



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

“PASIÓN POR EDUCAR”.

“Protocolo capítulo I”

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

ASIGNATURA:

Taller de elaboración de tesis

PRESENTA

Luis Ángel Mendoza Chable

BAJO LA DIRECCIÓN DE:

Mtro. Iván Alberto Morales Ocaña

VILLAHERMOSA, TABASCO, 04 DE JULIO DE 2021.

RAZONES PSICOLÓGICAS DETRÁS DE LA DEPRESIÓN DURANTE EL IMPACTO POR LA COVID-19

Introducción

La depresión es un trastorno mental que puede afectar a cualquier persona y se manifiesta por el cambio del estado de ánimo y sentimientos de tristeza, asociados a alteraciones del comportamiento, del grado de actividad y del pensamiento. La depresión es una enfermedad que supone una de las patologías más frecuentes en Atención Primaria y es la primera causa de atención psiquiátrica y de discapacidad derivada de problemas mentales. Así mismo, es un trastorno que aparece con más frecuencia en mujeres y en personas menores de 45 años. Es por ello que el presente trabajo de investigación tiene como objetivo dar a conocer las razones psicológicas que afectan el trastorno de la depresión, principalmente ante la situación o problemática que se ha vivido a nivel mundial sobre la pandemia del COVID-19, donde el trastorno de la depresión incremento su porcentaje a nivel mundial y que ha afectado a miles y quizás millones de personas.

Antecedentes del problema

Desde la edad antigua se ha observado el comportamiento de los seres humanos en esta época le toco a los filósofos determinar y tratar de brindar una explicación al mismo, podemos mencionar la teoría de los humores. Hipócrates fue uno de los filósofos de su época que abordaba la cuestión de las situaciones emocionales sostenía que esto se generaba de acuerdo a cuatro factores como lo eran sangre, bilis negra, bilis amarilla y flemas.

Como ya hemos observado al paso del estudio del comportamiento humano, en la época de la Edad Media la mayor influencia era la Religión, aquí podemos mencionar a Santo Tomás

de Aquino que decía que la melancolía era producida por algún tipo de demonio.

Posteriormente a través del paso de la historia debemos mencionar a Galeano que consideraba a la depresión como un estado de melancolía.

Es hasta principio del XX que tenemos al autor Kraepelin que distingue el concepto de melancolía y manía, para poder así dar un sentido más concreto a lo que hoy conocemos como trastorno de depresión.

Por otra parte, según una revista de la universidad piloto de Colombia, desde el inicio de la historia del hombre se han identificado diferentes episodios que podrían catalogarse hoy en día como: Trastornos del Estado del Ánimo o Depresivos, en los primeros relatos del Génesis fue descrito cuando Dios expulsa del paraíso a Adán y Eva, donde el paraíso representa la felicidad y la alegría, (Hernández, 2007). Asimismo, la descripción de la depresión está ya reflejada en el Antiguo Testamento, donde se narran los graves episodios de tristeza y melancolía de Saúl, quien inicialmente respondía a la terapia musical de su hijo David, pero llega a un estado de enajenación e intenta dar muerte a su propio hijo (Vásquez & Sanz, 1995). Siendo esta enfermedad no exclusiva a nuestra época, se afirma que el conocimiento y definición de la depresión, que en la antigüedad hacía referencia al estado mental, corporal y espiritual, se denominaba melancolía; remontando su fundamento a los orígenes propios de la medicina, donde Hipócrates (S. IV a.C) describió con síntomas clínicos lo que él denominaba melancolía como: “Un temor o distimia que se prolonga durante largo tiempo y supuestamente, se debe a la alteración del cerebro por la bilis negra, uno de los humores determinantes del temperamento de la salud”. (Pérgola, 2002; pág. 17). Según Vallejo (1998), en los escritos hipocráticos la enfermedad gira en torno a la interacción de cuatro humores del ser humano (sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema),

que son la consecuencia de la combinación de las cuatro características de la naturaleza (calor, frío, humedad y sequedad), donde sustenta que cualquier enfermedad se produce por el desajuste de estos humores básicos.

Pérgola (2002), adicionalmente menciona que 100 años después Aristóteles sigue las concepciones hipocráticas y considera cuatro tipos de temperamentos: Melancólico, sanguíneo, colérico y flemático, los cuales inspiran a Claudio Galeno de Pérgamo, principal figura de la Roma Antigua, quien mantiene esos postulados señalando la importancia del miedo como síntoma concomitante con la tristeza (Cruz & Vergara, 2011).

