan la resiliencia, es decir, la capacidad de recuperarse de las dificultades de la vida y, por lo tanto, protegen contra la depresión. Las experiencias negativas, tales como el trauma o abuso durante la infancia y el estrés en la vida adulta, pueden aumentar el riesgo. Sin embargo, así como ciertas tensiones o carencias pueden provocar la depresión en algunas personas, no causan ese efecto en otras personas. Los factores positivos, como una familia afectuosa y las conexiones sociales saludables, pueden



umentar la resiliencia. Las investigaciones han demostrado que en las personas con depresión puede haber cambios sutiles en los sistemas cerebrales que afectan el estado de ánimo, la energía, el pensamiento y la forma cómo el cerebro responde al estrés. Los cambios pueden variar de una persona a otra, por lo que no todos los tratamientos funcionan de la misma manera para todas las personas. Durante la infancia, tanto las niñas como los niños experimentan tasas similares de depresión. Sin embargo, para cuando llegan a la adolescencia, las mujeres son más propensas a sufrir de depresión que los hombres. Los investigadores continúan averiguando las razones que causan esta diferencia y cómo los cambios en los niveles hormonales pueden estar relacionados con el riesgo de depresión a lo largo de la vida de las mujeres.

Ciertamente estos factores afectan a las mujeres del mundo, en su estado de ánimo que si no se es atendido suele terminar en un estado depresivo, las mujeres día con día padecemos un sinfín de cambios ,como ya sabemos las mujeres tienen distintos roles en la sociedad, si nos referimos a México sabemos que tenemos índices altos de depresión en mujeres, al igual nuestras estadísticas nos declaran que nosotras somos más propensas a padecer depresión, y si bien esta no es una noticia nueva, se debe de tomar con mayor importancia.

Las mujeres pueden llegar a sufrir depresión hasta por un síndrome menstrual, incluso existe la depresión postparto, que es una depresión de moderada a intensa en una mujer después de que ha dado a luz y se puede presentar poco después del parto o hasta un año más tarde. La mayor parte del tiempo ocurre dentro de los primeros tres meses después del parto. Siendo este tema algo de lo que no se sabe mucho al respecto, pero es real, sucede en el mundo, en nuestro país.

La depresión en las mujeres muchas veces o la mayoría es aludida a nuestros cambios de humor, llevándola a una disminución de su importancia, y es cierto las mujeres por cuestiones hormonales, llegamos a sufrir cambios dentro de nosotros que se encuentra el ánimo, pero el tener depresión no es algo únicamente hormonal.

Dentro de los distintos tipos de depresión que afectan a las mujeres se aluden:

- Depresión grave: síntomas graves que interfieren con la capacidad de trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar de la vida. Es posible que una persona tenga un solo episodio de depresión grave en su vida, pero es más común tener varios episodios. Si los síntomas de la depresión comenzaron durante el embarazo o en el mes después de dar a luz, se dice que la mujer tiene depresión posparto (o peri parto). Las mujeres que han tenido episodios de depresión antes de quedar embarazadas tienen un mayor riesgo de sufrir de depresión posparto.
- Trastorno depresivo persistente: un estado de ánimo depresivo que dura por lo menos dos años. La persona que ha sido diagnosticada con trastorno depresivo persistente puede tener episodios de depresión grave junto con períodos de síntomas menos graves. En cualquier caso, los síntomas deben haber tenido una duración de por lo menos dos años.
- Trastorno disfórico premenstrual: los síntomas incluyen grandes variaciones en el estado de ánimo, estado depresivo y ansiedad que aparecen regularmente la semana antes del período menstrual de la mujer y desaparecen a los pocos días. Los síntomas son lo suficientemente graves como para interferir con las actividades diarias y las relaciones.

De igual manera la sintomatología en las mujeres no es nada diferente a la de los hombres, puesto que se deriva en:

- Sentimientos de tristeza o sentirse “vacía”
- Sentimientos de desesperanza, irritabilidad, ansiedad o de culpa
- Pérdida de interés en las actividades preferidas
- Fatiga o mucho cansancio
- Dificultad para concentrarse o recordar detalles
- Problemas para quedarse dormida o dormir demasiado
- Aumento o pérdida de apetito
- Pensamientos o intentos de suicidio

- Dolores o molestias, dolores de cabeza, cólicos o problemas digestivos.

Website title: Nimh.nih.gov

URL: [https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/la-depresion-en-las-mujeres/depression-women-spanish\\_151033.pdf](https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/la-depresion-en-las-mujeres/depression-women-spanish_151033.pdf)

## **2.6 Síntomas físicos de la depresión.**

Aunque la depresión es una enfermedad mental, muchos de sus síntomas se reflejan en nuestro cuerpo. La mente es el órgano que se encarga de controlar todo nuestro organismo, y cuando no funciona correctamente, nuestro organismo tampoco lo hace. Algunos de los síntomas físicos de la depresión suelen manifestarse en el sueño, en el sentido de que comenzaremos a sentirnos más cansados y fatigados, con sueño constantemente, aunque muchas veces cueste conciliarlo. Esta falta de energía se refleja en nuestro día a día y en nuestro rendimiento general, ya que no podemos concentrarnos en lo que estamos haciendo a causa del cansancio.

Nuestro apetito también se ve afectado, aunque cada persona es un mundo. A quien, al padecer síntomas de la depresión, su apetito aumenta y trata de paliar la sensación con atracones, por lo que es probable que aumente de peso. Otras personas, por el contrario, pierden por completo el hambre y dejan de comer, poniendo en riesgo su salud física aun sin desearlo. Sencillamente tienen el estómago cerrado e ingerir alimentos se les hace bola, pero es una forma más de que nuestro cuerpo se descuide por culpa de una enfermedad mental. Además, el estado de ánimo de las personas que padecen depresión es bastante bajo, por lo que, sumado a su falta de energía, las personas depresivas se encuentran en un bucle de inactividad muy frustrante.

