



**UNIVERSIDAD VERACRUZANA**

---

---

**INSTITUTO DE PSICOLOGÍA Y EDUCACIÓN  
MAESTRÍA EN DESARROLLO HUMANO**

**EL MANEJO DE RECURSOS PERSONALES PARA  
LA PREVENCIÓN DE LA RECURRENCIA DE  
ESTADOS DEPRESIVOS EN ADULTOS.**

**TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE**

**MAESTRO EN DESARROLLO HUMANO**

**PRESENTA:**

**Fernando Zárate Nonaka**

Xalapa, Ver.

Mayo, 2017



**UNIVERSIDAD VERACRUZANA**

---

---

**INSTITUTO DE PSICOLOGÍA Y EDUCACIÓN  
MAESTRÍA EN DESARROLLO HUMANO**

**EL MANEJO DE RECURSOS PERSONALES PARA  
LA PREVENCIÓN DE LA RECURRENCIA DE  
ESTADOS DEPRESIVOS.**

**TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE**

**MAESTRO EN DESARROLLO HUMANO**

**PRESENTA:**

**FERNANDO ZÁRATE NONAKA**

**DIRECTORA DE TESIS:**

**MTRA. ELSA ANGÉLICA RIVERA VARGAS**

Xalapa, Ver.

Mayo, 2017

# ÍNDICE

## CAPITULO I

### INTRODUCCIÓN

1.1 Planteamiento del problema	3
1.2 Justificación	7
1.3 Objetivos	8
1.4 Antecedentes	8

## CAPITULO II

### MARCO TEÓRICO

2.1 Depresión	12
2.1.1 Tipos de depresión	14
2.1.2 Causas de depresión	15
2.1.3 Tratamiento de la depresión	18
2.1.4 Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales	21
2.1.5 Depresión recurrente	23
2.1.6 Depresión y autoestima	25
2.2 El enfoque centrado en las personas	27
2.2.1 Constructos del enfoque centrado en las personas relacionados a la depresión	29
2.2.1.1 Tendencia actualizante	30
2.2.1.2 Comprensión empática	32
2.2.1.3 Congruencia	34
2.2.1.3.1 Incongruencia	36
2.2.1.4 Aceptación positiva incondicional	38
2.2.1.5 Yo-mismo	41

## **CAPITULO III**

### **MÉTODO**

3.1 Tipo de estudio	44
3.2 Participantes	44
3.3 Técnica de recopilación de información	45
3.4 Instrumento	46
3.5 Procedimiento	46

## **CAPITULO IV**

### **RESULTADOS**

4.1 Procesamiento de la información	48
4.2 Análisis de datos	49
4.3 Folleto	70

## **CAPITULO V**

<b>CONCLUSIONES</b>	73
---------------------	----

<b>REFERENCIAS</b>	77
--------------------	----

## **APÉNDICES**

Guía de entrevista	82
Carta de consentimiento informado	83
Entrevistas	84
Mi historia de vida	113

## **ÍNDICE DE TABLAS**

Tabla 1. Categorías de análisis y descripción	48
Tabla 2. Causas de la depresión	50
Tabla 3. Desarrollo de la depresión	52
Tabla 4. Síntomas de la depresión	53
Tabla 5. Detonantes de la depresión	55
Tabla 6. Tratamiento para la depresión	56
Tabla 7. Conocimiento de la depresión	58
Tabla 8. Características personales favorecedoras de la depresión	59
Tabla 9. Características personales de autoayuda	61
Tabla 10. Factores externos detonantes de la depresión	62
Tabla 11. Factores externos de apoyo	64
Tabla 12. Aprendizaje personal	65
Tabla 13. Cambios significativos en la persona	68

# CAPÍTULO I

## INTRODUCCIÓN

La depresión es una enfermedad que aqueja a un gran número de personas a nivel mundial afectando la calidad de vida de quienes la padecen, así como al sistema productivo-económico. Bosqued (2005) menciona que la depresión es fundamentalmente una alteración del estado de ánimo, un trastorno afectivo-cognitivo que tiñe de tono pesimista, todos y cada uno de los aspectos de la vida. La persona deprimida ve el mundo de manera diferente y en consecuencia, se comporta también de forma distinta respecto de cuando no estaba deprimida: cambian sus actitudes y su comportamiento. En ocasiones las consecuencias pueden llegar a ser fatales. Los altos índices de depresión pueden deberse a las condiciones socioeconómicas y políticas actuales, caracterizadas por grandes niveles de desempleo, violencia y pobreza, incertidumbre laboral y pocas expectativas ocupacionales.

Señalan Lewinsohn, Rohde y Seeley (2003) que los adolescentes son uno de los grupos que presenta mayor probabilidad de sufrir depresión, ya que en la etapa de la adolescencia se llevan a cabo procesos de cambio físico, psicológico, sociocultural y cognitivo, que demandan el desarrollo de estrategias de afrontamiento que les permitan establecer un sentido de identidad, autonomía, éxito personal y social. Además, la adolescencia es el periodo de desarrollo más importante para la adquisición y el mantenimiento de patrones de comportamiento saludable, que disminuyan el riesgo y prevengan el desarrollo de trastornos clínicos durante este periodo y la edad adulta. Además se ha encontrado que

individuos con historias de depresión en la adolescencia presentan un alto porcentaje de continuidad del trastorno depresivo mayor en la edad adulta; por lo que es importante detectar la presencia de estados depresivos con la mayor antelación posible.

Cruz (2005) dice que la alerta es generalizada por el estilo de vida de un sistema globalizado en el que imperan el estrés, las dificultades económicas, el desempleo, la violencia, entre otros fenómenos sociales. Todos ellos necesariamente afectan y atentan contra la unidad de las familias a más no poder, de manera particular están en riesgo sus miembros más vulnerables: los niños y los jóvenes, muchos de los cuales llegarán a la edad adulta también afectados por la depresión y la consecuente disminución de sus capacidades físicas, emocionales e intelectuales.

También menciona que otro aspecto a considerar para entender por qué se han incrementado los casos de depresión es quizá que años atrás no se había desarrollado tanto la Tecnología de la Información y Comunicación (TIC) y por lo tanto no había tanta difusión sobre los síntomas de la depresión, por lo tanto, pocas personas sabían que la padecían, pues en muchas ocasiones los síntomas no son muy claros y sí confusos respecto a enfermedades somáticas.

Por su parte, Yapko (2006) opina que definitivamente la vida se ha vuelto complicada. Para muchos, enfrentar disgustos que nos trae la vida rebasa la capacidad de lidiar con estos de manera realista, para otros, las complicaciones de la vida no necesariamente exceden su capacidad para enfrentarlas, pero pueden quedar exhaustos al intentarlo.

El estrés es un componente de la depresión, cada persona vive y maneja el estrés a su manera, razón por la que la depresión se presenta de varias maneras y su diagnóstico es tan complicado. Por este y otros motivos, bastantes personas que sufren depresión ignoran que es así.

## 1.1 Planteamiento del problema

De acuerdo con Belló, Puentes-Rosas, Medina-Mora y Lozano (2005) más del 20% de la población mundial padecerá algún trastorno afectivo que requiera tratamiento médico en algún momento de su vida y que una de cada cuatro familias tiene por lo menos un miembro afectado por un trastorno mental.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012) refiere que la depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo que afecta a más de 300 millones de personas, que podría llegar a convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos puede llevar al suicidio, que es la causa de aproximadamente de más de 700 mil muertes anuales.

Rosas y López (2011) señalan que la depresión ocupa el cuarto lugar mundial entre las enfermedades discapacitantes y se estima que para el 2020 ocupará el segundo, e inclusive el primero en países en desarrollo. La prevalencia de depresión en el mundo revela que existe una mayor proporción en mujeres (alrededor de 10%) en comparación con los hombres (alrededor de 6%). Respecto a la edad hay que señalar que el promedio de inicio es a mediados de la tercera década de vida.

Aunque hay tratamientos eficaces para la depresión, más de la mitad de los afectados en todo el mundo (y más del 90% en algunos países) no reciben esos tratamientos. Entre los obstáculos a una atención eficaz se encuentran la falta de recursos y de personal sanitario capacitados, además de la estigmatización de los trastornos mentales y la evaluación clínica inexacta. Las personas con depresión no siempre se diagnostican correctamente, ni siquiera en algunos países de ingresos elevados, mientras que otras que en realidad no la padecen son diagnosticadas erróneamente y tratadas con antidepresivos. Así, la depresión se



ha convertido en un problema importante de la salud pública, cuya atención es prioritaria para la OMS.

Al respecto Zarragoitía (2011) afirma que una de las características de la depresión es la recaída que consiste en el empeoramiento de un episodio aparentemente controlado, hasta alcanzar nuevamente criterios de nivel diagnóstico durante la remisión y antes de la recuperación. Uno de cada dos pacientes depresivos puede presentar recaídas por no haberse logrado la remisión completa de los síntomas, sin embargo, el predictor más potente es la discontinuación abrupta de la medicación.

De igual manera señala que existe la recurrencia la cual define como la aparición de un nuevo episodio en un paciente recuperado. Además, opina que cada vez es más evidente que los trastornos depresivos han de ser considerados como enfermedades crónicas o, al menos, recurrentes. Los episodios depresivos únicos parecen ser la excepción de una enfermedad que se comporta como una afectación que va a acompañar al paciente durante toda su vida.

De acuerdo con Medina-Mora, Borges, Lara, Benjet, Blanco y Fleiz (2003) en México uno de cada cinco individuos presenta al menos un trastorno mental en algún momento de su vida. El más frecuente es la ansiedad (14.3 %), seguido por los trastornos por el uso de sustancias (9.2 %) y los trastornos afectivos (9.1 %). En este último grupo está la depresión, que es el más común.

La Secretaría de Salud (2012) menciona que en México la media de edad de inicio del episodio depresivo mayor oscila entre los primeros 25 años de vida, que este trastorno es más frecuente en las mujeres (10.4%) que en los hombres (5.4%) y que alrededor de 10 millones de personas padecen depresión, de las cuales al menos una quinta parte desarrolla etapas crónicas de este trastorno mental, que si no se trata puede derivar en actos de autodestrucción, adicciones y suicidios.

Además la Secretaria de Salud (2012) señala que el análisis de las prevalencias de depresión muestra que conforme se incrementa el nivel de escolaridad disminuye la prevalencia de depresión tanto en hombres como en mujeres debido a que los individuos van creando más y mejores recursos a nivel psicológico para la resolución de las diversas circunstancias que se presenten a lo largo de la vida, e incluso un conocimiento mucho mayor de cómo actuar si se sufre de un trastorno mental.

La depresión pareciera que está de moda además, no se le da la importancia que merece sin embargo, es un grave problema de salud pública porque en la actualidad afecta a una gran parte de la población adulta entre los 18 y 65 años en México debido a muchos factores como: la falta de trabajo, pérdida de un ser querido, estrés, baja autoestima.

En México aún no hay estadísticas claras en relación al suicidio, la Secretaría de Salud (2012) dice que cada año hay hasta 14 mil intentos, sin considerar a los consumados. Uno de cada 10 intentos es concluido, lo que coloca a México en el noveno país de muertes autoinfligidas, de una lista de 53 aproximadamente. Solo un escaso número de suicidios se producen sin aviso. La mayoría de los suicidas dan avisos evidentes de sus intenciones. Por lo mismo, deben tomarse en serio todas las amenazas de auto-lesión. La depresión es una de las causas más frecuentes de suicidio, ya que el riesgo del mismo se puede incrementar durante los periodos depresivos y de remisión parcial.

En la estadística de suicidios en México, que presenta el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e informática (INEGI, 2013) quedó asentado que en nuestro país se suicidaron 5,190 personas, 4201 eran varones y 989 mujeres. La mayoría prefirió el mes de mayo, la minoría, febrero. Del total de personas que se quitaron la vida, 2,197 fueron solteros y 1,978 casados. Muchísimos decesos fueron en sus propias viviendas, pero también hubo suicidios en escuelas, calles e instituciones. El medio más utilizado para quitarse la vida es el ahorcamiento con casi 4 mil,

siguiéndole los métodos de dispararse con un arma larga y el envenenamiento, aunque también hubo quienes preferían saltar de un edificio o arrojarse a un vehículo. Adolescentes y jóvenes entre 15 y 24 años, ocupan el primer lugar en sectores vulnerables, en segundo lugar se ubican personas adultas y en tercer lugar adultos mayores, sin embargo se ha detectado un incremento en niños menores de 10 años.

El suicidio no solo acaba con la vida de una persona, atenta contra la salud mental y emocional de todo su entorno que no pudo hacer nada para evitarla y se quedó conjugando de por vida el verbo “hubiera”. Por su parte, Medina-Mora et al. (2003) mencionan que el tratamiento y control de los padecimientos que afectan el sistema nervioso central sigue siendo un pendiente en el Sistema Nacional de Salud en México.

También señalan que la depresión es la principal causa de discapacidad en los países desarrollados y será la primera en todo el mundo para el año 2020. En México ocupa el primer lugar de discapacidad para las mujeres y el noveno para los hombres. Esta enfermedad, caracterizada por una tristeza profunda de la que el individuo no sale por sí solo, afecta al 9 % de las personas en México, de las cuales sólo la décima parte recibe tratamiento o retrasa mucho la búsqueda de ayuda y de estas apenas 1 % se atiende con un médico especialista.

La depresión es un trastorno del que se habla mucho pero se conoce poco y mucho menos prevenirla, nuestro interés es proponer estrategias que apoyen a las personas que la han padecido, para evitar nuevos episodios. Proponemos como pregunta de investigación:

¿Cuáles son las formas de actuar sobre los factores detonantes de estados depresivos para evitar su recurrencia?

## 1.2 Justificación

Ante la actual incidencia y recurrencia de casos de depresión en jóvenes, adultos e incluso en niños, es necesario tomar medidas para atender esta realidad que se vive en el mundo, puede considerarse como una de las condiciones humanas que imposibilita para una realización plena en el ámbito familiar, social y laboral.

Hoy en día, la depresión es tratada por distintos especialistas, desde diferentes perspectivas psicológicas. Los psiquiatras la tratan con fármacos que ayudan a equilibrar la deficiencia de elementos químicos del cerebro que hacen a la persona propensa a sufrir cuadros depresivos prolongados e inhabilitantes. Desde la perspectiva psicológica existen diversos métodos de tratamiento basados en diferentes enfoques: psicoanalítico, conductual, cognitivo, sistémico y el que en este trabajo se plantea, el humanista, específicamente el centrado en la personas.

Este folleto producto de esta investigación pretende ser una respuesta a la necesidad de personas que sufren depresión. Por tal motivo considero, a partir de mi experiencia personal, crear una alternativa en relación a las personas que padecen este trastorno mental debido a que no se cuenta con la información suficiente ni con los programas necesarios para permitir que las personas no reincidan a través del trabajo individual. Al mismo tiempo y no menos importante pienso que es fundamental tener una opción más para fortalecer y actualizarte para así estar mejor preparado ante un nuevo episodio depresivo.

La opción más “común” es acudir a un psicólogo o psiquiatra y en lo particular opino que ante la depresión como paciente, no solo necesitas que te receten medicamentos y te oigan; ya que la mayor parte de las veces te hacen sentir que estás en una simple plática (distante) informativa, como si se leyera un instructivo; como si con el solo pasar información uno se aliviara; necesitas calidez, comprensión, empatía y relaciones significativas con otros que son de vital importancia en ese momento (que en mi experiencia además dan resultados mucho más rápidos y significativos), y nada de eso se obtiene de ir con el

psicólogo o el psiquiatra, por lo menos en las primeras sesiones que a mi sentir son esenciales.

### **1.3 Objetivos**

Por lo anterior en esta investigación se plantean los siguientes objetivos.

#### **1.3.1 Objetivo General**

- Identificar formas de actuar sobre los factores detonantes de estados depresivos para evitar su recurrencia.

#### **1.3.2 Objetivos Específicos**

- Identificar los factores que conducen a un estado depresivo.
- Elaborar un folleto de estrategias personales para promover la prevención de la recurrencia de estados depresivos en adultos.

### **1.4 Antecedentes**

Fava, Ruini y Sonino (2003) dicen que 8 de cada 10 personas que experimentan un episodio inicial de un trastorno depresivo mayor seguirán teniendo al menos un episodio adicional a lo largo de sus vidas. En algunos pacientes, los episodios suelen ausentarse algunos años quedando libres de sintomatología y para otros, los episodios se tornan cada vez más frecuentes.

Además señalan que la prevención de la recurrencia en la depresión mayor no puede ser solo la prolongación del tratamiento farmacológico ya existente. La evidencia disponible sugiere que la activa colaboración del paciente (en la elección de la opción terapéutica, modificación del estilo de vida y búsqueda de tratamiento nuevamente cuando sea necesario) es de gran importancia.

Ante los altos índices de recurrencia en la depresión, Segal, Williams y Teasdale (2006) sugieren como método de prevención una terapia cognitiva (TC) de mantenimiento la cual incluye técnicas empleadas por la TC durante la fase aguda de la depresión, junto a otras destinadas a desarrollar en los pacientes la habilidad para captar los indicadores más tempranos de recaída o recurrencia.

La terapia que proponen está compuesta por 8 sesiones grupales, esta a su vez implica una práctica diaria en la casa y otros ámbitos, a partir de lo trabajado en las sesiones semanales. Aborda temas y ejercicios de atención y conciencia plena, meditación y respiración, estrategias para abordar obstáculos cotidianos, discriminar sensaciones corporales que acompañan a los sentimientos, habilidades para la aceptación y resignación ante eventos inevitables, distinción entre pensamientos y hechos reales, habilidades para el autocuidado. Los autores no mencionan los resultados que obtuvieron de la aplicación del programa en los grupos y personas.

Por su parte Ballenato (s.f.) menciona como pautas generales para prevenir la recurrencia de la depresión lo siguiente: evitar el aislamiento, sentimientos de culpa, inactividad, pensamiento negativo, autocompasión y compasión por los demás, el consumo de alcohol, la autoevaluación constante del rendimiento, el perfeccionismo, el exceso de responsabilidad y la autoexigencia; y potenciar: actividades agradables y sencillas que puedan concluirse con facilidad, organizar bien el tiempo procurando variedad, cultivar aficiones, establecer relaciones de amistad comprensivas y empáticas, procurar un pensamiento positivo, mejorar la autoestima, cercanía con un animal que permita dar y recibir afecto, análisis y reflexión sobre uno mismo, cuidar la salud física mediante ejercicio, sueño suficiente y una alimentación adecuada y meditación.

Ante la diversidad de programas y propuestas para incidir sobre esta problemática Vázquez y Torres (2007) llevaron a cabo una investigación con el propósito de analizar la efectividad de los programas preventivos de la depresión. La

prevención de la depresión es un área de investigación emergente que encierra un gran potencial para reducir el sufrimiento humano, la discapacidad y la carga económica asociada a este trastorno psicológico.

En este artículo también se han apuntado la escasez de ensayos aleatorizados y controlados para prevenir episodios nuevos de depresión. No podemos generalizar los hallazgos de estos estudios; primero, porque no han sido replicados por otros equipos de investigación distintos al originario y, segundo, porque hay un importante solapamiento en las intervenciones de esos estudios aunque en cada uno de ellos se emplea una combinación única de técnicas.

Los autores concluyen que es muy necesario el desarrollo y la validación de programas de prevención de la depresión no solo eficaces, sino también efectivos y costo-beneficio. Asimismo, es importante investigar cuáles son los ingredientes activos de cambio en las intervenciones preventivas eficaces, y cómo se pueden maximizar los resultados de los programas más eficaces.

Así mismo, Vázquez, Blanco, Torres, Otero y Hermida (2014) realizaron una revisión bibliográfica con el objetivo de analizar la evidencia de la eficacia de las intervenciones de prevención indicada en la reducción de la sintomatología depresiva y la incidencia de depresión. Los estudios que se analizaron, se dirigieron a participantes de 11 a 91 años de edad y un 47.2% procedentes de EEUU; evaluaron fundamentalmente intervenciones psicológicas de orientación cognitivo-conductual.

Del total de estudios incluidos en la revisión, aproximadamente el 70% hallaron efectos positivos de las intervenciones de prevención indicada sobre la sintomatología depresiva en el postratamiento 60% de esos estudios encontraron resultados positivos en la disminución de la sintomatología depresiva en los seguimientos a largo plazo. Algunos trabajos informaron también de consecuencias sobre otras variables clínicas. Especialmente interesantes fueron

los resultados obtenidos en relación a la reducción de la ansiedad. Todos los estudios que informaron de los efectos de sus intervenciones sobre la sintomatología de ansiedad.

A pesar del creciente interés por el desarrollo de programas para prevenir la recurrencia de la depresión, Arauxo y Cornes (2008) opinan que no se ha tomado demasiado en serio la planificación de la prevención primaria de la depresión. Concluyen diciendo que dicha situación tiene diversas motivaciones políticas y académicas. Las dos son superables, si se toma en serio la prevención de la depresión.

Problemas para la prevención:

1. Poca evaluación basada en la evidencia de los sujetos en riesgo de depresión.
2. Conflictos entre paradigmas y entre disciplinas académicas para describir, comprender y planificar programas de prevención.
3. Inadecuada utilización de la estadística y un excesivo énfasis en lo cuantitativo, olvidando lo cualitativo.
4. Falta de profesionales de la práctica de la prevención primaria.
5. Deficiencias en el currículo universitario.
6. Recelo entre psiquiatras y psicólogos clínicos.
7. Presupuesto económico deficiente.
8. Desinterés político-sanitario y apatía de la población.

Finalmente cabe señalar que no se encontraron antecedentes desde el enfoque centrado en las personas esperando que el presente estudio de investigación sea uno.



## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

A continuación se presentan los elementos teóricos fundamentales para el desarrollo de este trabajo.

#### **2.1 Depresión**

La depresión es un trastorno y no es raro que el afectado y familia atribuyan su condición de manera genérica e inespecífica a problemas, estrés o presiones, en lugar de pensar en un problema de salud. Suele pensarse que el enfermo está reaccionando mal a las dificultades por falta de entereza, fortaleza moral o voluntad.

Menciona Benassini (2005) que es un trastorno del estado de ánimo, emocional o afectivo que tiene una dimensión física o biológica, es decir el sustrato o mecanismo cerebral que ha fallado y provocado los síntomas, una dimensión psicológica o comportamental. Dejando claro que existen mecanismos alterados, en el organismo en general y en el cerebro en particular detrás de cada enfermo deprimido. También opina que es muy importante partir de que el funcionamiento anómalo de estos mecanismos es el que origina los síntomas, y que desde luego trasciende la voluntad y la fortaleza moral del enfermo.