Por otra parte, durante la Edad Media, los postulados e ideas de las culturas griega y romana, sufren un retroceso y renace el primitivismo y la brujería. Las enfermedades mentales eran atendidas por monjes en los monasterios, por medio de exorcismos que eran la base del conocimiento y la cura para sacar los demonios del hombre (Vallejo, 1998).

Adicionalmente: San Agustín (S. V) aseguró que todas las enfermedades de los cristianos debían ser asignadas a los demonios. En el siglo XVIII aparece por primera vez la palabra “depression” en la lengua inglesa. Esta palabra deriva del latín de y premere (apretar, oprimir) y deprimere (empujar hacia abajo). Richard Blackmore, en 1725, habla de “estar deprimido en profunda tristeza y melancolía”. Robert Whytt, en 1764, relaciona “depresión mental” con “espíritu bajo”, hipocondría y melancolía (Jackson, 1986; citado por Korman & Sarudiansky, 2011). Desde las tres perspectivas de la filosofía occidental se utilizan tres vocablos para mencionar la depresión: El primero de ellos habla de la melancolía como la alteración del equilibrio humoral, donde se mencionaba que uno de los cuatro humores producía el estado patológico melancólico depresivo. El segundo es la Acedia, un síndrome de apatía, angustia y pereza y el principal introductor del concepto de acedia en Occidente

es el monje Juan Casiano donde habla de ocho vicios principales: Ocho son los vicios principales que afligen al género humano. El primero es la gula o la glotonería; el segundo, la lujuria; el tercero, la avaricia o el amor al dinero; el cuarto, la ira; el quinto, la tristeza; el sexto, la acedia, esto es, el desabrimiento o tedio del corazón; el séptimo, la jactancia o vanagloria; el octavo, la soberbia (Aguirre, 2008; pág. 574). Y por último se habla de depresión que se refiere al síndrome de hundimiento vital que se debe a la incidencia que padece gran parte de la humanidad (Aguirre, 2008).

De igual manera se plantea que, según el DSM IV-TR, dentro de los trastornos depresivos se encuentra: Trastorno Depresivo Mayor, Trastorno Distímico y Trastorno Depresivo no Especificado Se distinguen de los trastornos bipolares por el hecho de haber historia previa de episodio maniaco mixto o hipomaniaco, manifestándose con una serie de síntomas tanto físicos como psicológicos que suelen obstaculizar la vida diaria y el desempeño normal del individuo que lo padece (Pereyra, 2010).

Asimismo, la depresión es entendida como un trastorno psíquico de tipo afectivo, intelectual y de conducta caracterizado por tristeza, pesimismo, irritabilidad, ideas de culpa, desesperanza, problemas de memoria, concentración etc. (Calderón, 1990). Es en gran medida el resultado de una interpretación errónea de los acontecimientos y situaciones que tiene que afrontar el sujeto, esta formulación teórica gira en torno a tres conceptos básicos: la cognición, el contenido cognitivo y los esquemas (Beck, 1979). Este trastorno puede desatar síntomas como: bajo estado de ánimo, pérdida de interés o capacidad para disfrutar de las cosas, pérdida de apetito, pérdida de sueño, conducta, enlentecida, fatiga y pérdida de energía, baja autoestima y baja concentración/ atención (Horwitz, Wakefield & Spitzer, 2007).

El individuo debe experimentar síntomas como cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas DSM-IV (APA, 2002). En el ámbito psicosocial, la depresión produce un gran sufrimiento en la persona afectada y en las personas de su entorno, con importantes repercusiones laborales y socioeconómicas, debido a la pérdida de productividad, al absentismo y a las posibles bajas laborales relacionadas (Mingote, Gálvez, Pino & Gutiérrez, 2009).

En otras investigaciones, según un artículo de la revista “salud mental”, se realizó un estudio observacional, transversal y analítico, en el que participaron un total de 1871 estudiantes de medicina: 1240 que iniciaban el primer año de la carrera y 631 que iniciaban el año de internado. La edad del grupo de primero fue de 18.2 años ($DE \pm 1.9$) y la del grupo de internado fue de 22.9 años ($DE \pm 1.5$), 37.9% fueron hombres y 62.1 mujeres.

El estudio fue aprobado por la Comisión de Investigación y Ética de la Facultad de Medicina de la UNAM. Los estudiantes fueron evaluados de manera grupal en un auditorio de la Facultad una semana antes del inicio de los cursos; los de internado, después de una reunión informativa en el mes de diciembre de 2010; y los de primero, durante la realización de su examen médico general, en el mes de agosto de 2011. Todos los participantes firmaron una hoja de consentimiento, en la que se conservó el anonimato, a menos que ellos desearan ser contactados. De tal modo que quienes se identificaron anotaron una dirección de correo electrónico o teléfono y, mediante éstos, se les dio retroalimentación acerca de sus resultados, garantizando el uso confidencial de su

información. Asimismo, se ofreció a toda la población la atención en el Programa de la Clínica de Salud Mental del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la UNAM.