Por otro lado, los síntomas psicológicos son los más duros de esta enfermedad. Los primeros síntomas no suelen ser excesivamente graves, pero, al comenzar a tener depresión, algo de lo más común es empezar a atacarse a uno mismo. No hablo únicamente de autolesión física, sino de comentarios constantes y de un sentimiento de culpabilidad y asco cada vez más arraigado. Los pensamientos intrusivos comienzan a aparecer con más frecuencia, y eso hace que la persona con depresión se convenza poco a poco de una versión de sí misma que no se adecúa a la realidad, pero que no puede evitar ver así. Dentro de estos pensamientos intrusivos existen muchos pensamientos repetitivos sobre la muerte y el suicidio, de ahí que enfermedades mentales como la depresión suelen tener consecuencias tan catastróficas.

A grandes rasgos, se trata de una sensación constante de inutilidad y de inapetencia por nada. Se pierde la alegría y el entusiasmo por aquello que antes te encantaba, y comienza a tenerse una visión de uno mismo nefasta y muy perjudicial. La depresión es relativamente episódica, en el sentido de que hay días en los que parece mejorar, días en los que parece empeorar, y días en los que parece seguir todo igual, pero desgraciadamente se trata de una enfermedad que no se va a ir con facilidad, corriendo siempre el riesgo de recaer. La apatía es también un rasgo muy característico de esta enfermedad, ya que se pierden las ganas de todo, incluyendo las ganas de vivir, de ahí los pensamientos intrusivos sobre la muerte y el suicidio.

Es una enfermedad increíblemente delicada y compleja, y hay que tratarla de manera constante e inmediata para poder sobrellevarla. No valen las expresiones “anímate” o “no pienses en ello”. Llevamos toda la vida creyendonos la falsa premisa que somos nosotros quienes controlamos nuestro cerebro, pero es al revés, de ahí que tengamos que proporcionarle el tratamiento médico que necesita.

Ciertamente la depresión no solo se basa en atormentar nuestra mente, si no también nuestro cuerpo, la mayoría de veces suele manifestarse, en pérdida del sueño, apetito y demás, estos síntomas físicos, pueden convertirse en una

enfermedad más avanzada, es por eso que es de gran importancia, atender la depresión desde el primer síntoma. Aunque la mayoría de personas suelen aludirles estos síntomas físicos a otras enfermedades o solo el tener estrés o sentirse triste, sin duda alguna este estado anímico es de preocuparse, porque día con día hay más personas en el mundo que la padecen, según la OMS alrededor de 350 millones de personas padecen esta enfermedad, y la mayoría de estas, hacen caso omiso las futuras consecuencias que trae consigo.

Article title: Síntomas físicos y psicológicos de la depresión - Mentendencias.com

Website title: Mentendencias.com

URL: <https://www.mentendencias.com/sintomas-fisicos-y-psicologicos-de-la-depresion/>

<http://psiquiatria.facmed.unam.mx/pdfindex/depresion.pdf>

## **Capítulo III.**

### **3.1 La depresión en el ser humano.**

La depresión y la tristeza son estados de ánimo del ser humano. Son dos estados anímicos diferentes. En la mayoría de los casos la depresión es endógena, surge por problemas hormonales o sustancias en la química del cuerpo diferentes a quienes no la poseen. Los niveles de serotonina tienden a ser más bajos. En cambio, la tristeza es un estado de ánimo el cual podría ser de corta duración y pudiera estar relacionada a situaciones conflictivas entre familiares, amistades o personas compañeras de trabajo. Hay eventos y expresiones inadecuadas de alguien los cuales nos pueden causar tristeza.

#### **3.1.1 La depresión como un estado emocional.**

En el ser humano, la experiencia de una emoción generalmente involucra un conjunto de cogniciones, actitudes y creencias sobre el mundo, que utilizamos para valorar una situación concreta y, por tanto, influyen en el modo en el que se percibe dicha situación.

Durante mucho tiempo las emociones han estado consideradas poco importantes y siempre se le ha dado más relevancia a la parte más racional del ser humano. Pero las emociones, al ser estados afectivos, indican estados internos personales, motivaciones, deseos, necesidades e incluso objetivos. Aun así, es difícil saber a partir de la emoción cual será la conducta futura del individuo, aunque nos puede ayudar a intuirlo. A los pocos meses de vida comenzamos a expresar emociones básicas como el miedo, el enfado o la alegría. Algunos animales comparten con nosotros esas emociones básicas. En los humanos se van haciendo más complejas gracias al lenguaje, porque usamos símbolos, signos y significados. Sabiendo así que nuestras emociones forman parte de nuestra vida y la manera en la que se manifiesta, se podría decir que como seres humanos podemos controlarlas, pero no es así, tan al grado de que podemos enfermar, a ciertas patologías como lo son los trastornos del estado del ánimo.

Los trastornos del estado de ánimo son trastornos de la salud mental caracterizados por la existencia de alteraciones emocionales, consistentes en periodos prolongados de tristeza excesiva (depresión), de exaltación o euforia excesivas (manía), o de ambos. La depresión y la manía representan los dos polos o extremos de los trastornos del estado de ánimo. Los trastornos del estado de ánimo (trastornos del humor) se conocen también como trastornos afectivos. Afecto significa estado emocional, que se expresa a través de gestos y expresiones faciales.

La tristeza y la alegría son parte de la experiencia habitual de la vida diaria, y difieren de la depresión y la manía que caracterizan a los trastornos del estado de ánimo. La tristeza es una respuesta natural a la pérdida, la derrota, el desengaño, el trauma o la catástrofe.

La aflicción o el duelo es la reacción normal más habitual ante una separación o una pérdida, como la muerte de un ser querido, el divorcio o el desengaño amoroso. Generalmente, el duelo y la pérdida no causan depresión persistente e incapacitante, excepto en personas predispuestas a padecer trastornos del estado de ánimo o del humor.

El hecho de sufrir un trastorno del estado de ánimo, en particular uno que implique depresión, aumenta el riesgo de desarrollar otros problemas, como incapacidad para realizar las actividades diarias y mantener relaciones, pérdida de apetito, ansiedad extrema y alcoholismo. El 15% de las personas con depresión que no reciben tratamiento acaba su vida suicidándose.