Por otro lado Pérez (2007) opina que la depresión debe entenderse como la pérdida de contacto afectivo, que significa reconocer primero que el contacto es algo más que la cercanía física, es una experiencia de conectividad no solo con

los humanos, sino con todos los seres vivos, los objetos inanimados, incluso el espacio. Entre nosotros siempre existe alguien que está en un proceso de pérdida de contacto, o nosotros mismos en determinado momento lo perdemos, establecemos fronteras rígidas que nos impiden contactar, creamos un cuadro negativo del yo-mismo y del mundo, no expresamos nuestros afectos y no permitimos que los afectos de los otros nos contacten.

La OMS (2012) considera a la depresión como un trastorno que rompe con la salud física y mental de la persona. Además, define a la palabra “salud” como un estado de completo bienestar mental físico y social, y no meramente la ausencia de enfermedad o dolencia.

Para el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales DSM-IV (2005) el trastorno depresivo, biológicamente, es un faltante de neurotransmisión, específicamente en los neurotransmisores de noradrenalina y serotonina. La depresión se acompaña de regulación modificada del equilibrio colinérgico y adrenérgico y se caracteriza por un dominio colinérgico.

También, se ha indicado que la dopamina disminuye desde el punto de vista funcional en algunos casos de depresión mayor. Se puede suponer que es debido a un exceso en la destrucción, bajo nivel de formación, exceso de la recaptación y mala utilización por baja permeabilidad de la segunda neurona, o fallo del segundo mediador. Señala que en la actualidad se piensa que en cualquier tipo de depresión existen alteraciones bioquímicas.

Existen muchas definiciones de la depresión, para este trabajo se tomará la de Bizkarra (2005) que la define como un trastorno del estado anímico en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante un periodo prolongado. El trastorno más común del estado del ánimo es la depresión, un estado en que la persona se siente abrumada por la tristeza, pierde

interés en las actividades y muestra otros síntomas como culpa excesiva o sentimientos de minusvalía y desesperanza.

Las personas que sufren de depresión son incapaces de experimentar placer en las actividades que algunas veces disfrutaron. Están cansadas y apáticas y en ocasiones, al extremo de no poder tomar decisiones más simples. Pueden sentir que han fracasado por completo en la vida y tienden a culparse por sus problemas. La gente gravemente deprimida a menudo sufre insomnio y pierde interés en la comida y el sexo. Con frecuencia, tiene problemas para pensar o concentrarse, e incluso encuentran difícil leer el periódico (en casos extremos).

### **2.1.1 Tipos de depresión**

Plantea Ballenato (s. f.) que se puede hablar de dos tipos de depresiones; endógenas y exógenas. La primera tiene un origen biológico. Se produce un trastorno en la bioquímica cerebral que se puede restablecer a través de psicofármacos, adaptados al paciente bajo prescripción médica y la depresión exógena, también conocida como reactiva, presenta mayor incidencia: tres de cada cuatro casos. Su origen es externo a la persona y puede hallarse en conflictos mal resueltos, tensión crónica, situaciones difíciles, frustraciones y fracasos.

Además, los especialistas en el tema de este trastorno han sugerido dividirlo acorde a su sintomatología e intensidad. De tal forma que De la Garza (2005) propone que los tipos más importantes son: la distimia, la depresión atípica, la depresión bipolar y el trastorno afectivo estacional.

La distimia es una forma crónica de depresión en la cual el estado de ánimo está bajo durante la mayor parte del tiempo. Para el diagnóstico es necesario que este trastorno tenga una duración mínima de dos años. El curso puede ser intermitente con periodos de normalidad que duren incluso semanas o meses (puede ser recurrente). Es más común en las mujeres que en los hombres. El cuadro no llama

la atención por lo que los pacientes no se dan cuenta sino después de mucho tiempo.

La depresión atípica generalmente incluye insomnio inicial (dificultad para conciliar el sueño), aumento del apetito, dormir demasiado, diversos síntomas de ansiedad y fóbicos, ausencia de síntomas endógenos claros, tales como culpa, adelgazamiento y falta de placer vital. Los pacientes tienen un aspecto pasivo y sin energía.

En la depresión bipolar el ánimo tiene dos polos: la tristeza y la alegría. Se caracteriza por cambios de humor. Estados de ánimo muy altos se ven sucedidos por otros muy bajos (cambios bruscos a veces). Siendo esta enfermedad bipolar caracterizada por una alteración en ese equilibrio, por lo que el paciente padecerá de periodos de depresión y de exaltación (manía). Estos estados se alternan a lo largo del tiempo y también se le llaman trastorno maniaco-depresivo.

En el trastorno afectivo estacional: sabemos que la pérdida de la luz solar durante los meses de invierno puede alterar las sustancias químicas que controlan el ánimo. Algunas personas tienen episodios depresivos cuando la luz del sol cambia en cantidad y calidad, lo que se le llama depresión de invierno.

Muchos pacientes depresivos presentan un incremento en su sentimiento de tristeza durante los días nublados. Este trastorno es principalmente un problema en los países con inviernos largos. Se ha supuesto durante mucho tiempo que en los países como México, el síndrome estaría ausente pero se afirma lo contrario muchos pacientes se han beneficiado con la terapia lumínica.

### **2. 1. 2 Causas de la depresión**

Hoy día Zarragoitia (2011) considera que en la depresión pueden incidir muchos factores de riesgo, para que sea más factible el desarrollo de la enfermedad, sin que haya sido posible establecer su conjunto, ni las múltiples interacciones

existentes entre estos, además, dice que aún no se sabe a ciencia cierta el peso de cada factor en relación con las circunstancias y el momento de la vida en que se presentan.

No obstante, señala que los principales pueden ser; antecedentes familiares de depresión, trastornos de ansiedad, consumo de alcohol y drogas, rasgos de personalidad neurótica, enfermedades cardíacas y endocrino-metabólicas, circunstancias laborales (desempleo, discapacidad, bajas laborales por enfermedad o maternidad), pobreza, polimorfismo del gen que codifica el transportador de serotonina, enfermedades crónicas, tanto física como mentales, migraña, consumo de depresógenos, estrés crónico, determinado por una sobrecarga emocional, por ejemplo, un ritmo de vida acelerado, disminución de la comunicación entre las personas, que lleva a situaciones de soledad, cambios rápidos en la forma de vida, como la desmembración de la familia y la ruptura lenta con las tradiciones y las estructuras sociales.

Sevilla y Pastor (2005) mencionan que durante mucho tiempo se pensó que la depresión era resultado de un simple desarreglo bioquímico en el cerebro, y todavía mucha gente y profesionales, siguen creyéndolo. Sin embargo sabemos con fuerte respaldo empírico que, para que una persona se deprima, es necesario que en el ambiente en que vive ocurran cambios que sean percibidos como desagradables (“pérdida de reforzadores”, que significa que la persona pierde algo o alguien valioso).

La depresión puede ser producida por cambios vitales como: pérdida o enfermedad de personas queridas, enfermedad propia, problemas maritales o familiares, problemas o pérdida del trabajo, problemas económicos y cualquier otro acontecimiento que implique que la persona se vea privada de algo que considera importante.

Weissman (2003) dice que no existe una causa única conocida de la depresión. Más bien, esta parece ser el resultado de una combinación de factores genéticos, bioquímicos, y psicológicos. Las enfermedades depresivas son trastornos del cerebro. Las tecnologías para obtener imágenes del cerebro, tales como las imágenes por resonancia magnética, han demostrado que el cerebro de las personas con depresión luce diferente del de quienes no la padecen.

Las áreas del cerebro responsables de la regulación del ánimo, pensamiento, apetito, y comportamiento parecen no funcionar con normalidad. Además, hay importantes neurotransmisores, sustancias químicas que las células del cerebro utilizan para comunicarse, que parecen no estar en equilibrio. Pero estas imágenes no revelan las causas de la depresión.

También Sevilla y Pastor (2005) dicen que los cambios bioquímicos que se producen en el cerebro, serían el resultado y no la causa de la depresión. Por ejemplo; la adrenalina participa en las reacciones de ansiedad, pero no es su causa. Cuando una persona se pone ansiosa, lo hace como resultado de la percepción de peligro, y a partir de ahí el organismo inyecta adrenalina en la sangre, lo que da sustento bioquímico a la ansiedad. La causa de la ansiedad no es la adrenalina, sino que esta es parte del proceso de la ansiedad.

Por lo tanto, la reducción de neurotransmisores cerebrales es parte del proceso de la depresión, pero no la causa. Sin embargo, tiene un peso importante en la instalación del proceso depresivo, puesto que su reducción afecta a la regulación de funciones del cerebro como los ciclos de sueño-vigilia, o el estado de ánimo. La depresión no podría ser considerada como una enfermedad, entendiendo enfermedad como un proceso provocado por deficiencias orgánicas. La depresión sería un complejo trastorno psicológico que provocaría alteraciones orgánicas.

Realmente es difícil encontrar una alteración física que no afecte al estado de ánimo y viceversa. El estado de ánimo y el cuerpo solo se pueden desgajar

teóricamente. Estos cambios pueden provocar la enfermedad no de una forma inmediata, sino más adelante.

### **2.1.3 Tratamiento de la depresión**

De acuerdo con Yapko (2006) el tratamiento contra la depresión es de dos tipos: farmacológico y psicológico. Dependiendo del problema puede ser necesario uno u otro, o una combinación de los dos. Plantea que los antidepresivos se utilizan para corregir desequilibrios en los niveles de las sustancias químicas del cerebro, especialmente la serotonina, un químico cerebral que transmite mensajes en el área del cerebro que controla las emociones, la temperatura corporal, el apetito, los niveles hormonales, el sueño y la presión sanguínea.

Además dice que los antidepresivos actúan incrementando los niveles de serotonina en las células del cerebro y que cada clase de antidepresivos lo hace de una forma distinta. Normalmente tienen efecto entre tres y seis semanas después de iniciar el tratamiento. Si no se han producido avances en este tiempo, el médico suele optar por cambiar el tratamiento, añadiendo más dosis u optando por otro antidepresivo. Entre sus efectos secundarios más comunes se encuentran el insomnio, nerviosismo, disfunción sexual, náuseas, mareos o aumento de peso.

Por otra parte define que la psicoterapia es tanto un arte como una ciencia. De manera tal que la destreza de la persona que da la psicoterapia es definitiva. La terapia debe de ser un proceso activo, limitada, enfocarse en resolver los problemas actuales y tener como meta atenuar los síntomas.

La psicoterapia debe ser la primera opción cuando:

La depresión es leve a moderada aunque también puede ser utilizada para tratar casos severos.

La depresión no incluye psicosis o impedimentos severos para juzgar la realidad objetivamente.

La depresión no es en extremo crónica (larga duración) o muy recurrente.

El individuo pide específicamente la psicoterapia, como la forma deseada para ser tratado.

Una combinación de psicoterapia y medicamentos está indicada cuando:

Existen episodios recurrentes de depresión con una rápida sucesión y sin remisión entre episodios.

Ni los medicamentos ni la psicoterapia por separado parecen funcionar.

Hay evidencia de un problema de personalidad que va más allá de una depresión severa.

El individuo expresa su deseo de ser tratado con una terapia combinada. (Yapko, 2006, pp. 36-37).

El ambiente que rodea a una persona que sufre depresión es fundamental para lograr su rehabilitación. La comprensión, la paciencia, el respeto y el cariño de los familiares y amigos es de gran importancia, puesto que la falta de ganas y motivación de los afectados puede provocar la desesperación. Uno de los problemas más importantes que presenta este grupo es el abandono de las terapias, por lo que es necesario inducirle a seguir el tratamiento hasta el final. La psicoterapia es complementaria a la medicación, la “pastilla” solo cura los síntomas pero no la causa.

También es importante mencionar que hay opciones para las depresiones resistentes a la medicación y por tal motivo resulta necesario considerar el uso de técnicas alternativas tales como:

La terapia electroconvulsiva según De la Garza (2005) menciona que es un tratamiento psiquiátrico en el cual se anestesia a la persona y se inducen convulsiones utilizando la electricidad. Existen tres variables fundamentales en la aplicación de la terapia electroconvulsiva: la colocación de electrodos, la duración de la estimulación y las propiedades electrofísicas de la estimulación. Esta terapia es utilizada para el tratamiento de cualquier subtipo de depresión resistente (es aquella que no ha respondido al tratamiento de por lo menos dos antidepresivos



distintos, que han sido administrados en las dosis terapéuticas y por el tiempo adecuado) y de otros trastornos mentales. Sin embargo, para al menos la mitad de las personas que reciben terapia electroconvulsiva, los beneficios son solamente temporales. Después de su aplicación se puede continuar con la terapia de medicamentos.

De un 15 a un 20% de pacientes depresivos no mejoran con medicamentos o no toleran sus efectos secundarios; estos pacientes tienen un mal pronóstico: reportan una mortalidad muy alta (36%) a los dos años seis meses si continúan deprimidos.

La aplicación de la terapia electroconvulsiva ha salvado la vida de miles de pacientes deprimidos que no responden a otros tratamientos. Es muy segura realizada por manos expertas. En México, sin lugar a dudas, está subutilizada debido a prejuicios y desinformación, no sólo de la población en general sino también del gremio médico. Su alto costo económico es una limitante para su empleo.

Rosas y López (2011) opinan sobre la estimulación magnética transcraneal la cual se realiza mediante una bobina eléctrica que se coloca en el cuero cabelludo del paciente, generando un fuerte campo magnético que penetra el cerebro e induce un campo eléctrico debajo de la corteza cerebral. Que es dirigida a áreas específicas del cerebro por medio de distintas frecuencias, logrando despolarizar las neuronas corticales y modificando la liberación de neurotransmisores. Una sesión dura menos de 60 minutos y no requiere anestesia. Los efectos secundarios suelen ser molestias donde es colocada la bobina, endurecimiento de la cara y de la mandíbula durante el procedimiento y dolores de cabeza.

Los mismos autores hacen referencia a la estimulación del nervio vago y mencionan que se lleva a cabo a través de un estimulador que se coloca en la parte superior del pecho izquierdo, emitiéndose intermitentemente un leve impulso

eléctrico a varios electrodos localizados a lo largo del nervio vago. Este tipo de estimulación actúa sobre los neurotransmisores que tienen relación con la depresión. Para llevarse a cabo este tratamiento se requiere cirugía y por lo mismo conlleva riesgos como en todo procedimiento quirúrgico además de tener otros efectos secundarios como afectaciones a la laringe, dolor de garganta, problemas al respirar, dificultad para ingerir alimentos y molestias en el área del implante.

Además Rosas y López (2011) señalan que la fototerapia es mediante una cámara especial que emplea radiaciones electromagnéticas de origen natural o artificial exponiendo al paciente a sesiones de luz muy intensa (la luz aplicada puede ser radiación visible, infrarrojos o ultravioleta).

La fototerapia se emplea habitualmente en el tratamiento de enfermedades de la piel como el vitiligo y la psoriasis (si bien también se ha demostrado su utilidad en trastornos del estado de ánimo como la depresión) 10 a 25 veces más que una bombilla común de 100 watts, que pueden tener una duración variable entre 30 minutos y dos horas.

#### **2.1.4 Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales**

Hasta ahora el diagnóstico de las enfermedades mentales es básicamente clínico, no existe ningún estudio de laboratorio, de imagen, ni de electrofisiología capaz de definir por sí solo alguno de los trastornos mentales primarios. Existen enfermedades en donde la utilización de los estudios de gabinete son más importantes que en otros como el caso de la epilepsia y de la enfermedad de Alzheimer, donde el electroencefalograma es el primero de los casos y la resonancia magnética es el segundo, proporcionan un gran apoyo para elaborar un diagnóstico más certero.

Sin embargo, en los trastornos afectivos como la depresión, los de ansiedad, en la esquizofrenia y en los del desarrollo infantil los estudios paraclínicos no confirman

el diagnóstico; aún así se realizan para descartar otros padecimientos por comorbilidad o para obtener el diagnóstico diferencial del padecimiento. En este sentido uno de los grandes avances de la psiquiatría ha sido el establecimiento de criterios clínicos objetivos para definir los diferentes diagnósticos de los trastornos mentales.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV (2005) es un sistema clasificatorio ampliamente establecido y utilizado en el ámbito internacional para el diagnóstico de los trastornos mentales de la edad adulta y también de la niñez y adolescencia. Es un sistema multiaxial, es decir se organiza considerando varios ejes (aspectos o facetas de la realidad clínica), constando de 5 ejes el DSM. Por otra parte persigue proporcionar criterios diagnósticos para aumentar la fiabilidad de los juicios clínicos. Uno de los problemas que se observan en México es que la mayoría de los médicos no psiquiatras, desconocen este manual diagnóstico, lo que repercute en la elaboración de diagnósticos erróneos y consecuentemente tratamientos inadecuados.

El DSM-IV es un instrumento realizado a partir de datos empíricos y con una metodología descriptiva, con el objetivo de mejorar la comunicación entre clínicos de diferentes orientaciones y entre clínicos en general e investigadores. Todo esto no tiene la pretensión de explicar las diversas patologías ni de proponer líneas de tratamiento farmacológico o psicoterapéutico, como tampoco de adscribirse a una teoría o corriente específica dentro de la psicología o psiquiatría. El sistema DSM-IV se centra en general en principios psicopatológicos.

El DSM-IV (2005) propone una descripción del funcionamiento actual del paciente a través de 5 ejes con el objeto de contar con un panorama general de diferentes ámbitos de funcionamiento:

Eje I: Se describen los trastornos psiquiátricos principales o sintomatología presente, si no configura ningún trastorno, y que pueden ser objeto de atención

clínica (por ejemplo: trastorno depresivo, demencia, dependencia de sustancias, esquizofrenia).

Eje II: Se especifica si hay algún trastorno de personalidad de base, algún trastorno del desarrollo, o retraso mental (por ejemplo: trastorno de personalidad límite, trastorno autista, retraso mental moderado, etc...).

Eje III: Se especifican afecciones médicas que presente el paciente. La enfermedad física puede ser causa, consecuencia o no estar relacionada con el trastorno mental.

Eje IV: Se describen tensiones psicosociales y ambientales en la vida del paciente que contribuyen de manera significativa al desarrollo o exacerbación del problema actual (desempleo, problemas conyugales, duelo, etc).

Eje V: Se evalúa el funcionamiento global del paciente (psicológico, social y ocupacional), facilita el diseño del plan terapéutico y ayuda a evaluar los resultados.

### **2.1.5 Depresión recurrente**

Segal, Williams y Teasdale (2006) refieren que a fines de los '80 los antidepressivos se habían convertido en el tratamiento de primera línea para la depresión clínica, pero paralelamente había al menos cuatro abordajes psicoterapéuticos estructurados y de tiempo limitado que acreditaban apoyo empírico: el enfoque conductual dirigido a incrementar las actividades reforzantes del paciente; el entrenamiento en habilidades sociales dirigido a disminuir el aislamiento social; la terapia interpersonal con su propuesta para resolver disputas interpersonales y cambiar roles; y la terapia cognitiva, con técnicas conductuales y cognitivas para cambiar los pensamientos, imágenes e interpretaciones que contribuyen a la aparición y mantenimiento de trastornos emocionales y conductuales asociados con la depresión.

Un estudio que se realizó en 1984 a doble ciego (ni los individuos participantes ni los investigadores saben quién pertenece al grupo de control, y recibe placebos, y quién al grupo experimental) mostró que el 20% de los pacientes que siguieron recibiendo medicación luego de haber mejorado tuvieron recaída/recurrencia durante el período de seguimiento. Esta cifra se elevó al 50% para el grupo cuya terapia de continuación consistió en placebo, luego de haber mejorado con la droga activa.

Estos resultados sugirieron por un lado la conveniencia de seguir medicando de modo continuado a los pacientes incluso años después del último episodio, y por otro lado mostraron que los antidepresivos no logran una cura a largo plazo: sus efectos benéficos no persisten cuando cesa su administración y para algunos pacientes el tratamiento prolongado con antidepresivos está contraindicado. Además otro porcentaje, estimado entre 30 y 40%, no toma la medicación prescrita y según un seguimiento de 1400 pacientes con antidepresivos de mantenimiento, sólo un tercio estaba satisfecho con la calidad de su tratamiento debido a la aparición de efectos adversos como el incremento de peso o la disfunción sexual.

Ellen Frank mostró que sesiones mensuales de terapia interpersonal de mantenimiento aumentaban a cerca del triple el tiempo libre de depresión luego del último episodio con respecto a los que recibían medicación placebo (los que recibieron imipramina tuvieron un período sin episodios aún mayor).

Otros estudios que aparecieron entre 1986 y 1992 hacían un seguimiento de uno a dos años luego de su recuperación inicial de pacientes que habían recibido medicación antidepresiva o terapia cognitiva (TC) durante la fase aguda. La tasa de recurrencia en aquellos cuya medicación había sido suspendida con la mejoría iba del 50 al 78%. Para el caso de los que habían recibido TC iba del 20 al 36%. Estos datos sugieren que la TC estándar en fase aguda tiene un efecto protector duradero. Sin embargo, en

general, se fue mostrando que era muy frecuente la aparición de nuevos episodios una vez que el tratamiento había finalizado.

Las estimaciones más recientes sugieren que al menos el 50% de los pacientes que se recuperan de un episodio inicial de depresión padecerán al menos un nuevo episodio. Para los pacientes con más de un episodio pasado la probabilidad de un nuevo episodio trepa hasta cerca del 80%. Por ello actualmente hay una tendencia a considerar a la depresión como una enfermedad crónica, para toda la vida. (Segal, Williams & Teasdale, 2006, pp. 3-4).

### **2.1.6 Depresión y Autoestima**

Los problemas afectivos son uno de los principales males de nuestro tiempo, que a veces se ha dicho que pueden alcanzar la dimensión de epidemia. La depresión reúne una serie de sentimientos tales como la pena, el desencanto, la desilusión, la falta de ganas de vivir y el desconsuelo. La depresión es un sentimiento de tristeza que te deja sin energías, sin ganas de hacer nada. Son muy diversos sus síntomas estos pueden ser físicos, cognitivos, sociales, de conducta y afectivos (autoestima).

Por su parte, Martínez (2003) dice que los estados depresivos son los grandes causantes de reacciones suicidas ya que en todo deprimido existe un suicida en potencia. También menciona que hay depresión siempre que aparezca un fallo en el tono neuropsíquico, ya sea pasajero o perdurable. Se trata de un estado sintomático y no de una situación inherente. La depresión puede variar desde un ligero abatimiento hasta el estupor; en su forma más ligera, la persona infeliz tiene un sentimiento de incapacidad, desaliento, inutilidad y pérdida de interés por las actividades habituales.