Los alumnos contestaron una encuesta en papel compuesta por el Cuestionario sobre Factores de riesgo para Depresión y el Cuestionario sobre la Salud del Paciente (PHQ-9, por sus siglas en inglés). Se estableció una puntuación igual o mayor a 10 en el PHQ-9, como punto de corte para considerar un caso con probable depresión. La duración máxima de la evaluación fue de 30 minutos.

Cuestionario sobre Factores de riesgo para Depresión. El cuestionario fue diseñado para esta investigación y se conformó de 14 preguntas que indagan sobre algunas cuestiones sociodemográficas; antecedentes personales de maltrato, depresión e intento suicida; antecedentes heredofamiliares de enfermedad mental; presencia actual de duelo, así como presencia de maltrato dentro y/o fuera de la escuela.

Cuestionario sobre la Salud del Paciente-9 (Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9). Instrumento que se deriva de la Entrevista de Evaluación de los Trastornos Mentales en la Atención Primaria (PRIME-MD, por sus siglas en inglés) y cuyos nueve reactivos, en escala Likert, están diseñados para establecer el diagnóstico de depresión de acuerdo a los criterios del DSM-IV. Este instrumento es breve y autoaplicable, al evaluar sus propiedades clinimétricas se observaron una sensibilidad de 92% y una especificidad de 88% para el diagnóstico del trastorno depresivo mayor.¹² Asimismo, este instrumento ha mostrado características similares en poblaciones de lengua española y su desempeño es adecuado en diferentes culturas.¹³ El punto de corte para identificar un caso positivo para un episodio depresivo mayor actual se estableció en una puntuación de igual o mayor a 10.

se utilizó el programa estadístico PASW-18 (SPSS Inc. Chicago, IL). La captura de la información se validó a través de análisis descriptivos. Las variables categóricas de las características sociodemográficas y clínicas se compararon entre los grupos de primero e internado por medio de χ^2 . La comparación de los puntajes de depresión (PHQ-9) por estado civil se realizó con la prueba t de Student. Por otro lado, la correlación entre la edad y el puntaje de depresión se realizó con la prueba de Pearson y la de los recursos económicos percibidos con los puntajes de depresión, con la prueba Spearman.

Los resultados son, que participaron 1240 alumnos que iniciaban el primer año de la carrera y 631 que iniciaban el año de internado, cifras que constituyen casi la totalidad de la población para cada grado académico. La edad promedio fue diferente entre los grupos: en el grupo de primero fue de 18.2 años ($DE \pm 1.9$) y la del grupo de internado fue de 22.9 años ($DE \pm 1.5$). La edad no se correlacionó con el puntaje de la escala de depresión. No se observaron diferencias en la proporción de mujeres y hombres entre los grupos en ninguno de los años estudiados.

Respecto a su condición civil, en los alumnos de internado se observó una mayor proporción de estudiantes que ya vivían con pareja (casados o en unión libre); asimismo, al internado ingresó un menor porcentaje de estudiantes con recursos restringidos y/o escasos

La prevalencia de casos con probable depresión de acuerdo al PHQ-9 resultó significativamente mayor en los estudiantes del internado comparados con los del primer año (5.7 vs. 3.5%). Adicionalmente, el porcentaje de alumnos con antecedente personal de depresión fue mayor en los alumnos de internado con respecto a los de primer año (12.1% vs. 7.1%); el promedio de episodios depresivos previos (1.6 para los de primer año y 3.2

para los del quinto año) así como la edad de inicio del primer episodio, fue significativamente mayor para los del quinto año. Los alumnos de primero reportaron un porcentaje significativamente mayor de antecedentes personales de violencia en la infancia y en la adolescencia, comparados con los de internado (9.9% vs. 5.4%), así como mayores porcentajes de antecedentes familiares de trastornos ansiosos (6.8% vs. 3.5%)

Al comparar los puntajes del PHQ-9 entre solteros y casados/unión libre se encontró que estos últimos calificaban más alto ($t=-2.23$, $p=0.03$), mientras que a medida que los recursos económicos percibidos puntuaban como más bajos, el puntaje de depresión se elevaba ($\rho=-0.10$, $p\leq 0.001$). Por otra parte, el ser mujer se asoció a la presencia de probable depresión actual sólo para el primer año.