La depresión se caracteriza por la exacerbación de algunas emociones que, en su justa medida son beneficiosas para la persona, como la tristeza, la culpa y la vergüenza. Quien padece este problema, entra en un estado de tristeza profunda que lo lleva a llorar o sentirse angustiado buena parte del día. Como corolario, comienza a culparse a sí mismo por lo que le pasa, y se siente afligido por preocupar a sus amigos y seres queridos.

Convencido de que se ha convertido en una pesada carga para su familia, la sensación de vergüenza se dispara y muchas veces el paciente deprimido empieza a pensar que lo mejor que podría pasarle es morir, puesto que la enfermedad le impide ver un horizonte más o menos promisorio.

Por supuesto, usualmente nada de esto es cierto. Lo que ocurre es que el desbarajuste de estas emociones, que se desvían de su cauce normal, terminan por enturbiar el proceso normal de razonamiento del paciente enfermo, alterando sus sistema de creencias, tiñendo completamente su percepción, empujándolo a pensar que es un ser inútil, reprobable, incapaz de valerse por sus propios medios, y que en consecuencia es esperable que termine sumido en la más absoluta ruina social y económica, abandonado por todos aquellos a quien quiere, y librado a la fatalidad de su inexorable y funesto destino.

Es así como podemos ver que las emociones son nuestros principales síntomas al momento de padecer depresión, que si bien no es algo tangible, si es algo que sentimos, que si no son abordadas en el tiempo necesaria, puede complicarse, es por eso de la importancia de nuestra salud mental desde que somos pequeños, para aprender a conllevar nuestras emociones a lo largo de nuestra vida.

### **3.1.2 Las causas de la de depresión en la vida de las personas.**

La depresión no surge solamente en razón de problemas emocionales o psicológicos. Ya se han reconocido varios factores de riesgo y causas orgánicas para el trastorno depresivo mayor. Siendo estos factores los causantes de la depresión, podemos comenzar definiendo a cada uno de ellos.

#### **Causas orgánicas:**

##### **Genética:**

Personas que tienen familiares con depresión tienen un mayor riesgo de padecer también de la enfermedad, indicando que hay una vulnerabilidad a la depresión que puede ser heredada genéticamente. De hecho, tener parientes cercanos con



otros trastornos psiquiátricos, como trastorno de pánico, trastornos afectivos o inclusive alcoholismo, también son factores de riesgo para la depresión.

A pesar de intensos estudios en el área, todavía no se logró identificar los genes responsables de la vulnerabilidad a la depresión. A pesar de la herencia genética, que parece ser un factor importante, ella sola no es suficiente para desencadenar la enfermedad. Esto se prueba fácilmente a través de estudios de hermanos gemelos idénticos, donde se vio que hay concordancia en solamente un 40% de los casos. Por lo tanto, otros factores, aparte de la genética, son necesarios para presentarse el trastorno depresivo.

### **Neurotransmisores:**

El cerebro humano es una estructura altamente compleja, cuyo funcionamiento depende de cientos de mediadores químicos. Ahora sabemos que más trastornos psiquiátricos están relacionados con al menos 5 de estos neurotransmisores: noradrenalina, serotonina, dopamina, ácido gamma amino butírico (GABA) y acetilcolina. La abundancia o carencia de algunos de estos neurotransmisores en ciertas partes del cerebro pueden desencadenar graves trastornos psiquiátricos y neurológicos. Ejemplos: una falta de dopamina en ciertas áreas de la base del cerebro causa la enfermedad de Parkinson. Ya la enfermedad de Alzheimer parece estar relacionada con niveles bajos de acetilcolina en el cerebro.

La depresión se origina en un funcionamiento anormal de algunos de estos neurotransmisores como dopamina, serotonina, noradrenalina y GABA. Entre ellos, la serotonina parece tener el papel más importante, estando habitualmente en bajos niveles en pacientes con depresión.

### **Uso de drogas o alcohol:**

Las enfermedades adictivas también están bajo la influencia de estos neurotransmisores citados. El alcohol y las drogas ejercen sus efectos incrementando la liberación de dopamina en el cerebro, que causa euforia y una sensación agradable. El problema es que el uso repetido de drogas o alcohol

desensibiliza el sistema de la dopamina, haciendo que el mismo se acostumbre a la presencia de estas sustancias. Así, personas adictas necesitan más y más de drogas o alcohol para lograr el mismo grado de satisfacción, pudiendo quedarse deprimidas cuando están fuera del efecto de estas sustancias. El cerebro se acostumbra a vivir con niveles cada vez mayores de neurotransmisores estimulantes, haciendo con que los niveles normales no sean suficientes para controlar el estado de ánimo del individuo

### **Cambios del cerebro:**

Además de la reducción de la concentración de neurotransmisores, pacientes con trastorno depresivo crónico también exhiben cambios en la anatomía del cerebro, como la reducción del volumen del lóbulo frontal y del hipocampo.

Estudios de neuro imagen muestran también cambios en el funcionamiento de varias áreas del cerebro en personas con depresión. Los investigadores descubrieron una zona de la corteza prefrontal con una actividad anormalmente disminuida en pacientes con este trastorno. Esta región está relacionada con la respuesta emocional y tiene conexiones generalizadas con otras áreas del cerebro responsables de regular los neurotransmisores asociados al estado de ánimo, como noradrenalina, dopamina y serotonina.

### **Enfermedades del cerebro:**

Está cada vez más aceptada la relación entre el accidente cerebrovascular (ACV) y la aparición de la depresión. Ahora sabemos que la depresión que surge después de un accidente cerebrovascular es causada no sólo por conmociones psicológicas debido a notables consecuencias de accidente cerebrovascular, como secuelas motoras o del habla. La propia lesión directa del cerebro por el derrame cerebral aumenta el riesgo de la aparición de la depresión, a pesar de las consecuencias del accidente cerebrovascular no tener ningún gran efecto psicológico sobre el paciente (lee: ACV – ICTUS CEREBRAL – Causas y Síntomas). Además del ACV, varios otros trastornos neurológicos aumentan el riesgo de depresión, incluyendo la enfermedad de Parkinson, Alzheimer,

esclerosis múltiple (lee: ESCLEROSIS MÚLTIPLE – Síntomas y Tratamiento), epilepsias, tumores del cerebro y traumatismos craneales.