Además señala que en la depresión un poco más profunda hay una constante tensión desagradable; cada experiencia se acompaña de pena, y el enfermo

puede estar temeroso, preocupado, angustiado, agitado o perplejo y padecer un sufrimiento físico o emocional. Las dolencias corporales, tales como cefalea, tensión cefálica, fatiga, falta de apetito, constipación y otras, son muy comunes, así como insomnio, ideas de culpa y autoacusación, y aparece la idea del suicidio. La expresión facial característica es de decepción, desesperanza y temor.

Por otro lado, Rodríguez, Pellicer y Domínguez (1988) mencionan que si una persona se conoce y está consciente de sus cambios, crea su propia escala de valores y desarrolla sus capacidades, y si se acepta y respeta, tendrá autoestima. Por el contrario, si una persona no se conoce, tiene un concepto pobre de sí misma, no se acepta ni respeta, entonces no tendrá autoestima.

De su parte, Branden (1994) opina que la autoestima tiene dos componentes relacionados entre sí. Uno es la sensación de confianza frente a los desafíos de la vida: la eficacia personal. El otro es la sensación de considerarse merecedor de la felicidad: el respeto a uno mismo. La eficacia personal significa confianza en el funcionamiento de mi mente, en mi capacidad para pensar y entender, para aprender, elegir y tomar decisiones; confianza en mi capacidad para entender los hechos de la realidad que entran en el ámbito de mis intereses y necesidades; en creer en mí mismo; en la confianza en mí mismo.

Abud y Bojórquez (1997) consideran a la autoestima como un concepto, una actitud, un sentimiento, una imagen; como la capacidad para valorar el yo y tratarse con dignidad, amor y realidad, y como “el juicio personal que hace el individuo acerca de su propio valor”. Describen asimismo tres componentes importantes que se relacionan entre sí, el deterioro de uno de los cuales afecta negativamente a los restantes:

Componente cognitivo-. Se refiere a ideas, opiniones, creencias, percepción y procesamiento de información; conjunto de autoesquemas usados para reconocer

e interpretar estímulos importantes del ambiente social y experiencias pasadas; incluye al autoconcepto como origen y desarrollo de la autoestima.

Componente afectivo-. Valoración de lo que en cada persona es positivo y negativo, e implica una sensación de lo que se considera favorable o desfavorable, agradable o desagradable.

Componente conductual-. Tensión, intención y decisión de actuar; manifestación de comportamiento consecuente y coherente.

Finalmente se puede decir que la autoestima es como el juicio que cada uno hace de sí mismo. La percepción que cada persona tiene acerca de su competencia y valía personal, así como el respeto que se siente hacia uno tiene una enorme importancia. Los individuos que tienen elevada la autoestima tienen más facilidad para superar sus problemas personales, son más independientes y tienen mayor facilidad para tener relaciones interpersonales. En cambio los individuos con baja autoestima se sienten inseguros, tienden a aislarse y no alcanzan sus metas. Creando para ellos un ambiente propicio para padecer el trastorno de la depresión, es decir, las personas que se valoran poco tienen mayores posibilidades de sufrirla.

El ser humano en todas las etapas de su vida, al poseer una buena relación familiar y fuentes de apoyo significativos, se conserva en óptimas condiciones psicológicas y, de esta manera, supera más fácilmente las tensiones o el propio trastorno. La depresión y la autoestima son dos problemas psicológicos que van siempre de la mano, tienen diferencias entre si y sus síntomas varían según los estados de ánimo de la personalidad como también el problema que los provoco.

## **2.2 El enfoque centrado en las personas**

La psicoterapia autodirectiva o “centrada en las personas” apareció como un enfoque psicoterapéutico sistematizado, Rogers inició y formuló hipótesis las cuales no fueron en base a teorías psicológicas, sino a lo que él observaba en sus entrevistas, con ello descubrió una nueva forma de brindar ayuda a los clientes.



Por tal motivo, el enfoque centrado en las personas (ECP) forma parte fundamental e indispensable para este trabajo, debido a que toda la esencia de lo personal es como un espacio de crecimiento, donde el ser humano por naturaleza tiene la capacidad de generar su propio desarrollo. Por tal motivo es importante señalar que este enfoque, ve a la persona como un cliente y no como un paciente, debido a que no pretende aliviarlo sino que el individuo llegue a experimentar un proceso que le permita desarrollar el infinito potencial innato que tiene el hombre de sí mismo.

Dice Lafarga (2006) que el ECP es una teoría científica que surge como enfoque terapéutico en los primeros años de los cuarenta, con Carl Rogers, (ante su insatisfacción con las teorías desde las cuales se intentaba abordar los problemas emocionales y conductuales) basado en el impulso de las personas hacia la búsqueda de su crecimiento, liberando los elementos que obstaculizan su desarrollo, presentando claridad en las vivencias y experiencias del ser humano a la conciencia y el crecimiento, a través de la relación interpersonal significativa.

También opina que lo importante de este enfoque para la persona es sentirse mejor consigo misma, acrecentar el ámbito de su experiencia interna y externa, sentirse más independiente de los demás, ser más responsable de sus decisiones en la vida y establecer pautas de conducta que sean más favorables al propio crecimiento y al de otras personas con las que interactúa. Se concibe a la persona como valiosa por sí misma y cuya motivación necesaria es la autorrealización.

Por otra parte menciona González (2001) que el enfoque centrado en las personas tiene como propósito ayudar a toda persona a tener un funcionamiento pleno el cual es factible en virtud de que se reconoce la potencialidad y los recursos con los que cada una cuenta. Además dice que el enfoque presenta una visión positiva de la naturaleza humana; señalando los aspectos de ser autónomo y socialmente responsable, la búsqueda de la actualización y el desarrollo de las capacidades existentes.

Araiza (2015) opina que el campo fenomenológico es el mundo íntimo de cada individuo, que se convierte en su fuente de referencia interna para apreciar la vida. Constituye todo aquello que es experimentado por este. Conforme un individuo reacciona dentro de su campo fenomenológico, lo hace como un todo organizado. El organismo es siempre un sistema total, en el cual la alteración de cualquier parte puede producir cambios en otra. La personalidad y la conducta individuales están en función de su actualización y esta, está dirigida hacia el esfuerzo por satisfacer las propias necesidades experimentadas en el propio campo fenomenológico.

Rogers (1997) menciona que toda persona, por muy dañada que esté posee capacidades para encontrar su camino y mejorar. Parte de la idea de que la persona posee por naturaleza una tendencia a actualizarse, una especie de impulso hacia el crecimiento y salud, así la terapia trata de crear las condiciones para liberarlo. Es el cliente quien sabe lo que le afecta, hacia donde quiere dirigirse, cuáles son sus problemas fundamentales y cuáles sus experiencias olvidadas.

El concepto del proceso terapéutico del enfoque centrado en las personas radica en la búsqueda de su crecimiento, en donde el cliente se libera de los elementos que obstaculizan su desarrollo, presentando claridad en el acceso a las vivencias y experiencias, así como a la conciencia y el crecimiento a través de la relación interpersonal significativa bajo tres condiciones: congruencia, empatía y aceptación positiva incondicional (Lafarga, 2006).

### **2.2.1 Constructos del enfoque centrado en las personas relacionados a la depresión.**

Se considera importante utilizar algunos de los constructos de este enfoque, con el objetivo de que mediante estos se logre prevenir la reincidencia de estados depresivos en adultos, encontrando en estos una herramienta de la cual se

pueden valer para mejorar su salud y así tener una mejor calidad de vida personal, familiar, laboral y social.

### **2.2.1.1 Tendencia actualizante**

Se dice que la tendencia actualizante en el organismo humano es la motivación básica como se puede observar en una planta, la cual a pesar de verse frágil, lograba sobrevivir al golpeteo de las olas, logrando adaptarse, desarrollarse y convertirse en ella misma. Señala que la tendencia actualizante es una tendencia constructiva, Rogers (1980) opina que hay una fuente central de energía en el organismo humano; que esta es una función confiable de todo el organismo humano y no de una parte de él.

Para Rogers (1978) la tendencia actualizante se puede definir como una motivación innata presente en toda forma de vida, dirigida a desarrollar sus potencialidades hasta el mayor límite posible. Rogers entendía que todas las criaturas persiguen hacer lo mejor de su existencia, y si fallan en su propósito, no será por falta de deseo. La concepción del ser humano por naturaleza es constructiva, creativa, tendiente a la actualización de su potencial, a partir de una sabiduría que surge de su organismo y se orienta hacia su desarrollo pleno y el de lo demás.

Para que la persona siga con su tendencia actualizante es fundamental la experiencia. La cual consiste en la experienciación consciente de un sentimiento que hasta el momento fue reprimido. La experienciación de sentimientos reprimidos por irracionales que parezcan permite a la persona actualizar su experiencia, ser "él mismo" y modificar el autoconcepto distorsionado que estaba teniendo (Rogers, 1978).

Además Rogers y Kinget (1967) dicen que esta tendencia a la actualización es la más indispensable del organismo en su totalidad, ya que rige el ejercicio de todas las funciones, tanto físicas como de la experiencia. Por lo tanto, tiende

constantemente a desarrollar las potencialidades del individuo para asegurar su conservación y su enriquecimiento, teniendo en cuenta las posibilidades y los límites del ambiente.

Cornejo y Brik Levy (2003) dicen que la tendencia actualizante es responsable por cada aspecto del esfuerzo humano y de sus logros, que describe el desarrollo integral de todos los aspectos de la persona, incluyendo los aspectos espirituales, emocionales y físicos además de las dimensiones creativas.

Trevithick (2006) señala que Rogers observó la capacidad del ser humano para organizarse, ante el impacto de las condiciones adversas y que la tendencia actualizante está motivada por el instinto de crecimiento emocional e intelectual y que este crecimiento, solo es posible cuando el individuo es libre, no tiene temor al castigo, a la coacción, a las presiones sociales inhibidoras y a otras experiencias negativas o coercitivas.

Además también dice que el facilitador que crea una relación utilizando la congruencia, la aceptación positiva incondicional y la empatía para entender la experiencia del cliente y además muestra una actitud de buena disposición al entrar en el mundo de la persona, le proporciona al cliente una experiencia constructiva, liberadora y reconstituyente. Considera que este proceso, ofrece al cliente un mundo diferente de percibirse y de experimentar sus vivencias de manera que construye una nueva imagen de sí mismo y con ello la capacidad para solucionar sus propios problemas.

Esta tendencia actualizante está presente en todo organismo vivo, y este organismo se mueve en esa dirección para mejorar y reproducirse, sin importar los estímulos internos o externos que se le presenten, si el entorno es favorable o desfavorable, esto es la naturaleza del proceso que llamamos vida. La tendencia actualizante, si bien está presente en todas las personas durante toda su vida,

puede acelerarse en beneficio de ellas si se proporcionan condiciones adecuadas y propiciatorias para el crecimiento.

El trabajo de Rogers y su propuesta del enfoque centrado en las personas, tienen que ver con la identificación de aquellas condiciones externas que le permiten a la persona aprovechar todos sus recursos internos para desarrollarse. Si una persona o un grupo de personas son capaces de proveer dichas condiciones externas promotoras del desarrollo personal, la tendencia actualizante promueve cambios positivos en la persona (Araiza, 2015).

### **2.2.1.2 Comprensión Empática**

Hablar de empatía dice González (2001) que es necesario conocer cuando y como surge este término y cómo se aplica en la psicología. El concepto alemán traducido al español por Tichener significa: sentirse dentro, sentir como si estuviéramos dentro del otro. La empatía es una de las condiciones esenciales para entablar una relación interpersonal. La empatía consiste en poder sentir el mundo interno del cliente, su propio mundo privado, como si fuera propio, pero sin perder de vista el “como si”, es decir, sentir los sentimientos de coraje, tristeza, confusión e injusticia pero sin involucrarse al grado de hacer suyos esos sentimientos, sino solamente como si lo fueran.

La comprensión empática es una de las habilidades interpersonales más importantes en las relaciones humanas que nos ayuda muy frecuentemente a anticipar y solucionar conflictos interpersonales, tener una mayor influencia en los demás, lograr una mayor conexión emocional con las otras personas, ser más persuasivos, aumentar la probabilidad de que los demás confíen en nosotros. Además al ponernos en el lugar del otro, dejamos de juzgarlo ya que lo vemos de manera más objetiva.

Una persona es empática si puede “meterse” en la otra persona, mirar al mundo a través de la perspectiva de la otra persona y sentir el sentimiento de por qué el

mundo del otro es así, y expresarle al otro su entendimiento en una forma que muestre al otro que el facilitador ha captado tanto sus sentimientos como la conducta y experiencia que están bajo estos sentimientos.

La comprensión empática por parte del facilitador es fundamental en la relación con el cliente para su desarrollo y crecimiento (el estar con la persona cara a cara, es muy importante y de mucha ayuda). Según Rogers (1962) el mundo del cliente está claro para el facilitador y puede moverse con libertad dentro de él, entonces puede también comunicar su comprensión de lo que es vagamente conocido por el cliente, o verbalizar significados de la experiencia del cliente, que para él es poco conocida. Esta clase de comprensión empática elevadamente sensitiva parece importante para hacer posible que una persona se acerque a sí misma y aprenda a cambiar y desarrollarse.

Rogers (1962) dice que no es sorprendente que nos apartemos de la verdadera comprensión. Que si el facilitador se muestra realmente abierto a la manera en que la vida es experienciada por la otra persona (si puedo llevar su mundo dentro del mío), entonces correré el riesgo de ver la vida a su modo, de ser cambiado yo mismo; y todos nos resistimos al cambio. Así, tendemos a ver el mundo de esta otra persona solamente en nuestros términos, no en los suyos. Si analizamos y lo evaluamos, no lo comprenderemos; pero cuando alguien comprende cómo se siente y parece ser yo, sin querer analizarme o juzgarme, entonces puedo crecer en ese clima. Estoy seguro que de que no me encuentro solo en ese sentimiento.

También señala que cuando el facilitador puede entender la experiencia que está ocurriendo momento a momento en el mundo interior del cliente, como él la ve y la siente, sin perder la individualidad de su propia identidad en ese proceso empático, es probable que el cambio tenga lugar. Si bien la exactitud de dicha comprensión es sumamente importante, la comunicación del intento de entender también ayuda. Aún al tratar con el individuo confundido, inarticulado o extraño, si él percibe que estoy tratando de entender sus significados, esto será de provecho,

pues le comunica el valor que le estoy dando como individuo. Puede captar el hecho de que percibo sus sentimientos y significados como algo que vale la pena comprender.

Rogers (1985) menciona que el estado de empatía o de comprensión empática, consiste en percibir correctamente el marco de referencia interno de otro con los significados y componentes emocionales que contiene, como si uno fuera la otra persona, pero sin perder nunca esa condición de “como si”.

Así mismo Segrera (1989), dice que además de lo afirmado por Rogers, esta comprensión empática no podría reducirse a la comprensión de los sentimientos y experiencias de las que el cliente es plenamente consciente sino que debe extenderse a la totalidad de su mundo.

En este proceso de ayuda dicen Trull y Phares (2003) que lo que importa no es tanto lo que el facilitador hace sino la percepción de las personas de ser empáticamente entendidas. De tal modo que es importante que el facilitador del proceso comunique empatía, proyectando una especie de sensibilidad a las necesidades, sentimientos y circunstancias de la persona, así esta llegará a saber que el facilitador está haciendo todo su esfuerzo para entenderlo en forma correcta, cuando esto sucede se ha puesto la base para una relación terapéutica.

### **2.2.1.3 Congruencia**

La congruencia es una actitud indispensable para facilitar el proceso de desarrollo del potencial humano y el aprendizaje significativo, es decir, es la actitud que favorece el encuentro, el expresar lo que uno vive, siente lo que permite salir al encuentro del otro. Sin esta actitud son prácticamente imposibles la comprensión empática y la aceptación positiva. Menciona Rogers (1959) que el individuo cuestiona el concepto que tiene de su yo-mismo y trata de establecer una congruencia entre aquel y su experiencia, es decir, procura realizar una simbolización adecuada.

Para Rogers (1978), “el ser congruente es ser de una sola pieza, o más exactamente intentar tomar conciencia de su experiencia inmediata presente y de comunicar si ello es deseable”. Es decir, la congruencia es la concordancia exacta de la experiencia psicológica con la conciencia y lo que se comunica.

Sobre el mismo concepto pero con otras palabras, Rogers (1985) dice que el concepto de congruencia es un concepto teórico fundamental elaborado a partir de la experiencia terapéutica. En el curso de la terapia, el individuo cuestiona el concepto que tiene de su yo-mismo y trata de establecer una congruencia entre aquél y su experiencia, es decir, procura realizar una simbolización adecuada. Cuando las experiencias relativas al yo-mismo son adecuadamente simbolizadas e integradas al yo-mismo, se produce un estado de congruencia entre el yo-mismo y la experiencia y el funcionamiento del individuo es integral y óptimo.

Por otro lado señalan Hall y Lindzey (1970) que cuando las experiencias simbolizadas que constituyen el yo-mismo reflejan fielmente las experiencias del organismo, entonces se dice que la persona está bien ajustada, que ha alcanzado madurez y funciona por completo. Esa persona acepta la gama total de experiencia organísmica sin temores ni ansiedades y es capaz de pensar de un modo realista.

Lafarga y Gómez del Campo (1992) señalan que el crecimiento personal se facilita cuando el facilitador es lo que es, cuando en la relación con su cliente es honesto y sin “máscaras” o dobleces, siendo abiertamente los sentimientos y las actitudes los que en ese momento están fluyendo en él. Significa que él está siendo él mismo, y no negándose a sí mismo. Nadie logra llegar a esta condición completamente, pero mientras el facilitador sea más capaz de escuchar en forma aceptante lo que está sucediendo dentro de él mismo, y mientras sea más capaz de ser la complejidad de sus sentimientos sin temor, más alto será el grado de su congruencia.



Por tanto la congruencia es una actitud de búsqueda continua que se orienta hacia la propia lucha por el crecimiento y la integración personal. A medida que se tiene una relación de congruencia consigo mismo, podrá presentarse como un ser real en su relación con los demás.

Cloninger (2003) sitúa a la congruencia como condición para el éxito de la psicoterapia, asegura que es necesario que el terapeuta se comporte de forma congruente en la interacción, es decir, la conducta del terapeuta debe ser igual a su experiencia interna. El terapeuta debe ser genuino, honesto y en gran medida transparente, de tal manera que el cliente pueda ver el interior de su experiencia, en lugar de ver solo una máscara que oculte a la persona real del terapeuta.

Por su parte, González (2001) dice que la congruencia es una actitud necesariamente que requiere de valor para ser uno mismo y presentarse ante el otro como uno es. Por supuesto que la congruencia no puede ser en todo momento perfecta y constante. Señalan que “normalmente y sin lugar a dudas, yo, como todo el mundo, manifiesto un grado de incongruencia” (Rogers, 2006, p.90).

#### **2.2.1.3.1 Incongruencia**

Las personas que experimentan cierto grado de incongruencia, no son claros al expresar sus sentimientos y emociones, lo reflejan cuando se tienen que expresar ante los demás. Viven en constante confusión porque no son capaces de transmitir lo que verdaderamente sienten.

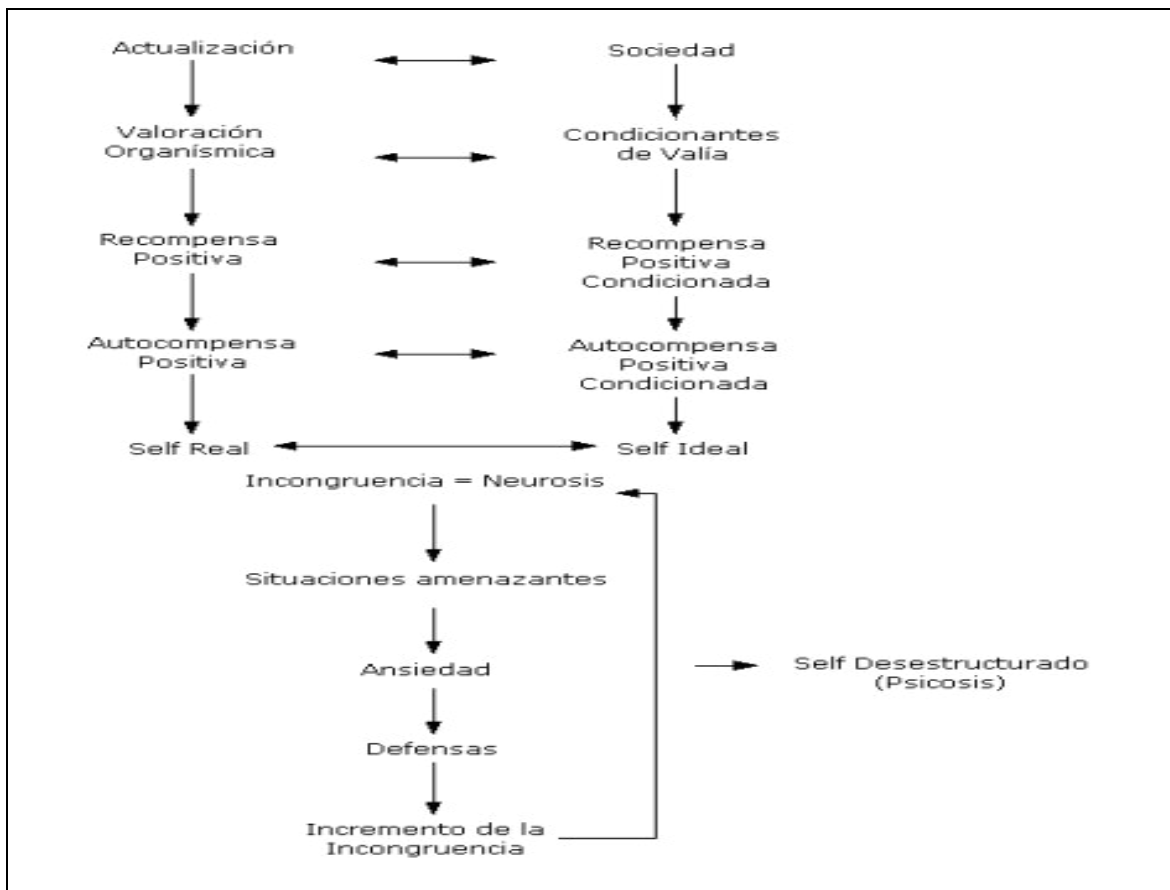
La gente que ha experimentado de alguna forma el abandono, que han vivido situaciones complejas e incongruencia en su mismo núcleo familiar, de alguna manera llega a influir en su actuar de manera incongruente. La incongruencia puede llegar a ser el dominio del ego, de las justificaciones, del autosabotaje y del autoengaño.