Por otra parte, estudios recientes plantean que la pandemia ha perturbado y paralizado la salud mental en casi todos los países del mundo y ha provocado un incremento en la demanda de la misma, todo esto en el marco del Día Internacional en la lucha contra la depresión que se conmemora cada 13 de enero.

Otros estudios revelan que el 24.7 por ciento de las y los adolescentes mexicanos se encuentran afectados por trastornos de ansiedad, déficit de atención, depresión, uso de sustancias e intentos suicidas que provienen del confinamiento en casa y la adopción de clases en línea con limitantes en su entorno.

Planteamiento del problema

Como ya sabemos, la depresión es un trastorno mental que tiene muchos antecedentes desde años atrás, es una enfermedad que ha afectado a miles de personas a nivel mundial; es decir, una enfermedad que se ha dado en todo el mundo. Así mismo, cabe mencionar que este trastorno no es contagioso o que se da en una época en específica, sino que es una enfermedad que aparece en diversas circunstancias de la vida. Por otra parte, cabe mencionar que el presente trabajo tiene como objeto aclarar, las razones psicológicas que existen detrás de la depresión ante el impacto del COVID-19, por lo que se realizara una investigación profunda para llegar al resultado que se pretende esperar.

Preguntas de investigación

Pregunta general

¿Cuáles son las principales razones psicológicas de la depresión durante la pandemia por la COVID-19?

Preguntas específicas

- 1) ¿a quiénes daña con más frecuencia la depresión?
- 2) ¿Cuáles son las causas de dicho trastorno?
- 3) ¿motivo por el cual aumento el porcentaje de la depresión durante la pandemia por la COVID-19?

Objetivos de la investigación

Objetivo general

Dar a conocer las principales razones psicológicas de la depresión que hizo aumentar el porcentaje de dicho trastorno durante la pandemia por la COVID-19.

Objetivos específicos

- Conocer los síntomas que provocan la depresión
- Principales consecuencias de la enfermedad o trastorno
- Dar a conocer el tratamiento que ayude a superar este trastorno psicológico

Justificación del problema de investigación

El presente trabajo de investigación se enfocará en investigar y estudiar las razones psicológicas detrás de la depresión durante el impacto por la COVID-19, ya que debido a la pandemia provocada por esta enfermedad (virus), han surgido cambios psicológicos, sociales y económicos en las personas, que ha provocado un aumento gradual del trastorno depresivo y que es una enfermedad que ha afectado a miles y millones de personas a nivel mundial. Así mismo, el presente trabajo dará a conocer las principales causas y consecuencias por la cual ha aumentado el porcentaje de este trastorno psicológico, también se dará a conocer el tratamiento que puede ayudar a disminuir esta enfermedad y como las personas han ido adaptándose poco a poco ha esta nueva normalidad por la que atraviesa el mundo. Por otra parte, cabe mencionar que es un tema muy importante, ya que es una problemática que se está viviendo en la actualidad, así que es necesario poder brindar una

aportación a las personas que atraviesan por esta crisis social para que de esta manera puedan tener conocimiento respecto al tema y así poder tomar medidas necesarias.

Limitaciones del problema de investigación

Considero que la principal limitación del presente trabajo, es no poder realizar una encuesta o entrevista con respecto a lo que piensan las personas sobre el estudio del tema, ya que por el confinamiento de la enfermedad por la que se está atravesando, no puede haber demasiado contacto con las personas, es por ello que considero que la mejor forma para realizar el trabajo sería indagar de manera activa sobre la problemática de dicho trabajo y así poder lograr los objetivos planteados.

Referencias

Hernández Elizabeth. Revista Milenio. (2021, 12 de enero).

<https://www.milenio.com/ciencia-y-salud/covid-19-depresion-en-tiempos-de-pandemia>

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=551757337013>

<https://psicsuayed2016.wordpress.com/2016/11/06/antecedentes-historicos-de-la-depresion/>

http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lps/martinez_r_a/capitulo3.pdf

<http://www.contextos->

[revista.com.co/Revista%209/A5_Depresion%20Recorrido%20historico%20y%20conceptual.pdf](http://www.contextos-revista.com.co/Revista%209/A5_Depresion%20Recorrido%20historico%20y%20conceptual.pdf)

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252013000500004&script=sci_arttext

Cronograma de actividades

cronograma de actividades		
Actividades	Protocolo capítulo I <ul style="list-style-type: none">• Antecedentes• Planteamiento del problema• Pregunta general• Preguntas específicas• Objetivo general• Objetivos específicos• Justificación• Limitaciones• Referencias• Cronograma de actividades	
		Protocolo capítulo II <ul style="list-style-type: none">• Marco teórico
Fecha	27 de junio-04 de julio	04 de julio-11 de julio