### **Enfermedades crónicas:**

Pacientes con enfermedades crónicas son también más vulnerables a la aparición del trastorno depresivo. Las más comunes son: diabetes, enfermedades del corazón, hipotiroidismo, SIDA, cirrosis, enfermedad inflamatoria intestinal, lupus, artritis reumatoide, fibromialgia, entre otras.

### **Causas psicológicas:**

Las tensiones emocionales son un disparador importante para el inicio de la depresión. A menudo, un evento traumático es el factor que falta a un individuo que es susceptible de desarrollar un proceso depresivo.

### **Traumas en la infancia:**

Traumas adquiridos en la infancia son un factor de riesgo importante para el desarrollo de la depresión. Entre los traumas están los abusos, la ausencia del padre, muerte de alguien cercano, agresiones o falta de afecto por parte de los padres. Relaciones problemáticas con padres, hermanos y compañeros son comunes en niños y adolescentes con depresión. Adultos depresivos a menudo informan poca participación paterna y sobreprotección materna durante la primera infancia. Niños que han sufrido bullying también están en mayor riesgo de convertirse en adultos depresivos.

### **Tensiones emocionales:**

Aunque el trastorno depresivo pueda presentarse sin ningún factor precipitante emocional, estrés y pérdidas personales sin duda aumentan el riesgo. Pérdida de seres queridos son importantes factores de riesgo en individuos más jóvenes. En los ancianos con matrimonios largos, la pérdida del esposo o esposa es, frecuentemente, un evento desencadenante de la depresión. Dolor crónico, enfermedades crónicas, incapacidad y enfermedad que dejan secuelas también

pueden llevar a la depresión. Aislamiento social, exceso de críticas excesiva y cargos por la familia, dificultad económica persistente, separación conyugal o baja autoestima también son factores comunes. Tener contacto estrecho y frecuente con una persona deprimida también aumenta el riesgo de depresión.

### **Depresión postparto:**

La depresión postparto es un tipo de trastorno depresivo que algunas mujeres desarrollan después del parto. La mayoría de las mujeres con depresión posparto comienza a mostrar síntomas en el primer mes de vida del bebé, pero algunas tardan hasta 12 meses para el desarrollo de la depresión. Cerca del 10% de las madres sufren de depresión posparto.

En los primeros 2 o 3 días después de tener un bebé, muchas mujeres tienden a presentar un tipo leve de depresión postparto, llamada tristeza postparto o melancolía postparto. Este cuadro afecta hasta el 80% de las madres y se caracteriza por cambios de humor, irritación, dificultades de concentración, insomnio y ataques de llanto. La melancolía postparto se produce por cambios hormonales que vienen con el final del embarazo y por estrés psicológico causado por la responsabilidad de cuidar de un recién nacido, asociado con el agotamiento físico que la tarea causa. En la mayoría de los casos, la tristeza postparto desaparece en 2 o 3 semanas.

La depresión postparto es un cuadro más importante que la melancolía posparto, durando más tiempo y presentando síntomas más severos. Mujeres con antecedentes de depresión son más propensas a tener depresión postparto que las mujeres que nunca han estado deprimidas. Mujeres con depresión posparto generalmente no pueden dormir, inclusive cuando sus bebés duermen. Además, se presentan muy enojadas, incapaces de cuidar del bebé, con grave sentimiento de culpa y con la sensación de no tener lazos emocionales con el nuevo bebé.

La depresión postparto puede llevar a la madre a tener pensamientos de daño a sí mismo y al bebé; en la mayoría de los casos, sin embargo, la madre puede reconocer al absurdo de la idea, teniendo capacidad de controlar este extraño

pensamiento. La depresión postparto puede desaparecer espontáneamente; no obstante, la ayuda médica es importante, porque en algunos casos el trastorno depresivo no mejora con el tiempo y hay riesgos de la madre causar problemas a su hijo.

Siendo estas de las principales causas, sin descartar los problemas cotidianos que ya hemos mencionado antes, como las crisis económicas, o políticas, estas son de las causas que más afectan a las personas, y aunque en muchos casos esto puede ser preventivo, en su mayoría no, como las causas genéticas, de las que ya estamos predestinados, es así que como seres humanos debemos de poner mayor atención a este cierto tipo de causalidades de nuestra mente, en general las causas son irremediables, pero lo que puede cambiar sin duda alguna es el abordaje con el que se acompañara.

### **3.1.3 Métodos de intervención basados en teorías.**

La depresión es una enfermedad compleja que suele manifestarse cuando menos te lo esperas, pero al tenerla no quiere decir que será así de por vida, para su intervención. Primeramente, se necesita de un diagnóstico, este diagnóstico se logra mediante la entrevista entre el psicólogo y el paciente, quien debe de ir a terapia de manera voluntaria, claro esto siempre y cuando este sea capaz de ir por su propia voluntad.

Así mismo para que la depresión pueda ser curada se necesita del uso de una teoría para trabajar con el paciente acorde a sus necesidades.

Existen varias teorías que intentan dar razones de la depresión:

1. La teoría conductual: como falta de refuerzo.

La depresión se debe a una falta de refuerzos que hace que el que la padece no actúe. Debido a la inactividad el deprimido no encuentra refuerzos en la sociedad y en consecuencia la depresión se perpetúa.

Según esta teoría el tratamiento consiste en una programación de actividades que comienzan a dar al sujeto los refuerzos que necesita. Una vez que comienza se establece una realimentación positiva. Uno del problema con los que plantea el depresivo es que dice que no tiene fuerzas para hacer nada, que cuando se le cure la depresión y se siente bien es cuando saldrá y hará las cosas que le apetecen. Se trata de plantearle lo contrario, cuando te mueves te refuerzan y te sentirás bien y con más ganas de seguir.