De acuerdo con Rogers (1985) se denomina incongruencia ese estado de discrepancia entre el yo-mismo y la experiencia. Cuando el individuo se encuentra en estado de incongruencia está expuesto a tensión y confusión interior, ya que en algunos aspectos la conducta del individuo se rige por la tendencia actualizante y en otros por la tendencia a la actualización del yo-mismo. De ahí la aparición de conductas discordantes o incomprensibles.

Hall y Lindzey (1970) opinan que la incongruencia entre el yo-mismo y el organismo le hace sentirse al individuo amenazado y ansioso, por lo cual se comporta defensivamente y su pensamiento se constriñe y se vuelve rígido. Las personas que actúan de manera incongruente, tienen dificultades al expresar sus sentimientos y emociones, lo reflejan cuando al relacionarse con los demás no son capaces de mostrarse como verdaderamente son, constantemente tienen que fingir ser otra persona. No hay un funcionamiento óptimo por parte del individuo, debido a que su principal preocupación será agradar a los demás, dejando a un lado su verdadero yo-mismo.

Señala Celis (2006) que el espacio comprendido entre el verdadero yo-mismo y el yo-mismo ideal; del “yo soy” al “yo debería ser” se llama incongruencia. A mayor distancia, mayor será la incongruencia; de hecho, ésta es la que esencialmente Rogers define como neurosis: estar desincronizado con tu propio yo-mismo (ver Figura 1).

**Figura 1.** Incongruencia



**Figura 1.** Diagrama del espacio comprendido entre el verdadero yo-mismo y el yo-mismo ideal; del “yo soy” al “yo debería ser” se llama incongruencia. Celis, A. (2006). *Congruencia, integridad y transparencia. El legado de Carl Rogers*. Revista POLIS Latinoamericana, Revisada el 04 agosto 2012. Recuperada el 05 febrero 2017de: <http://polis.revues.org/4857>

#### 2.2.1.4 Aceptación positiva incondicional

En la psicología humanista dice González (2001) que el término aceptación significa recepción cálida y libre de cada uno de los elementos que constituyen la experiencia del otro; acoger a la persona como realmente es en ese preciso momento de su proceso, lo cual implica la aceptación de sus sentimientos positivos y negativos, de sus formas de ser congruentes o incongruentes; un interés real por el otro, contemplándolo como un ser único, diferente, con sus

propios sentimientos, experiencias, pensamientos, deseos y necesidades; recibir o acoger al individuo no en forma posesiva o con el fin de satisfacer las propias necesidades, sino en el siempre hecho de ser él mismo; valorar a la persona con todas sus características, limitaciones, realidades y cambios.

Además también menciona que la consideración positiva incondicional es una dimensión unitaria que va desde un alto nivel en el cual el facilitador experimenta una aceptación cálida de la experiencia del paciente como parte de esa persona, sin poner condiciones a esta aceptación y calidez, hasta un nivel bajo en el cual el facilitador evalúa al paciente o a sus sentimientos, expresa disgusto o desacuerdo o expresa esta consideración positiva incondicional en forma selectiva y evaluativa.

Para Rodríguez, Pellicer y Domínguez (1988) la aceptación de sí mismo es absolutamente necesaria para nuestra evolución, para llegar a comprender y alcanzar los planos de conciencia que son necesarias para nuestra transformación. Aceptar quiere decir considerar a la persona sin condiciones, sin evaluaciones, sin prejuicios ni contaminaciones, esto se refiere a despojarse de juicios. Cuando la persona capta esta aceptación, que se le tiene confianza y fe, se sentirá con la libertad de ser quien es. La aceptación es admitir y reconocer todas las partes de sí mismo como un hecho, como la forma de ser y sentir, ya que solo a través de la aceptación se puede transformar lo que es susceptible de ello.

Rogers (1985) dice que si todas las experiencias de otra persona relativas a sí misma son percibidas por mí como igualmente dignas de consideración positiva, es decir, si no hay ninguna que yo considere menos digna de consideración positiva, decimos entonces que experimentó una consideración positiva incondicional hacia esa persona. Percibirse a uno mismo como objeto de la consideración positiva incondicional de otra persona es darse cuenta de que esa

persona considera todas las experiencias relativas al concepto que uno tiene de sí mismo como igualmente dignas de consideración positiva.

Es indudable que el hecho de que el facilitador sienta y manifieste una consideración positiva incondicional tanto hacia las experiencias de las que el cliente se siente horrorizado o avergonzado, como hacia aquellas de las que se siente orgulloso o satisfecho, parece efectivo para el cambio de actitud que se produce en el cliente. Gradualmente, el cliente llega a adoptar esa misma actitud de consideración respecto de todos los elementos de su experiencia. Esa actitud de aceptación incondicional lo ayudará a ser una persona más completa y congruente, capaz de funcionar eficaz y adecuadamente.

La aceptación positiva incondicional para Trull y Phares (2003) es nada más y nada menos que el respeto por el cliente como ser humano. El facilitador debe dejar de lado todas las ideas preconcebidas y ser capaz de interesarse por la persona, ser aceptante y, sobre todo, transmitir que ahí hay alguien que tiene fe y confianza en la capacidad y fuerza del cliente para lograr ese potencial interior.

Por otro lado Segrera (1989) señala que implica aceptar la presencia en su mundo interno tanto de realidades agradables como de realidades desagradables, implica un respeto al cliente como persona independiente, con derecho a sentimientos y experiencias propias, que expresen aspectos de su vida, de un organismo dinámico en interacción con su medio, sin con esto afirmar la aprobación de esos sentimientos y sus acciones, se trata sobre todo de una ausencia de juicio.

Además Rogers (1985) menciona que cuando percibo que una persona tiene una experiencia respecto de su yo-mismo y cuando esa percepción modifica positivamente mi campo experiencial, decimos que experimentó una consideración positiva hacia esa persona. En general, la consideración positiva engloba sentimientos y actitudes de afecto, cariño, respeto, simpatía, aceptación.

Percibirse a sí mismo como receptor de consideración positiva es sentir que uno modifica positivamente el campo experiencial del otro.

Finalmente Rodríguez, Pellicer y Domínguez (1988) dicen que si una persona se conoce y está consciente de sus cambios, crea su propia escala de valores y desarrolla sus capacidades, y si se acepta y respeta, tendrá autoestima. También de igual manera mencionan que el conocer las partes que componen el yo, cuáles son sus manifestaciones, necesidades y habilidades; los papeles que vive el individuo y a través de los cuales es; conoce por qué y cómo actúa y siente. Al conocer todos sus elementos, que desde luego no funcionan por separado sino que se entrelazan para apoyarse uno al otro, el individuo logrará tener una personalidad fuerte y unificada; si una de estas partes funciona de manera deficiente, las otras se verán afectadas y su personalidad será débil y dividida, con sentimientos de ineficiencia y desvaloración.

#### **2.2.1.5 Yo-Mismo**

El concepto del yo-mismo se va haciendo día a día, por las experiencias afectivas-sensitivas que se viven desde la niñez. Debido a estas experiencias la persona desarrolla una aceptación positiva y negativa de lo que es. La imagen que cada uno tiene de sí mismo, es el resultado de lo que la familia ha enseñado con palabras, acciones o ejemplos. Branden (1990) opina que de todos los juicios que entablamos en la vida, ninguno es tan importante como el que entablamos sobre nosotros mismos, ya que ese juicio afecta el propio núcleo de nuestra existencia.

Rogers y Kinget (1967) expresan que el mí-mismo, el “yo-mismo”, la idea o imagen del “yo-mismo” (o de sí mismo) o estructura del “yo-mismo” son términos que sirven para designar la configuración experiencial compuesta de percepciones que se refieren al yo-mismo, a las relaciones del yo con los demás, con el medio y con la vida en general, así como los valores que el sujeto concede a estas diferentes percepciones.

Por su parte Rogers (1972) señala que el ser humano tiene la capacidad latente o manifiesta de comprenderse a sí mismo, de resolver sus problemas de modo suficiente para lograr la satisfacción y la eficiencia necesaria a un funcionamiento adecuado.

El conocimiento del yo-mismo, es necesario e indispensable para el ser humano, pues en su vía de conocimiento, de saber quién es en lo real y con ello poder comprenderse a sí mismo, amarse y respetarse. Pero ocurre muy regularmente, que la humanidad evade esta gran capacidad con la que nació, el pensar, razonar, perdiendo el contacto con sí mismo. Sin embargo, cuando una persona pierde el contacto consigo misma, pierde también la confianza en su propia experiencia y ve disociada de su experiencia, confiando más en el juicio de otros que en el de ella misma sobre lo que le ocurre interna y externamente (Mancillas, 2002, p.37).

Maslow menciona que las personas que tienen una aguda percepción de la realidad, se aceptan a sí mismas y a los demás, también aprecian la naturaleza, son espontáneas, muy creativas, autodirigidas y hábiles en la solución de problemas (Papalia, Wendkos y Duskin, 2001).

De acuerdo con Araiza (2015) menciona que May dice que en la experiencia de convertirse en persona, es importante que el individuo se dé cuenta de él mismo y esté en condiciones de descubrir los orígenes de su fuerza interna y de la seguridad que resulta de este descubrimiento, es importante que reconozca a su “sí mismo” y de igual manera dice que la conciencia de “sí mismo”, es la capacidad humana de verse a sí mismo como si estuviese uno “fuera de sí mismo”. Es esta capacidad que se pone en práctica mediante la reflexión y la imaginación y que nos permite vernos desde diferentes perspectivas, aceptarnos o rechazarnos, y modificarnos en el caso de que encontremos el modo de hacerlo.

También señala que el “yo” mismo nace y crece en un contexto de relaciones interpersonales, y es importante enfatizar que tiene la capacidad de crearse y

experimentarse a él mismo, sin dejar de reconocer que también en alguna medida, los individuos se crean los unos a los otros.



## **CAPÍTULO III**

### **MÉTODO**

En este capítulo se presenta el método con el cual se llevó a cabo esta investigación, se incluye tipo de estudio, participantes, técnica de recopilación de información y procedimiento.

#### **3.1 Tipo de estudio**

Esta investigación es de tipo cualitativa, Rubio y Varas (1997) mencionan que se utiliza cuando se busca comprender la perspectiva de los participantes (individuos o grupos pequeños de personas a los que se investiga) acerca de los fenómenos que los rodean, profundizar en sus experiencias, perspectivas, opiniones y significados, es decir, la forma en que los participantes perciben subjetivamente su realidad.

#### **3.2 Participantes**

Los participantes fueron seis personas adultas; tres mujeres y tres hombres de diferentes niveles socioeconómicos de la ciudad de Xalapa, Ver. Sus edades oscilaron entre 30 y 60 años (María 34 años, Juan 30 años, Sandra 60 años, Victoria 32 años, Erick 51 años y José 56 años) con un promedio de edad de 43. Dos de ellos tenían estudios de posgrado y cuatro de educación superior. En todos los casos los participantes comentaron haber presentado por lo menos dos episodios depresivos.

Los criterios de inclusión fueron haber sido diagnosticados con depresión en algún momento de sus vidas y haber presentado por lo menos una recurrencia depresiva. Como criterio de exclusión se consideró estar cursando por un periodo depresivo.

### **3.3 Técnica de recopilación de información**

Por las características de este trabajo la recolección de datos fue por medio de la entrevista en profundidad de tipo abierta o semiestructurada.

Rubio y Varas (1997) consideran a la entrevista como un encuentro hablado entre dos individuos que comporta interacciones tanto verbales como no verbales. No es un encuentro entre dos personas iguales puesto que está basado en una diferenciación de roles entre los dos participantes. Aquel que se le asigna mayor responsabilidad en la conducción de la entrevista se le llama entrevistador, al otro entrevistado. Además al mismo tiempo dicen que Scheuch considera a la entrevista como un procedimiento metódico con finalidad científica, mediante el cual el entrevistado debe de proporcionar informaciones verbales por medio de una serie de preguntas intencionales o estímulos comunicados.

Afirman Aragón y Silva (2004) que la entrevista es una forma de encuentro, comunicación e interacción humana de carácter interpersonal e intergrupala (esto es, dos o más de dos personas), que se establece con la finalidad, muchas veces implícita, de intercambiar experiencias e información mediante el diálogo, la expresión de puntos de vista basados en la experiencia y el razonamiento, y el planteamiento de preguntas. Tiene objetivos prefijados y conocidos, al menos por el entrevistador. En la asignación de roles, el control de la situación o entrevista lo tiene el entrevistador. Implica la manifestación de toda la gama de canales de comunicación humanos: verbal (oral), auditivo, cinestésico, táctil, olfativo, no verbal (gestual y postural) y paralingüístico (tono, volumen, intensidad y manejo del silencio).

Menciona Acevedo (2009) que la entrevista de tipo abierta es en que el entrevistador tiene la flexibilidad para adaptar la entrevista a las características psicológicas del entrevistado, avanzando o retrocediendo en función de su propósito. Se le llama abierta por esta característica de no seguir un guión. El entrevistador no propone temas ni hace sugerencias; mediante el uso de este tipo de estrategia el entrevistado puede sentirse con la libertad de tratar, desde su propio punto de vista, los temas que le sean más relevantes. También dice que la entrevista de tipo semiestructurada es cuando el entrevistador lleva un guión de preguntas básicas, tiene la libertad de cuestionar al entrevistado sobre aquellos temas que le interesen, o bien omitir algunos temas de acuerdo a su criterio.

### **3.4 Instrumento**

Para la obtención de los datos se estructuró una guía de entrevista con diversas preguntas acerca del manejo de recursos personales para la prevención de la recurrencia de estados depresivos en adultos, esta constó de 13 preguntas abiertas o semiestructuradas (ver Apéndice A).

### **3.5 Procedimiento**

Se contactó a personas que padecieran depresión por medio de compañeros de la maestría, del trabajo y de amigos, se logró concertar citas con personas que cumplieran los criterios de inclusión de este trabajo de investigación. Posteriormente, se realizó las entrevistas de manera individual con cada uno de los participantes en el Instituto de Psicología y Educación de la Universidad Veracruzana, considerando que los espacios fueran amplios, ventilados y con una buena iluminación para comodidad de las personas, las entrevistas se realizaron entre los meses de junio a noviembre de 2015. Cabe subrayar, que antes de iniciar dicha actividad con cada uno de los participantes, se les entregó un formato de consentimiento informado (ver Apéndice B) para que lo llenaran y manifestaran su aceptación sobre el uso que se daría de la información obtenida. Para la grabación de las sesiones, se utilizó al mismo tiempo una videocámara HD marca Canon modelo XA10 con memoria de 64 GB y una grabadora marca Sony.

En todas las entrevistas se buscó la comodidad de los participantes para prevenir que la persona que sería entrevistada no llegara a sentirse en un momento dado intimidada o incómoda. Posteriormente toda la información obtenida fue transcrita a una computadora Laptop marca Toshiba modelo Satellite L845D para ser analizada y resumida. Finalmente, fue incluida en la unidad de registro de cada una de las categorías de análisis.

A continuación se presentan los resultados obtenidos de la categorización y análisis de la transcripción original, aclarando que los nombres de los participantes fueron modificados únicamente por motivos de confidencialidad.

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS

De acuerdo a la investigación realizada, a continuación se presentan los datos arrojados de las entrevistas (ver Apéndice C) y la manera en cómo se procesó la información.

#### 4.1 Procesamiento de la información

A partir de analizar y sintetizar la información de las entrevistas, se identificaron en base a las preguntas en la guía de la entrevista, doce categorías que se presentan de la siguiente manera.

#### Tabla 1.

##### *Categorías de análisis y descripción*

Categoría de análisis	Descripción de categoría
Causas de la depresión	Eventos, experiencias, condiciones y sentimientos que según los participantes originaron la depresión.
Desarrollo de la depresión	Proceso en cómo se había presentado la depresión, contempla historia, recaídas y recurrencias.
Síntomas de la depresión	Sensaciones, sentimientos, ideas, conductas, cambios físicos, dolores y enfermedades que experimentaban los participantes antes, durante y después de

	un periodo depresivo.
Detonantes de la depresión	Elementos que identificaban que podrían iniciar un episodio depresivo.
Tratamiento para la depresión	Métodos a los que han recurrido para estabilizarse o sentir mejoría.
Conocimiento de la depresión	Conocimiento teórico sobre la depresión.
Características personales favorecedoras de la depresión	Características personales que influyeron para padecer un estado depresivo.
Características personales de autoayuda	Recursos personales que fortalecieron a los participantes para salir del episodio depresivo.
Factores externos detonantes de la depresión	Elementos sociales, familiares, laborales y culturales que favorecieron la depresión.
Factores externos de apoyo	Percepción del apoyo recibido por parte familia, amigos, pareja y otras relaciones interpersonales.
Aprendizaje personal	Recursos obtenidos tras los episodios depresivos.
Cambios significativos en la persona	Percepción de cambio en sus vidas después del proceso depresivo.

---

## 4.2 Análisis de datos

Las tablas que a continuación se muestran nos permiten ver las categorías con sus unidades de registro, palabras claves y análisis de las entrevistas que se llevaron a cabo para este trabajo.

En la tabla 2 se puede observar que las principales causas que los participantes identificaron de la depresión se dieron durante la infancia debido a la ausencia familiar y a la escasa comunicación entre ellos. Los entrevistados comentaron que se sentían rechazados, abandonados, incomprensidos, tristes, solos y menos valiosos que sus hermanos.

También señalaron que la acumulación de problemas familiares, con su pareja, en el trabajo, de autorrealización y legales, junto con los miedos y enojos a lo largo de sus vidas eran elementos que causaban este trastorno. Como otras causas dijeron que también puede ser una enfermedad hereditaria y que el automedicarse más que ayudarles les perjudicaba.

Además opinan que la desintegración familiar, haber vivido violencia física, mental, acoso y violación sexual también habían sido parte importante para causar esta enfermedad, sobre todo cuando se juntaba con el odio, rencor y resentimiento.

Finalmente y no menos importante fue pasar por un evento de pérdidas por muerte de personas significativas, así como tener una baja autoestima.

**Tabla 2.**

*Categoría: Causas de la depresión*

Participantes	Unidad de registro	Palabras clave
María	Venía yo arrastrando eventos incomprendidos desde mi infancia, que fueron acumulándose. Se me desencadena un evento fuerte, muy enlazado con mi mamá, problemas legales, este donde se tuvo que ir y me sentí como desamparada, me sentí sola...., no veía a mi papá casi, no hablaba con mi mamá.	Incomprensión, acumulación, soledad, poca comunicación, problemas legales, ausencia, muerte e infancia.
Juan	El vivir con padres separados, el crecer en un ambiente familiar en el que me sentí siempre solo, tuve una hermana mayor, que siempre se llevó los reflectores, la parte de la ausencia de los papás, pero también la parte del crecimiento de esa infancia desapercibida para toda la familia.	Desintegración familiar, Soledad, ausencia, infancia, preferencias entre hermanos.
Sandra	Recuerdo que empecé a ser una niña muy triste, no salía a ningún lado, me sentía sola, mi padre casi no lo veía por su trabajo, mi mamá se la pasaba encerrada en su cuarto casi todo el tiempo durmiendo porque padecía depresión. También le tenía mucho enojo a mi abuela por	Soledad, tristeza, antecedentes de depresión, rechazo, abandono,

	haberme dejado con mis padres. Con mis hermanos casi no nos hablábamos porque me hacían sentir como si fuera una intrusa.	ausencia y enojo.
Victoria	El divorcio, ver como se peleaban, se golpeaban, se insultaban y desde ahí empezó como una inseguridad, a ir a la escuela con miedo. Mi mamá siempre fue una persona muy agresiva conmigo. Mi abuelita se muere, se me acabó el mundo ahí. La pareja de mi mamá empieza abusar de mí. Mi mamá me amarraba con cadenas al cuello. Empecé a automedicarme. También hubo una violación por parte de un sacerdote entonces, fueron como acumulo de muchas cosas.	Ausencia, poca comunicación, automedicación, violencia física y mental, miedo, muerte, acumulación, acoso y violación sexual, temores, negligencia, desintegración familiar, violencia intrafamiliar, inseguridad.
Erick	Fue hereditario por parte de mi abuela, el medio ambiente que me desarrollé, problemas familiares, problemas de trabajo, de autorrealización y sentimentales con parejas. El depender emocionalmente de alguien porque cuando te falla esa persona te vienes para abajo, creo que también es un poco el, tener baja la autoestima y tener el cariño hacia ti mismo.	Antecedentes de depresión, problemas familiares, en el trabajo, de autorrealización, sentimentales con tu pareja, baja autoestima y pérdidas.
José	Desde mi infancia, infidelidades por parte de mi papá, de mi mamá, crecí con ese sentir, con ese odio, rencor, resentimiento contra, contra ellos, me postraban a un altar con imágenes tenía que jurar que yo no iba a decir nada, me quemaban mis rodillas con un pinzón. Portarme bien porque si no, Dios me iba a castigar. Me impactó, que la gente del pueblo me empezó a decir que yo era hijo de Mario y decía ¿quién es ese? Había sido un señor que mi mamá había andado con él.	Desintegración familiar, infancia, Infidelidades por parte de sus padres, odio, rencor, resentimiento, violencia física y psicológica.

---

Con relación al desarrollo del trastorno depresivo indicaron los participantes que se llegó a presentar a partir de los 6 hasta los 40 años de edad debido a la acumulación de eventos, resentimientos, odios, corajes y divorcios entre los



padres. Además, como eventos importantes para su desarrollo identificaron intentos suicidas y anorexia (ver Tabla 3).

**Tabla 3.**

*Categoría: Desarrollo de la depresión*

Participantes	Unidad de registro	Palabras clave
María	Fue un acumule de años, de eventos que me tocaron vivir, yo creo, desde el divorcio de mis padres, que fue, que yo tenía seis años... a los veinte, que tuve mi depresión fuerte.	Acumulación de eventos, divorcio de padres, de los 6 a 20 años.
Juan	Desde los once años de edad tuve un intento suicida, constantemente repetía yo pero fui consciente de lo que estaba pasando a los quince años de edad cuando tome un veneno y de los quince años hasta la fecha es algo que no ha terminado.	Intentos suicidas de los 11 a la fecha.
Sandra	A los 11 años empiezo a padecer anorexia y... desde ahí, hasta los 30 años es cuando se me presenta una muy fuerte crisis depresiva.	Anorexia, 11 a 30 años.
Victoria	Pues de los siete a los veinticuatro, como que, quince años, no sé, una cosa así.	De los 7 a 24 años.
Erick	Eh, considero que fue en unos tres meses o más o menos entre los 30 a 40 años	De los 30 a 40 años.
José	Pues digamos de mi infancia...como unos diez, doce años. Por decir, como a los... quince, dieciséis años, yo empecé a sentir, sentía yo ya coraje, odio, resentimientos, me caía gordo la gente, de hecho ya como a los doce años.	De los 10 a 16 años, resentimientos, corajes y odio.

Podemos observar en la tabla 4 que los entrevistados señalan que los principales síntomas que se presentan en la depresión llegan a ser diversos, variados o diferentes en cada persona. Unos opinan que se aíslan, que tienen pensamientos obsesivos de querer morir o intentar suicidarse.

Algunos se sienten con miedos, solos, tristes, sin entusiasmo ni iniciativa, vacíos, decaídos, nostálgicos con ganas de llorar, incomprendidos, desesperados, hiperactivos, irritables, con violencia hacia sí mismo, rebeldes, angustiados y nerviosos.

Otros mencionan que tenían ansiedad, dificultad para respirar, mareos, visión borrosa, falta de concentración, desvanecimientos, insomnio o ganas de dormir, diarreas, estreñimiento, ganas de orinar, desórdenes alimenticios y que dejan de comer.

**Tabla 4.**

*Categoría: Síntomas de la depresión*

Participantes	Unidad de registro	Palabras clave
María	Soledad, angustia un poco de rebeldía, sentía que no me comprendían, que estaba sola en el mundo, esas eran mis mayores características.	Angustia, soledad, rebeldía e incompreensión.
Juan	Mucha ansiedad, de estar muy nervioso, de estar muy hiperactivo... no poder dormir, de estar recordando continuamente cosas del pasado, mucho miedo hacia que va a pasar en el futuro, una angustia y una especie de hueco en el pecho que sofoca, como que no podía respirar, el decaimiento en general, esa continua tristeza o nostalgia y el dejar de comer, el dejar de hacer las cosas que habitualmente hacía y atentar contra la vida misma.	Ansiedad, nerviosismo, hiperactividad, insomnio, pensamientos obsesivos, miedo, angustia, dificultad para respirar, decaimiento, tristeza y nostalgia, desórdenes alimenticios, intentos suicidas.
Sandra	No podía dormir, casi no tenía hambre, me sentía triste, empecé a bajar de peso, me aislé de la familia y en la escuela.	Insomnio, dejar de comer, tristeza y aislamiento.
Victoria	Me sentía muy mareada, eso me generaba mucha angustia. Yo me rasguñaba, me jalaba el	Mareos, angustia,

	cabello, me pegaba, era llorar y mucho miedo, muchas ganas de morirme, desesperación, no le veía fin, mucha irritabilidad, solo quiero dormir y no despertar.	violencia a sí misma, llorar, miedo, desesperación, ganas de morir, vacío, irritabilidad y ganas de dormir.
Erick	Es una tristeza muy grande que no sabes ni por qué, te sientes solo, pierdes toda iniciativa y todo entusiasmo, falta de concentración y se te olvidan las cosas y todo el tiempo estás pensando en lo mismo.	Tristeza, soledad, pensamientos obsesivos, falta de concentración, pérdida de iniciativa y entusiasmo.
José	Me daban mareos, se me nublaba la vista, me daban diarrea o al contrario, me estreñía, sentía mucha sensación de orinar y no podía orinar... o viceversa, pues ya empezaba mi estado alterarse mi estado emocional	Mareos, visión borrosa, diarreas, estreñimiento, sensación de muchas ganas de orinar y alteraciones emocionales.

Como se puede observar en la tabla 5 los entrevistados señalan que los principales detonantes de la depresión se pueden presentar en cualquier evento o momento de la vida que sea valorado como fuerte para uno. El sentir miedo, estrés, celos, odio, rencor, enojo, angustia, soledad y abandono son elementos que pueden activar este trastorno.

Además también opinan de igual forma que estar enfermo, el tener una invalidez física o por accidente, la muerte o duelo de un ser querido, la mala relación con los padres, el no tener un plan a seguir, problemas con los amigos, con la familia, sociales y económicos también afectan de la misma manera.

**Tabla 5.***Categoría: Detonantes de la depresión*

Participantes	Unidad de registro	Palabras clave
María	Muere mi papá y me vino una enfermedad fuerte, donde estuve a punto de morir, que eso me ayudó a reaccionar nuevamente, pero ya iba para abajo, ¿Que te puede deprimir nuevamente deprimirte? Cualquier cosa de la vida.	Muerte, cualquier evento de la vida que sea significativa.
Juan	El miedo a estar solo, a morir y cuando las personas a mi alrededor fallecen o de repente alguien enfermo que pienso que va a fallecer es un detonante para que recaiga, el ver como las personas se van o se alejan también hacen que vuelva a sumergirme ese sentimiento de tristeza, de abandono, de soledad.	Soledad, muerte, enfermedad, miedos, distanciamiento o abandono y soledad.
Sandra	Que alguno de mis hijos muriera o que yo tuviera una invalidez por alguna enfermedad o algún accidente.	Muerte e invalidez física o por accidente.
Victoria	La aversión que me genera, el verme separada de mi mamá o separada de mi papá, el no ver a mi sobrina, que no sea aceptada en me genera conflicto, el no tener como un plan a seguir, una estructura a seguir.	Aversión con el papá y la separación con sus padres, soledad, el no tener un plan a seguir.
Erick	Es que te dejes, porque realmente cuando ya tienes, eres un poco listo y ya te medicaste y admitiste el problema, si una situación te hace daño, pues tratarla de evitarla. Demasiado estrés por el trabajo, familiar, problemas de amigos o sociales, él que te sobrecargues de obligaciones que no son tuyas.	Estrés, presión, saturación de obligaciones, compromisos, problemas con la familia y sociales.
José	Estoy enfermo de mis emociones porque no las controlo. Mi estado emocional de agresividad, yo odiaba a las mujeres, me casé por soledad y por desquitarme por lo que mi mamá me hizo, los malditos celos enfermizos, muy egoísta, muy posesivo. Ah, tuve problemas cuando no tenía dinero, también,	Manejo de las emociones, celos, odio, rencor, enojo, angustia y falta de solvencia económica.

me angustiaba mucho, inclusive yo llegué también al extremo de que me iba a suicidar.

---

En relación al tratamiento de la depresión los participantes opinan que es necesario e importante llegar a tener un equilibrio en todos aspectos de la vida además de tomar conciencia de sí para ver todo lo bueno que se tiene para fortalecer los lazos familiares y no caer en los momentos difíciles.

De igual forma dicen que las medicinas, el tratamiento médico, la terapia con especialistas, la experiencia que deja el estar en un internado psiquiátrico, los masajes terapéuticos, los grupos de autoayuda, establecer relaciones significativas con otros, los retiros espirituales y las pláticas con sacerdotes sirven para tratar este trastorno.

Por último mencionan que el autoconocimiento, la automotivación, la autoestima, el tener un sentido de vida, la religión y el ejercicio físico también ayudan para tener un mejor bienestar (ver Tabla 6).

**Tabla 6.**

*Categoría: Tratamiento para la depresión*

Participantes	Unidad de registro	Palabras clave
María	En la vida todo está equilibrado, conocí la experiencia espiritual y me agarré de ahí. Dios nos bendijo con una bebé, que es mi motor para salir adelante, entonces ¿Qué me ha ayudado? aprovechar esas bendiciones que me manda la vida y ya no nublarne la vista tanto.	Equilibrio, ver todo lo bueno, la religión, autoconocimiento, automotivación, mi hija y no caer en momentos difíciles.
Juan	Tomé tratamiento médico, recurrir a grupos de autoayuda, fortalecer los lazos con la familia y con los amigos, a buscar algo que me llevara a motivarme o encontrarme un sentido a vivir.	Tratamiento médico, grupos de autoayuda, automotivación y fortalecimiento de

		lazos familiares y con amistades, sentido de vida.
Sandra	Tomé terapia con personal especializado y luego a base de ejercicio diario.	Terapia y ejercicio físico.
Victoria	Creo que primero se llama Ximena, mi sobrina es un motivador muy fuerte, Estar en el psiquiátrico me dejó muchos aprendizajes y tener otra preparación académica.	Persona significativa, experiencias de vida y el nivel académico.
Erick	Admitir que estaba mal, saber que no era así, tenía una tendencia hereditaria, prever algo que me hace daño, repartir la responsabilidad con la familia y con los amigos y contigo mismo, saber decir que no y sacar los problemas, que te auto-valores y cuando una situación te supera saberla canalizar con otra gente y pedir ayuda, tú nunca te avientes todo el paquete.	Autoaceptación, consciencia de sí, repartir responsabilidades, límites, autoestima.
José	Medicamentos antidepresivos, calmantes, masajes terapéuticos, ya fuimos con un sacerdote nos recomendó con un psicoterapeuta, pues es ejercicios, terapias psicológicas, psicoterapéuticas, este, también a retiros este espirituales.	Ejercicio, medicamentos, masajes terapéuticos, terapias con psicólogos, retiros espirituales y pláticas con sacerdotes.

---

En lo que respecta al conocimiento, fue constante que los involucrados señalaran no tener conocimiento, ni la menor idea acerca del trastorno depresivo antes de padecerlo y durante.

Comentan que lo que sabían era lo que la gente decía comúnmente y lo que veían en la televisión en las telenovelas. Pensaban que era estar triste o nostálgico y ser débil. También asumían que eran los nervios y la flojera o cansancio. Como último

comentario opinaron que no se imaginaban la magnitud de lo que era la depresión (ver Tabla 7).

**Tabla 7.**

*Categoría: Conocimiento de la depresión*

Participantes	Unidad de registro	Palabras clave
María	Había escuchado, no me imaginaba que fuera tanto, ni siquiera me había yo dado cuenta que estaba yo viviéndola hasta que me di cuenta que estaba ahí y no lo sabía hasta que lo viví.	Falta de conocimiento.
Juan	Este no, no solamente creía que era yo muy triste, o que a cada rato me sentía yo como muy nostálgico, o como que no le encontraba sentido yo a mi vida, pero yo no sabía que todo eso eran síntomas de depresión.	Falta de conocimiento.
Sandra	No casi no sabía nada, solo lo que las personas generalmente dicen que tienes depresión porque eres débil, porque te ven triste o porque lloras por todo.	Falta de conocimiento.
Victoria	No, a pesar de que la vivía yo no sabía que vivía yo en depresión. Cuando estuve internada me dice la doctora, es que tú eres depresiva y ¿qué es la depresión? fue a empezar a buscar documentos a ver que era y así como yo conocí que era el dicho padecimiento.	Falta de conocimiento.
Erick	Yo no sabía, cuando yo estaba solo, me ponía mal y comía muchos chocolates y dormía, yo no me daba cuenta en aquellos años, mi familia no lo detectaba, decían que yo era flojo pero no, me fugaba durmiendo porque me sentía triste, ya cuando crecí, me empecé a dar cuenta que yo no estaba bien, pero no lo admitía.	Falta de conocimiento.
José	Que estaba yo mal de los nervios, que eso con teces y así se curaba, pues me decía mucha gente que no la padece pues que no era cierto, que en realidad yo me hacía pendejo,	Falta de conocimiento.

que yo no quería trabajar por huevón o así, este, pues sin ganas de levantarte, entonces, pues no sabía realmente.

En la tabla 8 se muestra que las principales características favorecedoras de la depresión identificadas por los entrevistados fueron el ser solitario, aprensivo e influenciable, la falta de cariño, el estrés, el miedo, el abandono, la muerte, el drama, el sentimiento de inferioridad, el complejo, el mal carácter, la agresividad, la violencia, la incertidumbre, la inseguridad y la falta de aceptación a sí mismo, así como la adicción a los pensamientos y emociones negativas.

Además indicaron que juega un papel importante en este aspecto el acumular demasiados compromisos, el no saber poner límites, el sufrimiento de personas significativas y en algunos casos el factor hereditario.

**Tabla 8.**

*Categoría: Características personales favorecedoras de la depresión*

Participantes	Unidad de registro	Palabras clave
María	Mi adicción a esas emociones sin darme cuenta por ejemplo: si me dicen, estas enferma, Dios mío estoy enferma, voy a morir, me tiendo mucho al drama y me es difícil, darme cuenta que puede uno sobrellevar varias situaciones, creo que eso es algo muy particular mío, no sé si es como una aprensión que tengo, por ejemplo: miedos, tengo muchos, sobre todo a la muerte.	Adicción a los pensamientos negativos con las emociones: drama, muerte, miedos, enfermedad. Aprensiva, incertidumbre
Juan	Soy muy aprensivo, que soy este mucho de guiarme de lo que la gente dice, opina acerca de mí, este, que cuando estoy rodeado de muchas personas soy alguien muy solitario.	Aprensivo, solitario e influenciable.
Sandra	Que me diagnosticaron depresión endógena.	Hereditario.
Victoria	Soy una persona muy sensible, demasiado	Sufrimiento



	empática, soy una persona que sufre por los demás. Creo que la falta de cariño por parte de mis padres eso también a, ha influido, siempre he tratado como de buscar un padre sustituto o una madre sustituta y... y el, el no crearme capaz de hacer las cosas.	ajeno, falta de cariño, inseguridad en sí misma, negar sus necesidades.
Erick	El no saber decir que no, a veces la gente confunde el que tú seas solidario o que los apoyes y a veces la gente te carga la mano o las situaciones te superan, todo el mundo quiere que tú los ayudes y eso también es malo, que te cargue la mano la familia o en el trabajo o que quieras que tú seas un todólogo.	No poner límites, acumular demasiados compromisos, estrés.
José	Desde niño todo el mundo me decía chaparro, me empezó a calar y me empezó a sentir inferior, mi inseguridad, por mi miedo, por mi físico, mi mal carácter y mal humor.	Sentimientos de inferioridad, complejos, inseguridad, miedos, falta de aceptación a sí mismo, mal carácter, mal humor.

Como características personales de autoayuda señalaron que es fundamental contar con el apoyo y la comunicación familiar. Al mismo tiempo opinaron que las ganas de salir adelante, la fuerza de voluntad, la superación, el fijarse metas, la actitud de servir a los demás, el saberse único y valioso, persistente y capaz son necesarios para salir adelante de este trastorno.

Además comentaron que la fe, la esperanza, la comprensión, la aceptación, la sinceridad, la confianza, la autoestima, la capacidad de expresarse, desahogarse y la búsqueda de tratamientos alternativos son de suma ayuda para enfrentar de mejor manera un cuadro depresivo.

Finalmente, mencionaron que el tener claridad sobre su padecimiento había resultado importante, ya que ampliaron su conocimiento teórico y práctico,

mediante el estudio y convivencia con otros que compartían experiencias similares, lo que les permitió afrontar de nuevas maneras las crisis depresivas (ver Tabla 9).

**Tabla 9.**

*Categoría: Características personales de autoayuda*

Participantes	Unidad de registro	Palabras clave
María	Pues que soy muy aguerrida, entonces, esas cosas que me manda buenas la vida Dios, las aprovecho y las hago más y le meto todo el corazón, muy de que se puede, se puede, aunque me deje vencer, si algo me reacciona y me despierta, de ahí salgo, de ahí me agarro.	Religión o Fe, esperanza, persistente, ganas de salir adelante.
Juan	Expreso lo que siento, cuando estoy solo y me da por llorar, no me contengo nada, entender que es lo que estaba pasando con mi cabeza, que es lo que estaba pasando en mi cerebro, rodearme de gente con la que puedo hablar o me comparte también su experiencia, a saber que no estoy solo. Acercarme a personas que han padecido esto mismo y escuchar también sus experiencias e intentar apoyarles. También buscando tratamientos alternativos.	Aceptación, claridad, expresar, desahogarme, comunicación, ayuda, apoyo, comprensión, búsqueda de tratamientos alternativos.
Sandra	En mí, yo creo que mi fuerza de voluntad, mi fortaleza física y mi apoyo familiar (hijos), todo esto pienso que han sido y siguen siendo fundamentales.	Fuerza de voluntad, el ejercicio físico y apoyo de la familia,
Victoria	Yo creo que mucho ha sido el reto mío. Te demuestro que sí puedo, este, creo que le tengo miedo al fracaso y soy muy perfeccionista y tan controladora de las situaciones entonces a veces no puedo controlar las situaciones afuera pero puedo controlar mis situaciones.	El ser capaz, el control sobre sí misma.
Erick	Bueno, la primera es que yo sabía que yo no soy así, más que nada es que admitas, primero que admitas que estás mal, que no	Yo sabía que yo no soy así, consciencia, que

estás pensando claro y que tu cerebro no funciona, adecuadamente ni tus ideas.

admitas que estas mal, aceptación.

José

La fe en Dios, me ha ido incrementando mi fe en mí y me ha ido dando esa seguridad, para sentirme mejor y es la generosidad de ayudar a la gente, eso me hace sentir bien. Mi profesión mí, mi trabajo, mi hogar, mi familia, mi esposa, mis hijos, mi casa entonces lo que he logrado pues eso me ha ayudado también cuando siento esos momentos de desánimo.

La fe, que soy único, ser capaz, seguridad, confianza, autoestima, ayuda al prójimo, sinceridad, fijarse metas, superación, valorar, comprensión.

---

Los entrevistados comentaron que hay diversos factores externos que son detonantes de la depresión: la violación, el abuso sexual, la muerte, ser aislado e influenciado, tener complejos y un familiar depresivo son algunos de ellos.

Además consideraron que la desintegración familiar, la separación de los padres, una infancia con muchos compromisos aunados a la soledad, la falta de cariño, dificultades en la escuela y los problemas económicos eran también factores de gran importancia sobre el tema en cuestión.

Cabe mencionar que la sociedad en general, llega a jugar un papel muy importante en las personas debido a la rigidez de los roles que marca para comportarse, interactuar y valorarse unos a otros (ver Tabla 10).

### **Tabla 10.**

*Categoría: Factores externos detonantes de la depresión*

Participantes	Unidad de registro	Palabras clave
María	Una familia muy desintegrada, que estaba queriendo luchar cada quien a lo suyo, siento que, más bien son como características o	Desintegración familiar.

---

	cosas o situaciones externas que vive alguien y que influye totalmente en uno.	
Juan	Un ambiente familiar dividido, este, el haber crecido ante situaciones adversas en muchos sentidos, tanto familiares como económicos y sentirme solo.	Desintegración familiar, problemas económicos y soledad.
Sandra	Que mi madre era depresiva y tomaba medicamentos.	Herencia.
Victoria	La muerte de mi abuelita, el divorcio de mis papás, cinco abusos sexuales, una violación, las cuestiones académicas, yo sola contra el mundo, yo no recibía abrazos, besos, apapachos, el cumplir con la escuela, ir a clases de natación, de ballet, de hawaiano, de fútbol, de música, entonces, no fui una niña, me convertí en un adulto, cuando me fui a vivir con mi papá, yo me iba a los hospitales con él, yo vivía situaciones de adultos, entonces yo no conviví con niños de mi edad.	Muerte, separación de padres, abusos sexuales, violación, soledad, falta de cariño, una infancia con muchos compromisos y en un ambiente de adultos, dificultades en la escuela.
Erick	Creo que fue las cargas familiares, lo económico, el no socializar y volverte muy sedentario o muy ermitaño y el querer estar solo definitivamente creo que es malo el no socializar.	La familia, lo económico, no ser sociable, ser aislado.
José	La habladuría de la gente de decirme chaparro, que yo no iba hacer nunca nada en la vida, que pues como yo iba hacer una carrera que ni que lo pensara, que yo era de un rancho, de un pueblo, entonces esos factores me fueron este afectando.	Complejos, influenciable, la sociedad.

---

Los participantes en las entrevistas expresaron que la familia, el acudir a grupos de autoayuda, con médicos especialistas y a terapias, son factores externos de apoyo muy importantes, necesarios y de gran ayuda para quien padece este trastorno.

También comentaron al mismo tiempo que el ser escuchado y comprendido, el estar activo haciendo diferentes actividades que les gusten, el ejercicio, la alimentación, la disciplina y el medicamento no son menos importantes que los otros (ver Tabla 11).

**Tabla 11.**

*Categoría: Factores externos de apoyo*

Participantes	Unidad de registro	Palabras clave
María	La familia, yo creo que el aprender y ver ejemplos de gente que sale y que también debe de tener sus situaciones y sus problemas, pues motivan, siento que eso.	Aprendizajes con ejemplos de otros con problemas similares, la familia.
Juan	Grupos de autoayuda, entender un poco más de la depresión, el estar rodeado de personas que están pasando por situaciones parecidas o algunas otras que no están pasando por este tipo de situaciones, me sentía acompañado o escuchado o no abandonado, estar continuamente ocupado, hacer deporte o aprender otra cosa para tener ocupada mi mente.	El ejercicio, grupos de autoayuda, el ser escuchado y comprendido, estar activo haciendo diferentes actividades, informarme más sobre este trastorno.
Sandra	Para mí han sido la disciplina, la alimentación y el ejercicio.	Disciplina, alimentación y ejercicio.
Victoria	Ximena es mi motor de vida, quiero que este orgullosa de mí.	Persona significativa.
Erick	Fui a ver un psiquiatría, yo por voluntad propia, no salía, es el estarme medicando y el estar con una mente creativa y ocupada en cosas que me gusta.	Ayuda de especialista, medicamento y ocuparme en lo que me gusta.
José	Los doctores generales, después pues ya me fui con neurólogos, después pues con el psiquiatra y con las terapias.	Ayuda de especialistas.

El aprendizaje es un factor muy enriquecedor y constante, pues los participantes mencionaron una gran diversidad de elementos, ideas y recursos que habían desarrollado a partir de la enfermedad. Estos aprendizajes según los participantes son tan valiosos que duran toda la vida y se vuelven una constante en sus días, una puerta abierta a un mundo lleno de experiencias.

Un elemento fundamental de los aprendizajes es el autoconocimiento, a partir de este surgen otros como la confianza en sí mismos, autoestima, valorarse como un ser único, la consciencia de sí, autonomía y apertura a la experiencia, todos ellos necesarios para fortalecerse y actualizarse.

Además mencionaron que habían tomado una actitud positiva ante la vida, en la que ahora veían primero la solución en lugar de los problemas. A su vez, esto les permitía encontrar un motivo para vivir con esperanza, fe y anhelo.