2. La teoría cognitiva: la depresión como resultado de pensamientos inadecuados.

La depresión se debe a una distorsión cognitiva, en la que el depresivo distorsiona la realidad viéndose de forma negativa en la triada cognitiva, el mismo, el mundo y el futuro.

El tratamiento consiste en detectar los pensamientos automáticos negativos de los sujetos y analizarlos y cambiarlos racionalmente. La aportación que se puede dar desde el punto de vista corporal es que las sensaciones que sentimos son debidas a pensamientos automáticos. Cuando pensamos mucho sobre un tema vamos reduciendo el pensamiento de forma que generalizamos y dejamos indicado el contenido y lo único que sentimos es la preparación para actuar que nos deja, es decir, la emoción y la sensación asociada. Se puede analizar de esta forma el pensamiento automático de tal manera que el deprimido ve claramente la relación entre la sensación y el pensamiento, de hecho, basta con preguntarle respecto a la sensación para que sepa a qué se debe y que es lo que en realidad la sensación le dice. Una vez que se descubre el pensamiento automático a veces se puede desmontar de forma racional, pero otras es preciso hacer algún experimento para comprobar que no responde a la realidad o realizar cambios conductuales para que el paciente para que pueda apreciar la realidad. Uno de los problemas que ocurre con este tipo de pensamientos automáticos es que se confirman a sí mismos. El paciente se siente incapaz de actuar y esto le produce una sensación que le deja tan caído que en efecto no puede actuar.

3. La indefensión aprendida: la incapacidad para poder resolver algún problema.

Asociada con esta está la teoría de la desesperanza. El problema es la pérdida de la esperanza de conseguir los refuerzos que queremos.

4. Teoría biológica.

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

En realidad, se pueden aplicar todas las teorías y explicar los síntomas de la depresión en función de cada una de ellas.

### **3.2 Tipos de depresión.**

La depresión al ser uno de los trastornos que más se padece en el mundo, y que trae consigo consecuencias graves, muchas veces pasa desapercibido, para los ojos de las personas, ya que muchas veces suele ser confundido con algún estado emocional pasajero o con un sentimiento mismo, cabe mencionar que no existe solo un tipo de depresión, existen distintos tipos de depresión, que repercuten en la vida de los seres humanos de distintas formas.

#### **3.2.1 Trastorno de depresión mayor.**

Cuando nuestro estado de ánimo cae hasta lo más hondo y oscuro del abismo, se va con él todo lo que somos. Nuestra alegría, nuestras esperanzas, e incluso nuestras energías, desaparecen sin avisar, haciendo que nos convirtamos en una sombra de lo que fuimos, y sumergiéndonos en nuestra tristeza, veremos los días pasar. Las personas que sufren un trastorno de depresión mayor, tienen serias dificultades para sobrellevar su día a día. Es terriblemente difícil gestionar la

inmensa y absoluta oscuridad. Saber qué es el trastorno depresivo mayor es esencial para saber bien a qué nos enfrentamos. Quien lo padece sufre una inmensa tristeza y desesperanza. Toda su vida se ve limitada por su falta de energías, y sobre todo por su falta de interés por todo y por todos. La persona que sufre este tipo de trastorno se ve inmerso en un profundo dolor que le destroza el alma, hablando en términos coloquiales.

Quien sufre un trastorno depresivo mayor nota que siempre está cansado. Es un agotamiento que nace del alma y se traslada al cuerpo. Cuando la mente y el cuerpo no responde, todo se torna negro y estéril. Las motivaciones se pierden. El interés por las cosas y personas que antes sí lo tenía, desaparecen con la misma velocidad, que la persona se ve envuelta por una bruma negra y oscura. Todo deja de tener el significado que siempre ha tenido, y pasa a un segundo o tercer lugar. La persona que sufre este tipo de trastorno ve pasar los días sin que nada pueda hacer. Porque este trastorno es capaz de paralizar y limitar a quien lo padece. La vida deja de tener sentido para ellos.

Este tipo de trastorno va acompañado por una sintomatología muy grave e intensa. Pueden aparecer serias alteraciones del sueño, del apetito, problemas musculares, falta de concentración, etc. Si tuviéramos que describir qué es el trastorno depresivo mayor, lo podríamos comparar como cargar con una pesada losa, que nos permite avanzar, que nos cansa, que nos hace daño, y que no nos deja ver todo lo bueno que hay en nuestro alrededor. La oscuridad más profunda que nos arrebatara nuestra alegría, y llega a destruir todo lo que somos, lo que fuimos, y lo que podamos llegar a ser. Es claro que el trastorno de depresión mayor, es de los más graves, y en su abordaje de los más complicados, puesto que, al llegar a este estado de depresión, muy difícilmente, el paciente logra salir de ese estado, aunque difícil, no significa que sea imposible, ya que fenómenos como la terapia, un buen abordaje, acompañamiento de la familia y la intención de terminar con este estado, se puede lograr el cometido.



### **3.2.2 Distimia.**

La distimia se caracteriza por ser una forma de depresión crónica, menos grave que un trastorno depresivo mayor, pero más persistente. El principal síntoma es un estado de tristeza y desánimo continuos. Son característicos de este trastorno la desilusión, la apatía, el sentimiento de desesperanza, la poca capacidad para experimentar placer o felicidad y la baja autoestima. Los pacientes suelen describirse como deprimidos o desanimados “de toda la vida”.

Es importante no confundir un episodio de tristeza o abatimiento, que surge por circunstancias de la vida, con este trastorno. Para poder realizar un diagnóstico de distimia, el estado de ánimo crónicamente depresivo se ha tenido que manifestar durante al menos dos años seguidos y presentar al menos dos de los siguientes síntomas: pérdida o aumento de apetito, alteraciones del sueño, baja autoestima, falta de energía, dificultades de concentración o de toma de decisiones y sentimientos de desesperanza.