Llama la atención que la depresión también les había permitido aprender a no anclarse a sentimientos negativos u obsesivos, dando pauta al desapego y a que ejercieran su voluntad de decidir, pues se daban cuenta de la finitud de los problemas y de las etapas de la vida.

También señalan que han ido más allá, en donde han sido capaces de detectar los síntomas de alarma de una recurrencia en la enfermedad y darse cuenta de que la ayuda de los especialistas no es toda la respuesta, sino un apoyo momentáneo. Esto no hubiese sido posible sin el complemento de informarse teóricamente sobre el trastorno (ver Tabla 12).

**Tabla 12.**

*Categoría: Aprendizaje personal*

Participantes	Unidad de registro	Palabras clave
María	Aprendí de mí, te llevas tus experiencias y tus aprendizajes, conoces a los amigos, a los que no son tan amigos, el poder tener el	Autoconocimiento, autoestima, confianza en sí

---

	<p>alcance y conocerme un poquito más, conocer como cuando ya te sientes de un lado, de repente algo te mueve y ni siquiera sabías que eso te iba a mover y que te sientes y te empiezas a apreciar porque puedes salir y creo que no hay mayor aprendizaje que decir de mí mismo, soy chingona, porque he podido.</p>	<p>mismo, apertura a la experiencia, ejercer su voluntad y decidir.</p>
Juan	<p>Me siento dividido, una parte de mí está pasando por todo este proceso, emocionalmente, físico y todo el deterioro. Otra parte de mí es consciente que puede ser pasajero que no es para siempre, que puedo tomar todas las terapias, pero no van a funcionar si yo no le hecho todas las ganas, es esa dualidad, cuando esa parte que es consciente a mí, me dice que cuando esto termine habré aprendido, lo que se siente estar ahí adentro. Y otra parte me hace que sienta que me va a desencadenar nuevamente estas crisis, me hace como que esté como entrenando. Ya te sientes mal, salte a correr, vete caminando, esa misma parte consciente cuando estoy solo, cuando soy yo. Las dos partes me han ayudado a entender este proceso pero siento que estas dos partes son como esa luz amarilla intermitente de alerta de que puedo volver a regresar y de que no quiero pasar por lo mismo.</p>	<p>Aprendizaje, confrontarse consigo mismo, autoconocimiento, síntomas de alarma, finitud de los problemas y etapas de la vida.</p>
Sandra	<p>Que no debes depender de nadie y menos confiar en los demás y que depende de uno salir de procesos depresivos sin ayuda de medicamentos y personal especializado en dicho problemas, ya que en vez de ayudarte a vivir de una manera consciente, lo único que hacen es llenarte de medicamentos que nada más te ayudan mientras los tomas, pero te afectan físicamente y mentalmente ya que no puedes llevar una vida normal como los demás.</p>	<p>Autonomía, un poco de ayuda de especialistas, conciencia, autoconocimiento.</p>
Victoria	<p>Es el reto que he tenido conmigo y con los demás, tratar de demostrar que soy alguien, que todo lo que me han dicho, que no puede</p>	<p>Conciencia, motivo para vivir, ayuda al prójimo,</p>

	ser, pues si es posible, ayudar a los demás, sé que voy a volver a recaer no es algo de que ya esté firmado, ya lo viviste y ya no volverá a pasar, pero, ya los episodios son muchísimos más cortos.	conocimiento.
Erick	Aprendí que la vida ya es bonita aun con depresión. Cuando está deprimido no puedes vivir, comer, dormir y disfrutar, estas al 50%, en cambio cuando ya te medicas vives una vida plena y por muchos problemas que tengas encima le das solución.	Actitud positiva ante la vida, autoconocimiento, en lugar de ver los problemas centrarse en la solución.
José	El sentirme que valgo, que estoy vivo, que soy una persona muy importante, muy valiosa, muy capaz, no hay personas ni más ni menos, todas somos diferentes, el milagro grande es que yo soy único. Que es una enfermedad que se puede curar, que se puede controlar, o sea no al 100, a lo mejor yo no he puesto todo al 100, que puedo llevar una mejor vida, todo está en que uno quiera y ponga uno de su parte.	Autoestima, valoración, ser único, esperanza, fe, actitud positiva, teoría, anhelo.

Los participantes en general expresaron que el autoconocimiento es de vital importancia para mantenerse “estables”, considerándolo uno de los principales cambios significativos que vivieron a partir de la enfermedad, trayendo consigo: la identificación de sus recursos personales, la aceptación de sí mismos, de la vida y los otros, el aumento de su autoestima, la capacidad para establecer un plan de vida y saber poner límites.

Otros elementos que fueron mencionados fue el cambio de actitud ante la vida, en general fue más positiva, lo que les permitía valorar, respetar y no juzgar a las personas, disfrutar los momentos y ver con mayor claridad las cosas. El ver al mundo de otra manera les facilitaba plantear y alcanzar sus objetivos y metas a corto plazo, así como vivir el día a día.

Por otro lado se dieron cuenta que la vida está llena de altibajos, de incertidumbre, de experiencias dolorosas, dualidades y miedos, al grado de sentirse fuera de



control y de sí mismos; pero no por ello deberían de perder la esperanza, el anhelo, la paciencia, la voluntad y la decisión.

Además opinaron que cambió su visión acerca del tratamiento, al darse cuenta de que los medicamentos ayudan pero no son todo, ya que las necesidades, gustos y otros medios como el ejercicio y la meditación eran igual de importantes para su bienestar.

Por último, señalaron que es fundamental buscar el sentido de sus vidas, ayudar a los otros y aprender a desprenderse de las personas, las experiencias y los bienes materiales (ver Tabla 13).

**Tabla 13.**

*Categoría: Cambios significativos en la persona*

Participantes	Unidad de registro	Palabras clave
María	Era un zombi andando y de repente ya volví a vivir a querer seguir viviendo, ahorita ya es diferente, ya tengo sueños, ya quiero cosas, seguir queriendo superarme, seguir desarrollarme, sobre todo de manera interior, ahora yo sé, que una vida sin algo interno que sea tu base, no sirve no funciona necesitas algo que te consolide.	Sentido de vida, conocimiento, anhelo, esperanza, plan de vida, ayudar a los otros.
Juan	Me siento atrapado por mis emociones, no me siento dueña de ellas, a pesar de tratar de tener una vida lo más normal, las cosas que yo vaya viviendo, no las siento completas, no he encontrado cómo engrana, para sentirme feliz, he logrado cumplir algunas metas, he alcanzado algunos objetivos, pero sé, que eso está presente y que me puede arrancar todo y también sé, que cuando se presenta, las motivaciones más grandes que tengo en mi vida, es mi familia y mis amigos, no logran hacerme que pueda echarle ganas y salir adelante, entonces, es vivir tratando de ser feliz pero es vivir con miedo, de que se puede presentar y ya no pueda librar, además cuando	Incertidumbre, altibajos de la vida, vivir el día a día, no tener el control sobre sí mismo, autoconocimiento, experiencias significativas y dolorosas, miedo, dualidad.

sucede, soy consciente de mí, pierdo el control sobre mí mismo. Ha cambiado mi vida en el sentimiento de hoy estoy bien, mañana quien sabe.

Sandra	Sí, ya que llevo una vida dentro de lo que cabe normal por medio de disciplina, meditación y ejercicio. Lo cual me ha permitido que haya dejado los medicamentos.	Encontró sus recursos, necesidades gustos y medios adecuados (ejercicio y meditación) para dejar a un lado los medicamentos.
Victoria	Tenía unos lentes negros, ahora son unos lentes no rosas pero tampoco negros, puedo entender a la otra persona sin involucrarme en ella, no puedo solucionar su vida pero si los entiendo. Comienzo a darme cuenta de mis logros, cuando no se cumplían entraba yo en un frustración y el ir poniéndome metas pequeñas y ver que las he logrado, he aprendido a defenderme, me cuesta valorarme un poco pero si puedo decir ya no, ya estoy cuidando de la niña que lastimaron, es defender a mi niña interior.	Poner límites, ver con mayor claridad las cosas, autoconocimiento, cambio en la visión del mundo, plantear y alcanzar sus objetivos y metas a corto plazo, paciencia, aceptación hacia la vida y los otros.
Erick	La medicina no te va a curar 100% lo que te va a curar es la actitud que tomes de decir, me estoy medicando me siento mejor pero voy a buscar actividades que me agraden y que me sean sanas. Tener bien presente que el amor es hacia ti mismo, saber detectar si tienes una depresión. Saber soltar las cosas y saber dejarlas atrás. He mejorado en mi aspecto tanto económico, cultural, deportivo, espiritual, socialmente, profesionalmente.	Actitud ante la vida, sentido de vida, valorar los momentos y personas, autoconocimiento, autoestima, desapego, medicamentos y claridad.
José	Sí, pues tanto lo veo en este momento con mi esposa ya está de una manera, he aceptado su rechazo. Yo creo que he aprendido aceptar y que las cosas tienen que ser por voluntad, que a la fuerza, nada, porque mismo, si yo me	Aceptación de sí mismo, los otros y la vida, voluntad, decisión, no juzgar, respetar,

---

considero pues eh pues creyente de la fe soltar, desapego católica de Dios y que Él siendo como soy y no y fe. me obliga a nada.

---

### **4.3 Folleto de estrategias personales para promover la prevención de la recurrencia de estados depresivos en adultos**

El folleto forma parte de uno de los objetivos específicos de la investigación de este trabajo, el cual está conformado por las experiencias vividas por seis personas que han presentado de una u otra forma episodios depresivos recurrentes. Los datos fueron recabados mediante entrevistas semiestructuradas, analizados cualitativamente y finalmente estructurados para su presentación en este folleto que puede ser consultado al final de esta tesis. La información que se presenta pretende ayudar a las personas afectadas por la depresión a fortalecerse y actualizarse a partir del trabajo individual para así estar mejor preparadas ante nuevos eventos depresivos.

El interés de realizar un folleto de estrategias personales para promover la prevención de la recurrencia de estados depresivos en adultos surge debido a lo paradójico y complejo que es el tema de la depresión; se dicen muchas cosas acerca de ella pero se conoce muy poco. La falta de conocimiento lleva a un mal manejo de las situaciones.

Por lo tanto, es primordial y de gran importancia estar informado y preparado para prevenir un nuevo episodio depresivo para afrontarlo de la mejor manera posible para así aminorar los efectos negativos que pudiera tener la persona. El aprender a mirar desde “afuera” puede ayudar a reconocer y evitar ser vulnerable ante escenarios desdichados. El conocer realmente lo que es este trastorno nos hace de cierto modo perderle “el miedo” ante los estigmas (la antesala a la locura) que se le han dado a la depresión.

Los contenidos de este folleto se encuentran distribuidos en seis apartados, se ha tratado que la información sea lo más clara y sencilla de entender para que sea comprensible para todas las personas que pudieran necesitarlo. Los temas que se incluyen son:

- ¿Qué es la depresión?, aquí se menciona lo referente al trastorno en una definición concreta sin términos técnicos. Se pretende que las personas de alguna manera se sientan identificados fácilmente si están afectados por este padecimiento.
- Tipos de depresión, se señala información de las diferentes formas en que se presenta la afectación. Se da prioridad a los tipos de depresión más comunes.
- Causas de la depresión, en este punto se parte de la idea de que la depresión no tiene solo un motivo, si no que se desarrolla a partir de una diversidad de causas. Se mencionan elementos internos, externos, sociales, familiares y personales, entre otros.
- Tratamiento de la depresión, se presentan los principales tratamientos recomendados generalmente como son el psicológico y el farmacológico.
- Autoayuda, este tema se considera fundamental porque da sentido al folleto en su esencia, debido a que proviene directamente de los recursos personales de los entrevistados. La información contenida se espera que sea de gran ayuda para las personas que padecen este mal.
- Factores externos de apoyo, aquí se pretende destacar que es importante tener en claro que también se necesita la ayuda externa para enfrentar de mejor manera un nuevo episodio depresivo.

El tener una información adecuada nos permite ayudar a prevenirla, entender mejor cómo se siente la persona afectada y así poderla ayudar más eficazmente. Actualmente, la sociedad se encuentra desinformada y/o con poca información, lo cual ha dificultado que se lleven de manera adecuada los tratamientos indicados.

La depresión se puede vencer pero se debe querer y creer que es posible para así llegar a tener un cambio en la persona y mejorar en su entorno familiar, laboral, social y personal.

Es necesario darle la importancia que tiene a la depresión, pues tanto el afectado como la familia, los especialistas y la sociedad no le dan el lugar y la importancia que realmente tiene como problema de salud pública, debido a que día a día es mayor el número de individuos que la padecen.

## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES**

En un principio se pensó que la búsqueda de las personas sería labor sencilla debido a los altos índices de prevalencia de la depresión a nivel mundial (OMS, 2012) pero la realidad fue otra, surgieron cancelaciones, rechazos y miedos que dificultaron llevar a cabo las entrevistas.

A la convocatoria respondieron más mujeres que hombres, lo cual fue coincidente con lo señalado por Rosas y López (2011) quienes dicen que las mujeres tienden más a la depresión en comparación con los hombres.

En general los participantes presentaban mucho temor al manejo de la información. En un caso específico un participante se negó a que se le videograbara por dicho motivo se tuvo que hacer dicha transcripción instantánea.

Llama mucho la atención que todos entrevistados señalan que el punto de partida del trastorno depresivo lo ubican en la infancia, siendo esta muy significativa en sus vidas, pues a pesar de los muchos años que han trascurrido las experiencias negativas seguían presentes como en el primer día.

También coinciden en que el daño causado por la familia por separaciones, enfermedades, soledad, abandono y rechazo han sido parte vital y fundamental en su proceso de vida y desarrollo de la enfermedad.

De igual manera opinan que la muerte es un gran detonante para llegar a tener un nuevo episodio depresivo, que juega un papel de suma importancia en su presente y en su futuro de una u otra forma generando angustia, ansiedad, temor, miedo, etc... en sus vidas; ya sea con la muerte de un ser querido o de una persona conocida, saber que una persona fallecerá porque se encuentra en etapa terminal y tener constantemente en sus pensamientos mucho miedo a llegar a morir. Como lo definen Sevillá y Pastor (2005) diciendo que para que una persona se deprima, es necesario que en el ambiente en que vive ocurran cambios vitales como: pérdida o enfermedad de personas queridas, enfermedad propia y cualquier otro acontecimiento que implique que la persona se vea privada de algo que considera importante.

Contrario a lo señalado por la Secretaria de Salud (2012) que dice que la prevalencia de la depresión disminuye conforme se incrementa el nivel de escolaridad, se encontró que la totalidad de los participantes tenían estudios de nivel superior y postgrados; y aunque se esperaba que tuviesen más y mejores recursos a nivel psicológico, desconocían este mal, los que llegaban a tener conocimiento era escaso y lo evidenciaban como un castigo divino, brujería, debilidad o cansancio.

Además opinaron que constantemente se encontraban en situaciones con altos niveles de estrés, tal como se ha señalado anteriormente en otros estudios (Yapko, 2006), donde se menciona que este elemento resulta ser un componente esencial para detonar el comienzo de un cuadro depresivo.

Por otro lado, los entrevistados expresaron los cambios, las soluciones y alternativas para hacer frente a este trastorno pero sin la firme convicción o seguridad en sí mismos de lo que decían sobre sus recursos y tratamientos. Teniendo siempre en su mente presente el temor de otro episodio depresivo, por tal motivo pareciera que para la mayoría fuera inevitable recurrir en este padecimiento.

No menos importante fue lo que mencionaron sobre sentir que eran como dos personas al mismo tiempo, en una dualidad que parecieran que fueran enemigos de sí mismos, viviendo una batalla campal contra sus propios demonios, resultados de los hechos más dolorosos que recordaban. La experiencia era distinta en cada caso pero el fin era el mismo, por ello la necesidad de autocontrol y autoconocimiento para salir adelante.

Todos expresaron la gran necesidad de buscar y encontrar el tratamiento más adecuado a sus necesidades personales, teniendo como prioridad en sus vidas una “cura” casi mágica que terminara con sus males. Solo una persona de manera superficial fue más allá, diciendo que también era importante curar el alma y no solo buscar lo tangible.

De igual manera fue notable que para contrarrestar este padecimiento preferían buscar más la ayuda externa, como el apoyo de terceras personas, de medicamentos, de algún familiar o del ejercicio. La otra cara de la moneda, eran los recursos internos que parecían pasar a un segundo plano, los nombraban de manera teórica pero sin llevarlos a la práctica.

Cabe mencionar, que los entrevistados dijeron que sus aprendizajes en un primer momento, se inclinaban más a conocer únicamente sobre la enfermedad y sus tratamientos, mientras que solo algunos daban un paso más allá, interesándose (ligeramente) en su desarrollo personal, en sus valores, puntos a mejorar de sí mismos y el cómo trascender, que a criterio del autor podrían ser de mayor utilidad para los psicólogos, psiquiatras y todos aquellos interesados en el tratamiento de este trastorno.

Finalmente, con base a lo obtenido de las entrevistas se puede afirmar que una visión desde el enfoque centrado en las personas podría apoyar a personas con este trastorno ya que reconocen los entrevistados la importancia del conocimiento de su yo-mismo, la tendencia actualizante como un gran recurso de autoayuda y la



importancia de relaciones interpersonales significativas que los acompañen constructivamente poniendo en práctica actitudes de comprensión empática, congruencia y aceptación positiva incondicional.

## REFERENCIAS

- Abud, C. y Bojórquez, I. (1997). *Efectos psicológicos: ansiedad, depresión, autoestima y relación de pareja, de la mastectomía en la mujer yucateca del Centro Anticanceroso y el Instituto Mexicano del Seguro Social*. Tesis de licenciatura en Psicología. Mérida, Yuc.: Universidad del Mayab.
- Acevedo, A. & López, A. (2009). *El proceso de la entrevista*. México: Limusa.
- Aragón, L. & Silva, A. (2004). *Fundamentos teóricos de la evaluación psicológica*. México: Pax-Mex.
- Araiza, M. (2015). *Procesos Grupales*. Manuscrito no publicado.
- Arauxo, A. & Cornes, J. M. (2008). *Prevención de la depresión unipolar en España: realidad y futuro*. España: Desclée de Brouwer.
- Ballenato, G. (S.F). Vencer la depresión. Recuperado el 25 de agosto de 2015, de <http://www.cop.es/colegiados/m-13106/images/ArtículoDepresión.pdf>
- Belló, M., Puentes-Rosas, E., Medina-Mora M. & Lozano, R. (2005). *Prevalencia y diagnóstico de depresión en la población adulta en México*. México: Salud pública.
- Benassini, O. (2005). *¿Por qué ya no disfruto la vida? Cómo enfrentar y salir de la depresión*. México: Norma.
- Bizkarra, K. (2005). *Encrucijada emocional*. España: Desclée de Brouwer.
- Bosqued, M. (2005). *Vencer la depresión*. España: Desclée de Brouwer.
- Branden, N. (1990). *El respeto hacia uno mismo*. México: Paidós.
- Branden, N. (1994). *Los seis pilares de la autoestima*. México: Paidós.
- Celis, A. (2006). *Congruencia, integridad y transparencia. El legado de Carl Rogers*. Revista POLIS Latinoamericana, Revisada el 04 agosto 2012. Recuperada el 05 febrero 2017de: <http://polis.revues.org/4857>

- Cornejo, S., & Brik Levy, L. (2003). *La representación de las Emociones en la Dramaterapia*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana S.A.
- Cloninger, S. C. (2003). *Teorías de la personalidad* (Tercera ed.). México: Pearson Educación.
- Cruz, M. (2005). *La Depresión, enfermedad del siglo XXI, afecta en México a 10 Millones*. Revista electrónica la Jornada, Revisada el 20 de diciembre de 2008 de: <http://www.jornada.unam.mx/2005/02/23/a02n1cie.php>
- De la Garza, F. (2005). *Depresión, angustia y bipolaridad*. México: Trillas.
- Fava, G. A., Ruini, C. & Sonino, N. (2003). Tratamiento de la depresión recurrente. Enfoque Psicoterapéutico y Psicofarmacológico secuencial. *Sociedad Iberoamericana de información científica*, 17(15).1109-1117. Recuperado de: <http://www.bago.com/bagoarg/biblio/psiqweb213.htm>
- González, A. M. (2001). *El enfoque Centrado en la Persona. Aplicaciones a la educación*. México: Trillas.
- Hall, C. & Lindzey, G. *La Teoría del Sí Mismo y la Personalidad*. Buenos Aires: Paidós.
- INEGI (2013). Recuperado el 12 de marzo de 2014, de: <http://www.inegi.org.mx/>
- Lafarga, J. (2006). Contexto histórico del enfoque centrado en la persona. En J. Lafarga & J. Gómez del Campo (Comps.), *Desarrollo del potencial humano: Aportaciones de una psicología humanista* (Vol. 3) (pp. 24-56). México: Trillas.
- Lewinsohn, P., Rohde, P. & Seeley, J. (2003). *Psychosocial Functioning of Young Adults Who Have Experienced and Recovered From Major Depressive Disorder During Adolescence*. USA: The American Psychological Association.
- Mancillas, B. C. (2002). *La actualización de las mujeres: Un modelo centrado en la persona*. Psicología Iberoamerica.
- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (2005). *DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Martínez, M. (2003). *El paciente con enfermedad en estado terminal y el rechazo a la eutanasia*. Tesis de licenciatura. Toluca, Edo. de México: Instituto Superior de Estudios para la Familia.

- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J. & Fleiz C. (2003). *Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México*. Salud Mental.
- Organización Mundial de la Salud (2012). Informe sobre la Salud en el Mundo. Recuperado el 22 de agosto de 2015, de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- Papalia, D., Wendkos S., y Duskin, R. (2001). *Desarrollo Humano*. Bogotá: McGraw- Hill.
- Pérez, N. I (2007). *Propuestas terapéuticas para el tratamiento de la depresión*. México: CEIG.
- Rodríguez, M., Pellicer, G. & Domínguez, M. (1988). *Autoestima clave del éxito profesional*. México: Manual Moderno.
- Rogers, C. (1959). *Terapia, personalidad y relaciones interpersonales*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Rogers, C. (1962). La relación interpersonal: el núcleo de la orientación. En J. Lafarga & J. Gómez del Campo (Comps.), *Desarrollo del potencial humano: Aportaciones de una psicología humanista* (Vol. 2) (pp. 121-136). México: Trillas.
- Rogers, C. & Kinget, M. (1967). *Psicoterapia y relaciones humanas*. Madrid: Alfaguara.
- Rogers, C. (1972). *Aprendizaje centrado en el alumno: Metodología para una escuela abierta*. Buenos Aires: Paidós.
- Rogers, C. (1978). *Libertad y creatividad en la educación*. Buenos Aires: Paidós.
- Rogers, C. (1980). *El poder de la persona*. México: Moderno.
- Rogers, C. (1985). *Terapia, personalidad y relaciones interpersonales*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Rogers, C. (1997). *Psicoterapia centrada en el cliente*. España: Paidós.
- Rogers, C. (2006). Ellen West y la soledad. En J. Lafarga & J. Gómez del Campo (Comps.), *Desarrollo del potencial humano: Aportaciones de una psicología humanista* (Vol. 4) (pp. 90-100). México: Trillas.
- Rosas, M. E. & López, E. O. (2011). *La depresión: Nuevas herramientas psicoterapéuticas*. México: Trillas.