### **3.2.3 Trastorno ansioso depresivo.**

El trastorno mixto ansioso-depresivo ha suscitado gran polémica en su concepción y no ha sido recogido por todas las clasificaciones de diagnósticos existentes. No es que no se reconozca su existencia, pero en ocasiones se ha considerado que se trata o de un trastorno depresivo con características ansiosas secundarias y no un único trastorno. En el trastorno mixto ansioso-depresivo están presentes síntomas de ansiedad y de depresión, pero ninguno de ellos predomina de forma clara ni tiene la intensidad suficiente como para justificar un diagnóstico por separado.

Este trastorno se manifiesta mediante una mezcla de síntomas comparativamente leves que se ven con frecuencia en atención primaria, siendo su prevalencia todavía mayor en la población general.

La combinación de síntomas depresivos y de ansiedad provoca un deterioro significativo del funcionamiento de la persona afectada. No obstante, los que se

oponen a este diagnóstico han argumentado que la disponibilidad de este diagnóstico desanima a los clínicos a emplear el tiempo necesario para hacer una historia psiquiátrica completa. Una historia que a su vez permita diferenciar los verdaderos trastornos depresivos de los trastornos de ansiedad.

Para hacer el diagnóstico se requiere de la presencia de síntomas ansiosos y de depresión de baja intensidad. Además, tiene que existir alguna sintomatología vegetativa como temblores, palpitaciones, boca seca y sensación de malestar gástrico.

Algunos estudios preliminares han indicado que la sensibilidad del médico general para el síndrome de trastorno mixto ansioso-depresivo es baja. Sin embargo, es posible que esta falta de reconocimiento refleje únicamente la falta de una etiqueta diagnóstica apropiada para estos pacientes.

#### **2.2.4 Depresión atípica.**

La depresión atípica es una alteración del estado de ánimo que se caracteriza por poseer síntomas y manifestaciones específicas. Esta alteración psicopatológica se cataloga como un tipo de depresión, ya que los síntomas que presenta son principalmente depresivos. De hecho, la depresión atípica cumple los criterios diagnósticos para el establecimiento de trastorno depresivo mayor.

No obstante, la particular nomenclatura de depresión atípica responde a que este trastorno se caracteriza por presentar una serie de síntomas que resultan «atípicos» y poco prevalentes en la mayoría de casos de depresión.

A parte de los típicos síntomas depresivos como la tristeza o la incapacidad de experimentar gratificación, la depresión atípica suele caracterizarse por presentar manifestaciones como humor reactivo, cansancio en brazos y piernas, incremento del apetito, hipersomnia e hipersensibilidad al rechazo personal.

Así mismo, la depresión atípica destaca por requerir intervenciones diferentes a los otros tipos de depresión. Por lo general, las personas con este tipo de afección no responden bien al tratamiento con antidepresivos tricíclicos y sí lo hacen a los IMAO.

### **3.2.5 Trastorno afectivo estacional.**

El trastorno afectivo estacional (SAD) es un tipo de depresión provocado por las estaciones del año. Los síntomas generalmente comienzan a finales del otoño o a principios del invierno. Las personas con SAD por lo general se sienten mejor en la primavera y el verano. Se cree que el SAD está relacionado con los cambios en la cantidad de luz solar en las diferentes épocas del año. Algunas personas sufren de SAD con episodios depresivos en el verano en lugar del invierno. Esto es mucho menos común.

### **3.2.6 Trastorno bipolar.**

Todos podemos tener altibajos en el estado de ánimo: la felicidad, la tristeza y la ira son emociones normales y una parte esencial de la vida diaria. En contraposición, el trastorno bipolar supone una alteración de los mecanismos bioquímicos y eléctricos que regulan la actividad cerebral. Esta alteración, produce altos y bajos desproporcionados o sin mantener ninguna relación con los acontecimientos de la vida.

Estas alteraciones afectan a los pensamientos, a los sentimientos, a la salud física, al comportamiento y al funcionamiento cotidiano. En este sentido, el trastorno bipolar es una enfermedad orgánica crónica, como a otro nivel puede serlo la diabetes. Pero, como actúa sobre los mecanismos que regulan las emociones, es algo más que una enfermedad. Para los afectados, y en alguna medida para nuestro entorno más inmediato, supone vivir agudas experiencias de crisis a nivel personal, social y existencial. Según como sean asumidas y valoradas estas experiencias, constituirán o no, experiencias de maduración y crecimiento, o, simplemente, traumas más o menos olvidados.

### **3.2.7 Ciclotimia.**

La Ciclotimia (o trastorno ciclotímico) es un trastorno del estado del ánimo parecido al Trastorno Bipolar, y se caracteriza por fases leves de depresión e hipomanía.

La ciclotimia se caracteriza por una inestabilidad persistente del estado de ánimo. Es decir, que la persona que sufre este trastorno muestra periodos de depresión y euforia leves. De manera general, suele aparecer en la edad adulta y sigue un curso crónico. Aunque es habitual que, durante varios meses, la persona que sufre ciclotimia muestre un estado de ánimo normal.

El ciclotímico no se da cuenta de sus oscilaciones de humor, pues son relativamente leves. Además, los periodos eufóricos suelen ser percibidos como agradables y, por tanto, es habitual que no busquen ayuda psicológica. Un 30% de las personas con trastorno ciclotímico pueden acabar padeciendo trastorno bipolar tipo I o tipo II. Frecuentemente, la ciclotimia evoluciona hacia el tipo II y con menos frecuencia, hacia el tipo I. La prevalencia de la ciclotimia se encuentra entre el 0,4 y 1% de los casos y afecta por igual a hombres y mujeres.

### **3.3 Depresión desde un punto de vista cognitivo.**

Desde el punto de vista cognitivo, es decir, el modo de razonamiento y procesos de pensamiento, en la depresión también se aprecia una forma de pensar negativa más o menos generalizada, acerca de la propia persona, de los demás, del mundo y del futuro, así como del entorno y las personas que la rodean. En algunos casos, conforme aumenta la depresión, la desesperanza fomenta los pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida, incluso intentos reales de poner fin a su vida

#### **3.3.1 Depresión según Beck.**

La terapia cognitiva de Aaron Beck fue desarrollada para tratar la depresión y el concepto de este tipo de terapia surge a partir del origen de las depresiones. Esta terapia básicamente está centrada en los pensamientos que genera una persona

de manera automática, es decir, lo que dice acerca de las demás personas, la percepción que tiene acerca de la vida y de las dificultades que se le van presentando. Así como también de los sentimientos, emociones y conducta que experimenta a lo largo del tiempo y como éstos están vinculados con sus pensamientos y conductas que presenta.

Es por ello que cuando los pensamientos que mantiene la persona son muy negativos, estos mismos afectan a sus emociones y por lo tanto también a la manera en la que se comporta. En este artículo de Psicología-Online, hablaremos sobre la terapia cognitiva de Aaron Beck: qué es y en qué consiste. A continuación, vamos a explicarte con detalle todo lo relacionado con este modelo de terapia psicológica.

La terapia cognitiva es producto de los descubrimientos del psiquiatra Aaron Beck en el año de 1967. Este psiquiatra americano refiere que los trastornos psicológicos que puede padecer una persona surgen a raíz de los pensamientos erróneos que tiene y la manera incorrecta de interpretar lo que le ocurre en su día a día. De manera que todos estos pensamientos e interpretaciones que va haciendo la persona a lo largo del tiempo, al repetirse tanto, finalmente se convierten en formas estereotipadas y rígidas acerca de su propia percepción de lo que le ocurre y de su conducta.

Un buen ejemplo de ello sería una persona que padece de depresión, la cual tiene continuamente pensamientos negativos acerca de sí mismo y siente una preocupación constante por lo que le depara el futuro ya que lo percibe como desesperanzador. Es decir, esta persona se centra únicamente en aquellos aspectos negativos de su vida e incluso los exagera y deja de lado la parte positiva, la cual deja de tenerla totalmente en cuenta.

En este tipo de terapia se considera que la manera errónea de pensar que tienen las personas se les llama “distorsiones cognitivas”. Se trata de esos pensamientos irracionales que al mantenerlos a lo largo del tiempo provocan que la persona

vaya convirtiéndolos en creencias personales y que generalmente, como la mayoría de ellos han sido aprendidos desde la niñez, actúan a nivel inconsciente.

A lo largo tiempo la persona por medio de sus creencias va dándole un significado personal a todo lo que le ocurre, a esto se le conoce como supuestos personales o esquemas cognitivos. Estos esquemas cognitivos o supuestos personales salen a la luz en determinadas ocasiones, especialmente cuando la persona experimenta algún cambio en su vida, como llegar a tener una enfermedad física o algún otro tipo de acontecimiento considerado como negativo y que provoca que se desencadenen a su vez sus pensamientos erróneos o distorsiones cognitivas. Finalmente, este tipo de cogniciones o pensamientos irracionales, cuando se mantienen de manera constante se les denomina pensamientos automáticos.

### **3.4 Depresión desde un punto de vista humanista.**

#### **3.4.3 Depresión según Maslow.**

En este contexto, una de las aportaciones más importantes para la psicología es la llamada pirámide de Maslow. En ella, el autor ordenó las necesidades humanas en una jerarquía.

Para poder ir subiendo escalones, es necesario que se vayan satisfaciendo las necesidades de los peldaños anteriores. Nuestro progreso dependerá de nuestras propias acciones, de la actitud activa que adoptemos para seguir avanzando. ¿Cómo? A través de la motivación.

Los tres primeros escalones de la pirámide corresponden a las necesidades del déficit (D-needs), y las necesidades del ser (B-needs) se emplazan en los dos escalones de la cúspide.

La conducta humana se puede alterar si las diferentes necesidades no están satisfechas. Cuanto más bajo sea el escalón a satisfacer, más incide en el comportamiento. Estas necesidades, además, pueden ser satisfechas por medios distintos del pensado inicialmente, o puede ocurrir que no se satisfagan del todo porque al mitigarse surgen otras nuevas.

## 1. Necesidades fisiológicas o básicas

Son las primeras que se deben cubrir, las primigenias. Hacen referencia al mantenimiento de la salud, la respiración, la temperatura corporal, la alimentación, el sueño, las relaciones sexuales, etc. El resto de las necesidades surge con el tiempo, pero las básicas nacen desde el principio. Permiten la homeostasis, definida como el conjunto de procesos que autorregula nuestro cuerpo para alcanzar el equilibrio.

Si estas necesidades no están cubiertas, poco nos importa alcanzar otras. Por ejemplo, ¿cómo podemos dedicarle tiempo a querer sentirnos respetados si no tenemos nada con lo que llenar nuestro estómago?

## 2. Necesidades de seguridad y protección.

En este segundo escalón yacen las necesidades relativas a sentirse seguro y protegido. Esto incluye la propiedad privada (como la vivienda), el empleo, la seguridad física, etc.

Por ejemplo, ¿qué ocurre si se pierde un empleo que era la única fuente de ingresos de una familia? La inestabilidad de sus miembros aumenta.

## 3. Necesidades de afiliación y afecto

El tercer nivel está compuesto por las relaciones sociales, como la asociación, la amistad, el afecto, el amor, la aceptación de terceros, la intimidad, etc. Y es que necesitamos mantener contactos saludables y positivos con las personas que nos rodean.

Dicen que, para que el resto nos acepte, primero debemos aceptarnos a nosotros mismos. Sin embargo, el apoyo de los demás también supone un impulso muy importante en la búsqueda de nuestra mejor versión.