- Rubio, M. J. & Varas, J. (1997). *El análisis de la realidad en la intervención social; métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Ccs Alcalá.
- Secretaria de la Salud (2012). Secretaría de salud. Recuperado el 10 de julio de 2015, de: [http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/publicaciones/2012/Monografias8\\_Salud\\_Mental\\_Mex\\_ago12.pdf](http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/publicaciones/2012/Monografias8_Salud_Mental_Mex_ago12.pdf)
- Segal, Z., Williams, M. & Teasdale (2006). *Terapia cognitiva de la depresión basada en la consciencia plena. Un nuevo abordaje para la prevención de las recaídas*. España: Desclée de Brouwer.
- Segrera, A. S. (1989). *La elaboración teórica de las actitudes terapéuticas según el enfoque centrado en la persona*. International fórum on the Person-centered approach. México: Universidad iberoamericana.
- Sevilla, J. & Pastor, C. (2005). *Tratamiento psicológico de la depresión: un manual de autoayuda paso a paso*. Valencia: Gileeditores.
- Trevithick, P. (2006). *Habilidades de Comunicación en Intervención Social*. España: Narcea.
- Trull, T. J., & Phares, E. J. (2003). *Psicología clínica. Conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión*. México: International Thomson Editores.
- Vázquez, F. L., Blanco, V., Torres, Á., Otero, P. & Hermida, E. (2014). *La eficacia de la prevención indicada de la depresión: una revisión*. Recuperado el 19 de noviembre de 2016, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-97282014000100002](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282014000100002)
- Vázquez, F. L. & Torres, Á. (2007). *Análisis sobre la investigación de la prevención de episodios nuevos de depression*. Recuperado el 20 de noviembre de 2016, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-52742007000200006](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742007000200006)
- Weissman, M. (2003). *Tratamiento de la depresión; una puerta al siglo XXI*. American psychiatric press.
- Yapko, M. (2006). *Para romper los patrones de la depresión*. México: Pax.
- Zarragoitía, I. (2011). *Depresión generalidades y particularidades*. Habana: Ciencias médicas.

## APÉNDICES

## Apéndice A

### **Guía de entrevista**

El manejo de recursos personales para la prevención de la recurrencia de estados depresivos en adultos.

1. ¿Cuáles consideras que fueron las causas que desencadenaron tu estado depresivo?
2. ¿En cuánto tiempo consideras que se desarrolló tu estado depresivo?
3. ¿Puedes identificar cuáles fueron los síntomas durante este proceso?
4. ¿Qué situaciones o factores consideras que pudieran ser detonantes para estar nuevamente en un estado depresivo?
5. ¿Qué medidas tomaste para superar el cuadro depresivo?
6. ¿Conocías lo que era la depresión antes de padecerla?
7. ¿Qué características personales consideras que influyeron para padecer un estado depresivo?
8. ¿Qué características personales te ayudaron a salir del estado depresivo?
9. ¿Qué factores externos influyeron para para padecer depresión?
10. ¿Qué factores externos te ayudaron a salir del estado depresivo?
11. ¿Qué aprendiste después de este proceso?
12. ¿Tu vida ha cambiado? Sí, ¿Cómo? No, ¿Por qué?

## Apéndice B

### Carta de consentimiento informado

La presente investigación que lleva por nombre “EL MANEJO DE RECURSOS PERSONALES PARA LA PREVENCIÓN DE LA RECURRRENCIA DE ESTADOS DEPRESIVOS EN ADULTOS” es realizada por Fernando Zárate Nonaka, estudiante de la maestría en Desarrollo Humano Universidad Veracruzana, bajo la asesoría de la Mtra. Elsa Angélica Rivera Vargas, académica del Instituto de Psicología y Educación.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. Con la finalidad de que la información sea confiable y fidedigna, se videograbará la entrevista y será transcrita a texto en un documento digital; cabe aclarar que todos los datos e información recabada se conservarán en anonimato, no se mencionará el nombre ni algún otro dato con el que se pudiese identificar a los entrevistados. Y al concluir la transcripción las grabaciones serán borradas.

Si tiene alguna duda sobre esta investigación, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en ella. También, puede retirarse de la entrevista en cuanto así lo desee sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incómoda, tiene usted el derecho de no responderla.

Los datos obtenidos en este estudio serán la base para la realización de una tesis y pueden ser publicados o difundidos con fines científicos.

He leído y he sido informado sobre los fines de este estudio, y consiento voluntariamente participar en el mismo bajo los términos descritos en esta carta a los 20 días del mes de noviembre de 2015.

Firma del participante

Firma del investigador



## Apéndice C

### Entrevistas

#### **Categoría:** Causas de la depresión

---

#### Unidad de registro

---

María: Pues eventos que, que tuve yo, siento que (hum silencio) que fueron acumulados ,mi depresión más fuerte fue a los veinte años, Fer, eh siento que venía yo arrastrando eventos incomprensidos desde mi infancia, que fueron acumulándose, pero, así como había eventos que me hacían o me lo hacía o provocaban una incomprensión como, como esas pequeñas depresiones que fui teniendo en la adolescencia, incluso en mi infancia, eh como que, también contrarrestaban ciertos momentos , que o eventos que me hacían sentirme, este, mejor ,entonces ,siempre como que la fui llevando fui sobrellevando las cosas, sin embargo esas incomprensiones hicieron en mi una, una acumule ,siento yo, que cuando tuve veinte y me viene, se me desencadena un evento, fuerte muy, muy enlazado con mi mamá, con algo que vivió mi mamá en ese entonces, muy fuerte problemas legales, este donde se tuvo que ir y me sentí como desamparada, me sentí sola ,eh tengo hermanos que me llevan, en ese entonces se veía una diferencia de edad amplia , ahorita realmente ya parecemos gemelos (risa)pero en ese entonces y en mi infancia pues, eh el que continua arriba de mí, me lleva cinco años y medio casi seis, la otro ocho y el otro nueve y medio, entonces eran, este pues distancias que se veían amplias en edades , me sentía yo como sola ,siento que, que ese evento desencadeno y lo que yo estaba viviendo en mi contexto, pues hizo que , que me sintiera yo como, como muerta (pequeña risa) como muerta en vida.

---

Juan: Bien, yo considero que una de las causas, que desencadenaron mi estado depresivo, fue, este, el vivir con padres separados, el crecer en un, en un ambiente familiar en el que, me sentí siempre solo, en el que nunca estuvo mama nunca estuvo papa, en el que fui él, el hermano de en medio jeje tuve una hermana mayor, que siempre se llevó los reflectores tuve un hermano menor que también, entonces la parte de la ausencia de los papás pero también la parte ese como crecimiento esa niñez desapercibida para toda la familia, yo considero que fue la causa principal del, del desarrollo de la depresión.

---

Sandra: ...el regresar a vivir con mis papás... yo viví en casa de mi abuela paterna hasta los 8 años de edad, con ella era una niña alegre y muy feliz. Recuerdo que cuando ya estaba con mis padres, empecé a ser una niña muy triste, no salía a ningún lado, me sentía sola, mi padre casi no lo veía por su trabajo, mi mamá se la pasaba encerrada en su cuarto casi todo el tiempo durmiendo porque padecía depresión. También le tenía mucho enojo a mi abuela por haberme dejado con mis padres. Con mis hermanos casi no nos hablábamos porque me hacían sentir como si fuera una intrusa.

---

Victoria: Creo que fueron varias, eh... no, no, no tengo como muy en claro el orden ni nada ¿no? Pero sé que, pues la primera yo creo que fue el divorcio de mis papás, eh mis papás se separaron cuando yo tenía nueve años, entonces, este, poquito antes de, de que se culminara el divorcio, bueno soy la hermana mayor o la hija mayor, entonces, me tocaba ver mucho como se peleaban, se golpeaban, se insultaban, este, en una

---

---

ocasión estuvimos en Acapulco, creo y se empezaron a pelear porque a nosotros nos llevaron de vacaciones pero era periodo de escuela todavía, entonces estábamos en Acapulco y mi mamá nos llevaba los dichosos libros de la SEP que teníamos que estar contestando los libros y tareas mientras que todos los niños estaban en la alberca o en la playa o cosas así ¿no? Mi papá se pelea con mi mamá y se empezaron a golpear, lo que recuerdo muy bien es que llego mi abuelita, materna y lo único que sé, es esconder los cuchillos, entonces es una imagen, qué bueno, si me, si me impacto ¿no? Entonces mis papás se, se divorcian cuando tengo yo nueve años y supongo que desde ahí empezó como una inseguridad, a, a ir a la escuela, miedo, pero no era miedo, era fobia no porque yo fuera mala estudiante tampoco era lo máximo, pero era una estudiante regular tirándole a bien pero que yo iba a la escuela era sinónimo de que alguien se iba a morir esa era, la, la sensación que yo tenía, entonces era, no me puedo ir, no me ir y aunque yo me quedara en la casa ahí ya no pasaba nada, pero si yo iba a la escuela, ahí empezaba los problemas. En... creo que en cuarto de primaria un niño se desmaya, entonces, para mí el desmayo fue sinónimo de muerte, entonces también fue otro, otro evento que, que me genero mucha angustia, yo no podía estar en un lugar donde alguien se desmayaba ... su hermana, ella , de este niño que se desmaya, iba en, no sé si en secundaria o en prepa y también se desmaya, entonces era, yo ya no podía ni siquiera ver al niño, porque para mí era que, que yo ya me iba a desmayar o que yo me iba a morir o que alguien se iba a morir, entonces, un maestro por ejemplo yo ya, desde segundo, no, desde tercero yo lleve maestros por asignaturas, desde tercero de primaria, entonces, me acuerdo que el maestro de ciencias naturales le toma la presión a otra maestra y era, es que se va a morir la maestra o sea para mí todo el mundo se iba a morir, eso fue cuarto, quinto, en quinto yo dejo la escuela por los mismos miedos, porque yo lloraba en la escuela horrible, este, me obligan a ir con psicólogos y psicólogas, mi mamá siempre me tacho de que yo estaba loca y por el otro lado tenia a mi abuelita materna, que, esa fue, de hecho es la que yo denomino mamá, a mi mamá pues aunque si la quiero y todo, es, a mi mamá, yo la sentía como una mamá bilógica pero mi mamá la que me crio fue mi abuelita materna, entonces, no, no la podía dejar para nada a ella, yo vivía con mi, con mi mamá, porque ahí vivía mi abuelita, pero no por otra, por otra razón. Entonces ya mí mmm, eso fue en quinto, en quinto, mi abuelita me llevaba a todos los psicólogos, psiquiatras y todo. Mi mamá siempre fue una persona muy agresiva conmigo, este, siempre se enojaba porque mi abuelita me, me sobreprotegía, creo que yo tenía como... once, diez, once años y todavía tomaba biberón, para que no me ensuciara yo la, la boca, o sea era una sobreprotección exagerada la que tenía mi abuelita conmigo, mi mamá me regañaba y mi abuelita me defendía, siempre, siempre, siempre, siempre. En quinto de primaria, si yo iba en quinto, este, en las vacaciones justo por estas fechas, bueno, en julio, mi abuelita se mete al baño y le da un infarto y se muere. Entonces fue una muerte muy abrupta, no fue así, como de, verla enferma y que se sentía mal, mi abuelita nunca se enfermaba de nada, el hecho de que ella se muriera, pues para mí fue un impacto más grande. Antes de que fallecerá mi abuelita, mi mamá se casa, bueno no se casa, se junta con, con un chino, las casa eran así pegaditas, esta era mi casa y esta era la de mi, mi abuelita. Mi abuelita se va a vivir con nosotros para cuidarnos y mi abuelita renta su casa para que la use pues cualquiera y tener un ingreso económico más. Entonces el chino pues cada vez, era un chino de origen extranjero o sea, era un chino de China, entonces, cada vez se fue metiendo más y más y más y más a la casa a la familia y todo, el chino tenía más o menos la edad de mi mamá o a lo mejor un poquito

---

---

más grande, este, él nos daba nalgadas por ejemplo y eso a mí me enojaba mucho, yo decía mucho porque me das nalgadas y mamá decía es que allá en china darte una nalgada es darte un abrazo o decirte te quiero mucho y yo así pues, es que eso es allá en China aquí en México una nalgada o me estas regañando o me estas faltando al respeto. Yo le decía a mi mamá porque me dejas que, que me dé nalgadas y me decía entiéndelo, es que mira, pobrecito, extraña a su hijas y yo así de, pero pues yo que, o sea yo no tengo por qué dejar que me hagan cosas. Eso sigue pasando, este, se muere mi abuelita, que te digo que se murió de una manera muy drástica para mí fue una, se me acabo el mundo ahí, porque el hecho de que mi abuelita muriera pues implico muchas cosas, te digo que yo era una niña muy, muy, muy consentida yo era un nenuco o sea no, no movía un de dedo. Entonces de que, la noche a la mañana cuando se muere mi abuelita fue, primero yo la llevo al médico y ya con el médico me indico con una doctora en donde yo vivía, la revisa eh me manda a llamar a mí y me dice hija es urgente que te lleves a, a, que se lleven a tu abuelita al hospital, en cuanto llegue tu mamá se la, que se la lleven y yo pues sí, yo tenía once años, si, iba a cumplir once años creo y entonces yo tenía a mi cargo en ese momento pues a mi abuelita a mi hermano, a mi hermana y a dos primitas más chicas. Entonces, ya no, nos vamos a la casa y le doy una aspirina a mi abuelita y le digo: mamá, ¿pero no te vas a morir verdad? ¿No me vas a dejar sola? Y me dice: no hija, como crees. Dije, a bueno, ya no, entonces me hice cargo de los niños y todo y me espere a que llegara mi mamá como a las tres de la mañana, de que trabajaba con el chino este y... y entonces pues, ya le dije: mamá hay que llevar a mi abuelita urgente al hospital, está muy grave, si, mañana que despierte. Pues bueno, mañana que despierte ¿no? Yo que podía hacer ahí. Al día siguiente mi abuelita despierta, me manda por un medicamento, para, pues porque se sentía mal y cuando yo estoy subiendo por el medicamento, es planta baja, primer piso y segundo piso, me manda al segundo piso, no llegaba yo al piso de en medio cuando mi abuelita ya estaba muerta, entonces, pues fue otro impacto muy, muy fuerte ¿no? Porque mi abuelita se muere el lunes y el martes comemos carne por ejemplo y le dije: ¿mamá, me partes la carne? No, ya estas grande, pártetela tú. ¿Mamá que ropa me pongo? No sé, escógela tú. ¿Mamá, me ayudas a bañarme? Báñate, tú. Entonces, a lo mejor que esa edad si ya podría haberlo hecho sola, pero estaba acostumbrada a que todo me hacían. Entonces, así, como, ¿ahora qué hago, no? Por un lado, por el otro lado, cuando mi abuelita muere, el chino empieza abusar de mí, entonces, pues ahí se complica las cosas, mi, mi mamá por ejemplo, este, yo le decía, por qué me tiene que dar nalgadas, porque te quiere, es que ¿por qué me tiene que cargar y sentar en las piernas y remolinear? Es que está jugando contigo. Siempre fue... justificar, justificar, justificar. Yo ya traía desde antes, pues el hecho de que alguien se fuera a morir ¿no?, entonces con la muerte de mi abuelita, pues peor tantito, se hace más grande, yo no podía estar sola en la casa, mi mamá me amarraba con cadenas al, al cuello, a los tubos, este, yo decía, es que no me dejes, si te vas, me voy a morir, algo me va a pasar, entonces, me ponía, me ponía cadenas, candados y le daba las llaves a mis hermanos y le decía: es que tú hermana está loca, cuando yo ya me vaya, la desamarras. Mi mamá siempre fue muy violenta, entonces, fueron como, como acumulo de muchas cosas. Este, cuando nos dormíamos, yo no dormía nada, cuando era hora que nos teníamos que ir a dormir, yo me esperaba hasta las tres o cuatro de la mañana que mi mamá se fuera a dormir, para dormirme con ella, pero se dormía mi mamá, me dormía yo y se dormía el chino. O me dormía yo, el chino y mi mamá. Pero el caso es que siempre el chino estaba en contacto conmigo.

---

---

Entonces cuando mi mamá se duerme, pues entonces el chino hacía de las suyas conmigo. Eh mi mamá dice que nunca he sido clara, de decir, pues es que abuso de mí ¿no? O sea, así le digo: mamá, es que el chino está abusando de mí, pero mi mamá quiere decir, que le diga: es que el dedo menique lo hizo, o sea, pues es algo que yo todavía no puedo hablar. Este, después de eso, pues mi abuelita fallece en julio, yo tenía ya dos años de no ver a mi papá y en ese momento contesto el teléfono, veo a mi papá, bueno, hablo con mi papá y me dice pues que quiere verme, mi mamá siempre me puso a, como se dice, cuando, a declarar contra mi papá en los juzgados para que dijera que mi papá era malo que no nos daba dinero entonces mi mamá, siempre metía mucha de su cuchara y entonces me lleva a juzgados y cosas así, horrible y entonces ya cuando veo a mi papá me dice: yo no te voy hacer nada yo lo único que quiero, es pues verte. Mi mamá me decía que mi papá iba a secuestrar a mis hermanos, entonces, siempre fue como echarle mucha tierra a mi papá. Cuando veo a mi papá por primera vez nuevamente, después de dos, dos años y medio y me doy cuenta que no me va hacer nada, de lo que mi mamá me dijo y que veo que no me van a lastimar, me fui a vivir con él. A los doce años y pues otra vez, vuelve a crecer porque a final de cuentas yo tenía una nana, que no me partía la carne, no nada, pero barría, trapeaba, nos cuidaba, iba por nosotros a la escuela y de repente cuando me voy con mi papá, me dice: hija, pero yo no tengo sirvienta, entonces es, barre, trapea, lava, plancha, vete a la escuela, haz tus tareas, haz de comer, entonces fue, fue verme una ama de casa a los doce años. Este, después del abuso ¿no? que ya hubo. Eso fue, es como la raíz de todo el evento, aunque, bueno, yo seguía deprimida todo el tiempo, yo ya no, no pude como levantarme, el miedo a la escuela siguió pues pasada la prepa, la preparatoria, este, en la preparatoria me dan, me mandan con un psiquiatra, me dan medicamentos, yo dejo la escuela, eh cuando deje la escuela fue cuando me fui con mi mamá de viaje y pues mi mamá sigue, toda la vida es hablar mal de mi papá, habla mal de las circunstancias, entonces, estuvo tanto diciéndome que yo creo, bueno termine entrando en otra crisis depresiva muy fuerte, este, me empiezan a medicar, cuando me medican, este, me da una reacción que se llama Steven Johnson, que es, como si te diera, como si te asolearas y te empiezas a pelar pero por dentro y te mueres. Entonces, me dio una, una reacción de esas y lugar de mi mamá decir, bueno, hija ¿en qué te ayudo o algo? Me dice: ya ves, Dios te está castigando, entonces, era así como, ya mamá, ya párale ¿no? Pero pues eran depresiones que considero muy fuertes, pero todavía eran pues pasables, o sea como lograba salir y salir y de repente pues otra vez, si puedo y no pasa nada y ahí iba. La siguiente depresión realmente no me acuerdo, yo creo que fue porque hable con una persona y este, ah no, me pelee con mi mamá, me pelee muy fuerte con mi mamá, este, me corre de la casa por enésima vez, pero la que se va es ella y entonces entre en crisis, no sabía cómo manejar la situación y empecé a medicarme, a auto medicarme, pero sea yo ya tomaba medicamentos pero yo ya empecé a abusar de ese medicamento y termine internada, termine internada en...