#### 4. Necesidades de reconocimiento o estima

Se refieren a aquellas relacionadas con aspectos más profundos del yo, como la confianza, el autorreconocimiento, el éxito, el respeto, etc. La autoestima es clave para nuestro desarrollo personal. Una pobre autoestima o la falta de esta suele generar complejos de inferioridad, así como diferentes psicopatologías. Las necesidades de reconocimiento se dividen en dos tipos:

**Inferiores.** Se basan en el respeto de los demás, en el aprecio y la atención que muestran hacia uno. Esto se relaciona con la reputación, el estatus y la posición que se logra en la sociedad.

**Superiores.** Se basan en el respeto hacia nosotros mismos. Nos permiten valorarnos, aceptarnos, comprendernos y cuidarnos. ¿Cómo pretendemos alcanzar la cima si no somos capaces de querernos a nosotros mismos?

#### 5. Necesidades de autorrealización o auto actualización

Se encuentran en la cúspide de la pirámide, tan ansiada en la existencia humana. Necesita cubrir los cuatro estratos anteriores. ¿Qué es lo que encontramos aquí? El desarrollo potencial: moralidad, creatividad, espontaneidad y aceptación. Desaparecen los prejuicios. La visión positiva que se mantiene de la vida da ganas de vivirla al máximo.

Este nivel se reserva para las personas más exitosas, pero el éxito es subjetivo. Las metas pueden ser tan variadas como lo somos cada uno de nosotros. Tal vez alguien encuentra la realización en un voluntariado, otro siendo el capitán de su equipo de fútbol y un tercero formando una familia.

Las personas que han logrado alcanzar el último nivel de la pirámide de Maslow se caracterizan por los siguientes rasgos:

- Orientan los problemas hacia sus soluciones, más allá del propio interés
- Su sentido del humor no conlleva crueldad.
- Se respetan tal y como son, así como a los demás y a la naturaleza.



- Muestran espontaneidad, creatividad y originalidad.
- Pueden llegar a disfrutar de la soledad.
- Sus relaciones personales no son muy numerosas, pero sí cercanas (rechazan la superficialidad).
- Evitan las convenciones sociales y los estereotipos, confiando más en sus experiencias y juicios individuales.
- No creen que el fin justifique los medios.
- Suelen gozar las experiencias con más intensidad.
- Son inconformistas e independientes.

### **¿Cómo se relaciona la pirámide de Maslow con la depresión?**

Existen estudios que han hallado relación entre la depresión y los primeros niveles de la pirámide de Maslow. La insatisfacción de estas necesidades básicas y de seguridad, sobre todo, conduciría a estados depresivos. Sin embargo, esta no es una relación causa-efecto, sino que otras variables biopsicosociales intervienen en el desarrollo de este trastorno.

Con relación a esto, destacamos las llamadas necesidades irreales (virtuales o falsas). No tenemos que cubrirlas para alcanzar la felicidad, puesto que no son relevantes para la vida. De hecho, satisfacerlas puede implicar precisamente caer en esta depresión. Por ejemplo, los que consiguen más éxitos que otros y se avergüenzan de ello, los que confeccionan sus necesidades al compararse con los logros de los demás, los que se anticipan para acontecimientos que nunca ocurren, etc.

## BIBLIOGRAFIA:

<https://www.inegi.org.mx/temas/salud/>

<https://vanguardia.com.mx/articulo/sigue-aumentando-la-depresion-en-mexico-mujeres-las-mas-afectadas>

<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0256.pdf>

M. M Rosenta I& P. F Iudin.. (1965). *Diccionario filosófico*. Montevideo . Ediciones Pueblos Unidos Recuperado de <http://www.filosofia.org/urss/dfi1965.htm>

Ramón. (Ruiz). *Historia y evolución del pensamiento científico*. México Recuperado de <http://www.eumed.net/libros-gratis/2007a/257/7.1.htm>

Paola Duchén.. (16 de enero de 2019.). *Psicoanálisis*. . México. Recuperado de <https://www.saludterapia.com/glosario/d/84-psicoan%C3%A1lisis.html>

José Ferrater Mora.. (1941). *Humanismo*.. México. . Editorial Atlante Recuperado de <http://www.filosofia.org/enc/fer/1941257.htm>

ConceptoDefinicion.de, Redacción. ( Última edición:19 de julio del 2019).

Definición de Método Cualitativo. Recuperado de:

<https://conceptoDefinicion.de/metodo-cualitativo/>.

### **GARCÍA, A.**

REVISTA DE ESTUDIOS DE JUVENTUD

**En el texto:** (García, 2020)

**Bibliografía:** García, A., 2020. *REVISTA DE ESTUDIOS DE JUVENTUD*. 84th ed. [ebook] Madrid, pp.86-87. Available at:

<<http://www.injuve.es/sites/default/files/RJ84-07.pdf>> [Accessed 9 March 2020].

<https://www.cop.es/colegiados/M-00451/DEPRE.htm>

Website title: Sld.cu

URL: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/urgencia/6salud\\_mental.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/urgencia/6salud_mental.pdf)

Article title: Salud mental

Website title: Organización Mundial de la Salud

URL: [https://www.who.int/topics/mental\\_health/es/](https://www.who.int/topics/mental_health/es/)

<https://psicologiaymente.com/clinica/depresion-ansiedad-sintomas>

<https://www.msmanuals.com/es-mx/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/introducci%C3%B3n-a-los-trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo>

<https://www.mdsaude.com/es/psiquiatria-es/depresion/>

<https://psiquiatria.com/glosario/distimia>

<https://psicia.wordpress.com/tag/caso-real-distimia/>

<https://lamenteesmaravillosa.com/trastorno-mixto-ansioso-depresivo-definicion-causas-tratamiento/>

<https://www.lifeder.com/depresion-atipica/>

<https://es.familydoctor.org/condicion/trastorno-afectivo-estacional-sad/>

<http://www.bipolars.org/wp-content/uploads/2011/11/Guia-TB.pdf>

<https://psicologiaymente.com/clinica/ciclotimia-trastorno-bipolar>

<https://www.psicologia-online.com/terapia-cognitiva-de-aaron-beck-que-es-y-en-que-consiste-4364.html>

<https://blog.cognifit.com/es/piramide-de-maslow/>

Fecha: 10/06/2020.