¿Qué edad tenías? Cuando me internaron la primera vez... huuuuyyyyyy cuatro, hace cuatro años fue uno, hace como seis años, yo creo que tenía como veintisiete años más o menos, cuando me internaron, este, yo estaba en la, en la licenciatura yyyyyy yo estaba como por quinto, cuarto semestre una cosa por el estilo. Me internaron, me internaron quince días, fue padrísimo yo ame ese internamiento, este, me internaron en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, este, cuando llego ahí al, bueno, los

---

---

primero días pues yo no sabía nada ¿no? yo estaba más que drogada pero no era tanto, es decir si interactuaba con las personas, me dejaron pintar cerámica en terapia ocupacional, este, me levantaba y alguien tendía mi cama, en lo que tendía mi cama a mi me tomaban signos vitales, después de los signos vitales nos daban de desayunar y era un desayuno súper exageradamente basto, o sea, pan de dulce, pan de sal, este, no sé, por ejemplo frijolitos, huevo, este, fruta picada un vaso de jugo, un vaso de café con leche o atole, este, yo desayunaba pero de maravilla, terminando de desayunar te mandaban a terapia ocupacional pues era pintar, colorear, hacer una actividad pues manual más que nada, después de eso, venía la hora de la comida y si el desayuno era basto, bueno, la comida era dos veces más y este... y después te dejaban pues hacer lo que tu quisieras ¿no? Tenías tu hora de visita y todo y me llevaba muy bien con todo el resto de los pacientes, yo estuve mucho tiempo apegada a la iglesia, demasiado, a la iglesia católica y este, entonces aprendí muchos juegos, entonces esos juegos los aplique yo con mis compañeros del... internamiento y nos divertíamos o sea hacíamos muchas maldades y todo, buenas o sea jugábamos y este, entonces cuando yo salí de ahí y siguieron tratándome la psiquiatra me siguió tratando, yo le decía: es que, por favor inténame, ándale de verdad, te juro que me portó bien en el internamiento ¿no? Y ella me decía: si, si quieres que te interne, te voy a internar pero en el Fray, no sé, si lo has escuchado, el Fray es un hospital psiquiátrico de alto nivel, pero ahí sí o sea, te va muy mal el Fray es lo peor que te puede pasar o sea estamos hablando de cosas demasiadas serias ahí. Y ahí sí hay gente, que no, son pabellones y pabellones y pabellones, en donde yo estuve internada, eran veinticuatro camas, doce para hombres y doce para mujeres, era mixto y pues todo era muy tranquilo o bueno, cuando, cuando yo entre, entonces, pues me dijo que no, pero, a los, cuanto te dije, hace seis años ¿no? a los dos años de ese internamiento... vuelvo a recaer y entonces ahí empecé a tomarme, ahí, esa, esa recaída, creo que fue porque hable con alguien y empezó a, a preguntarme ¿no? ¿Qué ha sido de tu vida? ¿Qué ha pasado? ¿Cómo has estado? Y empecé a hablar y hablar y hablar y hablar y pues como que no fue un cierre de la situación y es como, yo sentía que era como si hubieran abierto un tinaco y le hubieran dado vuelta a toda la porquería que esta, todo el fondo, abrieron la llave y se fueron y me dejaron así, como regando porquería por todos lados, entonces, caí en depresión, me acuerdo que llegue el miércoles a la escuela, a la universidad y lo único que le decía al médico, yo llegue así bañada en lágrimas, yo le decía al médico ¿no? este, quiero morirme y quiero morirme y me quiero morir y ayúdame para morirme, él era un supuesto amigo mío y me quiero morir y me quiero morir y me quiero morir, él me dijo, no pues no te puedo ayudar en eso, dime en que otra cosa te ayudo y dice: te voy a dar un medicamento para la migraña, porque yo tenía migraña y dije bueno, me da el medicamento y me manda a dormir en una cama que tienen ahí, cuando me dice ya me voy, la enfermera me dice pero tú no te puedes ir así como estas, dije pues: ¿Qué hago entonces? Me dice bueno, el doctor dijo: pues vente conmigo a mi casa y como se supone que me decía que era su hija y que me quería mucho y todo, me lleva a su casa, toda la noche, toda la tarde y noche llorando, al día siguiente, este, en mi cama, el me medico todo el tiempo, está en mi cama y empieza a meter su mano ¿no? Para acariciarme, entonces, yo así como, otra vez ¿no? yo así, ya le vote la mano y le dije, no, bueno tú sabes todo lo que he pasado, porque no es nada más el abuso del chino, hubo una violación por parte de un sacerdote... este... eh entonces yo le dije tu sabes todo lo que me ha pasado y ahora estas metiendo, ahora tú estás haciendo lo mismo ¿no? entonces me dijo, no,

---

---

discúlpame, dame una cachetada, mátame, hazme lo que quiera, pero, discúlpame ¿no? no, ya me quiero ir y ya me quiero ir y ya me quiero ir ¿no? todavía salí, si todavía andaba deprimida pues todavía peor. Entonces ya me fui a mi casa y en mi casa mi mamá toma clonazepam, entonces yo agarro el clonazepam y solo quiero dormir, solo quiero dormir y no quiero despertar, entonces agarre un clonazepam y me lo tome y no sé, supongo que fui al baño, me dio hambre, no sé, pero el caso es que desperté, hice lo que tenía que hacer, no sé, comer o ir al baño no sé, una de esas dos necesidades básicas, pero como desperté, entonces agarre dos clonazepamnes y al ratito por algo volví a despertar, ah bueno, entonces no dos, ahora cuatro y ya no eran cuatro, eran ocho y ya no eran ocho, eran diez, entonces no fue, que yo agarrara el puño del medicamento y me lo tomara ¿no?, pero cada vez iba aumentando la ingesta del clonazepam. Así estuve el jueves... el jueves ya yo me asuste y me fui al hospital, me fui al hospi, me fui al instituto que yo ya había estado internada. Me dijeron que no había camas, que no me podían recibir ahí, pero yo ya estaba, o sea, eso ya lo escuchaba pero muy lejos, yo ya estaba muy sedada, le hablaron a una maestra porque no había nadie que se hiciera responsable de mí, una maestra que me llevo muy bien y al ratito creo que llevo mi papá porque después que estoy en el hospital me veo en la casa de mi papá, que es en Chalco yo vivía en Tlapa y entonces, acababa de nacer mi sobrina, mi primer sobrina Ximena, creo que ahí es el parte aguas o sea, nace mi sobrina, yo medio me entere que nació la niña, me volví a meter a mi cuarto, ahí en Chalco y sabía yo que ahí tenía unas pastillas, no me acuerdo como se llaman ahorita, pero eran otras pastillas que también te sedaban, entonces agarre las pastillas y me las metí. Todas las pastillas que encontré, me las metí. Al día siguiente me llevan al hospital, a otro hospital que es el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, yo le pido a un médico que quiero hablar a solas con él, explicarle lo que me pasa, pero yo no me acuerdo si hablo con el médico o no hablo o sea ya ahí, no, no, no, no tengo conciencia de lo que paso, sé que me iba a caer porque intente ir al baño y me atore con algo y me caí... este... y de ahí...ya no me acuerdo de nada o sea eso fue el viernes, dice mi papa que me llevo a comer, yo no me acuerdo, llegue a la casa y me metí a mi recamara y fue así como no quiero hablar contigo mamá, no quiero hablar con nadie, me metí a mi cuarto y seguí con la ingesta de medicamentos, el clonazepam en pastilla no sabe a nada, entonces, pero nada, ni azúcar ni amargo ni nada. Entonces me los tomaba, los derretía o los desbarataba y otro y otro y otro y otro, el sábado no, no me acuerdo de nada del sábado, el domingo... este, me acuerdo que mi mamá me dijo o te vas al hospital o mando a llamar para que vengan por ti y te y te lleven ¿no? no, no voy a pelear yo voy solita, dicen que me metí a bañar, no sé si me bañe, yo sé, que me metí a la regadera en algún momento salí y me llevan al hospital y ahí me detienen y tengo quince días perdidos, no me acuerdo así de, nada, pero es nada, nada, lo único que tengo así que recuerdo, es que yo estaba sobre la me, la cama del hospital, que son camas altas y yo quería algo del, del buró, me agacho para recogerlo y me caí, yo como pude me levante nada más les dije que me caí de la cama, me cambiaron de cama y de cuarto, porque donde estaba no había ese tipo de camas y ya me bajaron la cama casi al nivel del piso y ahí estuve quince días, así, sin recordar nada y todavía una semana y media más o menos mas, este... pues en lo que como terminaba de desintoxicar del medicamento me cambian de antidepressivo y ahí también entre como en shock porque el cambio de antidepressivo a lo que se eliminaba en uno y entraba el otro, me genero un cuadro de ansiedad muy fuerte, dentro del hospital cuando yo ya estaba consciente me hablaban los médicos, me

---

---

decían que vas hacer, me quiero morir y como te vas a morir, pues cuando salga, tenía yo una compañera que me platicaba como se lastimaba y entonces yo decía que yo iba hacer lo mismo, entonces cuando salga, me voy a meter un taladro en la cabeza y pues ya de un solo golpe bum me vuelo el cerebro ¿no? este o no sé, me voy aventar de un lado y empezaba a, ya no me acuerdo ¿no? pero empezaba a darles veinte mil alternativas de cómo me iba a morir, entonces no me dejaban salir. Eh ya cuando estaba yo más consiente digámoslo así, me acuerdo de una noche que no pude dormir de los tarados de los médicos, del, bueno, de los que están ahí, les digo, no puedo dormir, ah tomate esta pastillita azul y me dan una pastillita y yo así, es la pastillita milagrosa, esa te quita el dolor de cabeza, dolor de estómago, te hace dormir, te hacen todo, les digo, ya me tienen harta, pero bueno, me la tomo y me voy a dormir, no dormí, pero la mañana siguiente llega el enfermero y pasa lista al otro enfermero el reporte y le dice a la paciente de la cama diecisiete se le dio un placebo y yo así de... o sea, dices, hay, hay que cuidar ¿no? o sea lo que hay, a lo mejor si me hubieran dicho le dio Z45, pues ¿Quién sabe? Es un Z45 es un código del medicamento y ya ¿no? pero el hecho de hayan dicho que es un placebo si esta de, no están hablando con una tarada y... estaba yo... no sé, si esa noche o noches después intentando dormir, cuando ingresaron a una paciente y la paciente empezó a gritar maldita UVM, maldita UVM, por tu culpa, maldita UVM que me has hecho UVM, la UVM es la Universidad del Valle de México y yo soy egresada de ahí, entonces yo estaba intentando dormir y de repente oigo gritos de la UVM, dije, Dios mío, me estoy volviendo esquizofrénica yo oigo voces y me asuste muchísimo ¿no? entonces a partir de ahí fue como tengo que salir de aquí como dé lugar y entonces mi comportamiento cambio, este, todo fue como más tranquilo, ya me actuó el medicamento, entonces pues ya salí. Y a partir de ahí, pues sí, yo creo que tuve una recaída hace dos años, por lo cual me vine para acá, porque era o te internamos de nuevo o te vas de casa de tu mamá... pero... dije, pues no, me voy, ya no quiero otro internamiento, el ultimo internamiento así como yo decía, quiero que me internen, quiero que me internen, ahora era así como, quiero salir, quiero salir, no me fuera pasar algo. Ese es un motivo por el cual yo ya dije, bueno, ya no más internamiento y el otro es mi sobrina Ximena o sea, yo siento que, yo me estaba muriendo y ella estaba naciendo y es como volver a nacer a la vida con ella. Ximena ahorita es, mi primer sobrina y es mi ahijada y si me das la vida, si la doy por ella por nadie más. Tengo otras dos sobrinas a las cuales quiero mucho pero no como a Ximena, Ximena para mí, marcó mucho mi vida, mucho.

---

Erick: Bueno, desde muy chico a los doce, trece años yo detecte que en algunas ocasiones yo me ponía yo triste sin ningún motivo, nada más que en aquellos años pues no había la comunicación ni la, la orientación o, o la información que hay ahora. Eh yo me daba cuenta que una temporada yo estaba bien de ánimo y al ratos me entraba una tristeza sin saber por qué. Y yo creo que el estado de mi depresión más que nada fue eh hereditario por parte de mi abuela, pero más que nada en el medio ambiente que me desarrolle, ocasiono que yo cayera en depresión, problemas familiares, problemas de trabajo, problemas de autorrealización y problemas sentimentales tal vez con, con parejas ¿sí? El no, el, el darte cuenta de que a veces es malo depender emocionalmente de alguien porque cuando te falla esa persona te vienes para abajo y eso no es bueno, ahí, no me da pena decirlo creo que también es un poco el, tener la autoestima y tener el cariño hacia ti mismo ¿sí? Esas creo que unas de las causas de la depresión pues,

---

---

bueno, pueden ser muchos factores, uno el económico, el otro la salud emocional, la salud sentimental, la salud romántica, la, los logros profesionales o sea se combina un poco de todo, no puedo decir que sea algo general ¿sí?

---

José: Pues yo siento, que las principales fue pues de mi infancia este, yo viví muchas este, infidelidades por parte de mi papá, de mi mamá y la verdad este, eso me traumó muchísimo, yo crecí con ese, con ese sentir, con ese odio, rencor, resentimiento contra, contra ellos ¿no? y me obligaban a que pues me postraban a un altar con imágenes para que yo no, jurara, tenía que jurar que yo no iba a decir nada, viera lo que yo viera, me quemaban mis, mis rodillas para, con un pinzón, para con tal que yo pues no dijera nada. Sí, que tenía yo no decir nada y portarme bien porque si no, Dios me iba a castigar, me iba a pasar cosas malas. Este, mi hermano también me hizo, me hacía muchas cosas mi hermano mayor. Eh, pues me... me hacía mucho enojar, me espantaba, decía de que ahí en el altar andaba la bruja, luego el me destapaba, como dormía yo con él y pues me espantaba que era la bruja también andaba, hay una casa y me hacía muchas cosas así, o sea, emociones fuertes ¿no? pues para mí era algo fuerte ¿no? de acuerdo a mí, a mi desarrollo este pues emocional mental ¿no? era un chamaco, siete u ocho años. Algo que me pegó mucho y me impactó en mi depresión, que la gente de allá del pueblo me empezó a decir que yo, que yo era hijo, hijo de Mario y decía quién es ese, quien es ese ¿no? y siempre me decían eso. Hasta ya después pues me enteré ¿no? que Mario había sido un señor que mi mamá había andado con él y que inclusive, inclusive se fue con él o sea, dejó a mi papá y se fue con el otro señor y ya después yo nací, entonces ese era, ya después yo me enteré de eso ¿no?

**Categoría:** Desarrollo de la depresión

---

#### Unidad de registro

---

María: Bueno, el más fuerte siento yo que fue un problema legal que tuvo mi mamá, hum, fíjate que inició desde, ella es empresaria, siempre ha sido una mujer muy luchona, este, siempre nos ha dado un buen ejemplo, de moral, de rectitud incluso su educación fue muy fuerte, fue , fue muy, muy recta y de repente, este , por malos manejos con, de la contabilidad de su empresa y todo, ella sobre un desfalco fuerte y pues le debe a, le quedó a deber a hacienda y ella al ser la representante, pues tuvo que , digamos que ampararse, porque ya había salido una orden de aprehensión en contra de ella, venía arrastrando ese problema legal , ehh con sus amparos y todo , su empresa empezó a quebrar, después de haber ido muy bien, empezó a quebrar y se le juntaron dos , dos demandas de abuso de confianza, una porque era intermediaria entre un ingenio que quebró y la otra por el desfalco a hacienda , entonces ella no le quedo de otra, sino, si o irse a la cárcel o esperarse y alejarse digamos que se fue de huida, entonces en lo que se arreglaba todo el problema legal ella se fue, estuvo en otra ciudad, estuvo escondida, en lo que se arreglaba la situación, porque finalmente le decían los abogados que si se quedaba y , y pues lo que ella quería hacer era dar la cara y todo, la iban a meter a la cárcel y todo el proceso se la iba a vivir mientras ella estaba en la cárcel, pues iba a ser una situación muy incómoda para mi familia y apara ella, ¿no? Entonces la opción que, que le aconsejaron fue esa ,yo estaba en la universidad ,estaba en una universidad ehh no era publica, era una universidad

---



---

privada, en donde la colegiatura pues iba a estar ya cargo ya de mi papa ehh nosotros dependíamos casi al 100% de mi mama, ellos ehh son divorciados, no porque mi papa fuera desobligado, sino que, tenían pues mejor nivel económico mi mama que él, entonces mi papá se le cargo de repente y pues, yo era la última, quería seguir estudiando estaba en la mitad de mi carrera, me dijeron que ya no podían pagármela, mi papa hablo conmigo y me dijo yo no te puedo ayudar más que con seiscientos pesos a la semana, es lo máximo que yo puedo hacer. Entonces pues de repente yo de hija de mami y todo eso, pues se me vino el mundo encima, tuve gente buena, amigos, amigas que me ayudaron en ese proceso, porque mi mama se tuvo que ir de una noche a la mañana y vende todo y a ver de dónde, casi, casi todo lo que, lo que le quitaron fueron varias propiedades, cosas de ese tipo ¿no? Entonces mi desamparo fue aquí en Xalapa, eh me tenía que meter a casa de una amiga, que vivía en una pensión, vivían ahí dos amigas que eran primas, en casa de una tía, ahí me metía escondida y ahí dormía, estuve así, como un mes y medio hasta que una tía, este se apiado de mi (jijij) pero bueno, me dijo, te vamos a pagar la colegiatura pero me tienes que ayudar en esto, esto y esto. Entonces el trabajo y todo, de repente mis problemas personales también, este, acababa yo de terminar con, con un novio, eh el desamparo, no veía mi papa casi, eh nada más me depositaba, no hablaba con mi mamá, mis hermanos ninguno viviendo aquí en Xalapa, ehh uno en Martínez ayudando a mi mama en lo que podía, mi hermana en Veracruz, pues ella haciendo su vida también ya empezando a trabajar, entonces cada quien en su mundo y yo me sentí completamente sola. Ahí, ahí inicio Fer, mi estado depresivo.

---

Juan: Si, mire, eh yo creo que fue algo que, que llevo muchos años, porque desde los once años de edad eh tuve un intento suicida, este a partir de esa edad constantemente repetía yo, situaciones que atentaba contra mi vida pero fui consciente de lo que estaba pasando a los quince años de edad más o menos, cuando eh tome un veneno, cuando por primera vez eh tuve una entrevista y un tratamiento psicológico y cuando entendí que es lo que estaba pasando era un proceso depresivo este y cuando empecé a yo buscar información acerca de ello y empecé a ser consciente y de los quince años hasta la fecha es algo que no ha terminado.

---

Sandra: A los 11 años empiezo a padecer anorexia y... desde ahí, hasta los 30 años es cuando se me presenta una muy fuerte crisis depresiva.

---

Victoria: Uh desde los nueve, nueve, ocho, siete años o sea yo tenía seis, si como siete años cuando yo veía toda la agresión, mi papá también era una persona poca expresiva no puedes abrazarla, no puedes besarla, no puedes apapacharla entonces mi papá, todo el tiempo mientras yo viví con él y con mi mamá o sea era un matrimonio normal digámoslo así, eran muy agresivos ¿no? con mi papa eh mi mama, pues ya te digo ¿no? muy violenta, mi abuelita muy consentidora entonces... yo calculo que desde los siete años empezó, empezó la agresión empezaron como suceder eventos que marcaron mi vida y se, pues no se culminaron pero, digamos que, así lo más fuerte fue la violación del sacerdote podría yo decirse que yo ya tenía como veinticuatro años, entonces pues de los siete a los veinticuatro, como que, como... quince años, no sé, una cosa así.

---

Erick: Eh, considero que fue en... en unos tres meses o más o menos, cuando eh, relación, bueno en mi caso fue que me relacione con una persona, me emocione y... vaya eh me entusiasme con esta persona, una chica muy guapa, pero después me di cuenta de que...

---

---

eh me confundía su modo eh de querer... o de amar... no era una buena receptora, entonces por más empeño que le pusieras, yo calculo que ahora si me, me enferme, por, por , por tonto, porque realmente debía haber detectado antes el que esa persona no era, no era una persona con, receptora de amor si no, que era una persona egoísta ¿no? entonces, por más que tú quieras cambiar a esa persona fue durante el tiempo que duro la relación o sea, fue un detonante.

---

José: Pues digamos de mi infancia...como, después pasaron como unos... diez, como unos diez, doce años. Por decir, como a los... quince, dieciséis años, yo empecé a sentir, sentía yo ya coraje, odio, resentimientos, me caía gordo la gente, eh, de hecho ya como a los doce años.

### **Categoría:** Síntomas de la depresión

---

#### Unidad de registro

---

María: Soledad, angustia ehh un poco de rebeldía, podría decirse ehh se desato en una rebeldía o, o lo quise convertir, eso a una rebeldía ehh también ehh sobre todo siento yo, que, que incomprensión, sentía que no me comprendían, que estaba sola en el mundo, esas, esas eran mis mayores características.

---

Juan: Sí, eh primeramente eh pase por un estado como de mucha ansiedad como de mucha eh como de estar muy nervioso como de estar muy hiperactivo como de querer hacer muchas cosas eh pero repentinamente se repetía un patrón de insomnio de que, no poder dormir por las noches eh de estar recordando continuamente cosas del pasado, de tener mucho miedo hacia que va a pasar en el futuro eh pero sobre todo como de una angustia y una sensación difícil de explicar pero como una especie de hueco en el pecho que sofoca, como de respirar pero y de saber que pasaba aire, pero como sentir que me ahogaba yo, cómo que no podía respirar como una sensación de ahogo, pero no de ahogo no porque no entrara aire a los pulmones sino por una sensación este, como asfixiante después de eso y de los insomnios pues el decaimiento en general, esa continua tristeza o nostalgia y después pues aparte el dejar de comer el dejar de hacer las cosas que habitualmente hacía, el eh empezar a ver como afectaba también este a mi entorno familiar, este a y atentar contra la vida misma, son los principales síntomas.

---

Sandra: ... no podía dormir, casi no tenía hambre, me sentía triste, empecé a bajar de peso, me aislé de la familia y en la escuela.

---

Victoria: Bueno, creo que uno muy claro, fue que me sentía muy mareada, físicamente me sentía mareada, entonces, eso me generaba mucha angustia y la angustia me generaba más mareo, entonces, era un círculo vicioso. Este, síntomas físicos, pues era eh el mareo sobre todo eh me lastimaba yo, yo, dice mi papá que se llama, hay no me acuerdo ahorita, pero el caso es que yo me rasguñaba, me jalaba el cabello, este, me pegaba eh exageradamente pero así, o sea, todo el día, todo el día, era llorar y llorar y si me quedaba tiempo era llorar, creo que también hubo como una parte de rebeldía en donde si mi mamá me dice: come, no como, no comas, come, duérmete, no me duermo, no te duermas, me dormía, este... miedo, mucho miedo, mucha angustia, este... ganas de morirme, muchas ganas de morirme, desesperación, era así como, como yo no le veía fin. Hubo un momento que mi papa me dijo ¿no? hay, hay depresiones cíclicas, entonces, por ejemplo:

---

---

yo sé y, y, y ahorita a disminuido mucho por ejemplo, cuando se acerca el mes de julio que fue el aniversario de mi abuelita tiendo a, a tener una baja, entonces, ya se, que estoy deprimida y me siento muy mal pero no sabía yo como, como salir ¿no? es, es una sensación de vacío, de, nadie me entiende, eh... cuando por ejemplo y todavía me llega a pasar en ocasiones, cuando no tomo por ejemplo el medicamento, me siento como si fuera una, no sé, una cubeta llena de líquido y si no me tomo el medicamento es como si a la altura de los talones, me abrieran una llave y ese líquido, se, se, se vaciara es como un desvanecimiento, este... irritabilidad, mucha irritabilidad, solo quiero dormir, dormir y dormir y no despertar.

---

Erick: Sí claro que sí. Mira, el primero es una tristeza muy grande que no sabes ni por qué. El segundo es que te sientes solo, el tercero es que pierdes toda iniciativa y todo entusiasmo eh no tienes ganas. El otro es falta de, de concentración y se te olvidan las cosas. O sea, no tienes, estás perdido en un limbo, no sabes para donde jalar y todo el tiempo estas pensando en lo mismo, te llega una idea o un pensamiento, le llamo pensamiento recurrente y es un, un círculo vicioso o sea, todo el tiempo estas con la mismas ideas, durante las 24 horas del día, despiertas y te llega esa imagen, estás trabajando y te llega ese pensamiento, estas comiendo y te llega, estas bien en el cine y te llega, en la noche al acostarte te acuestas pensando en lo mismo.

---

José: Me daban mareos, se me nublaba la vista, sentía yo eh ganas, inclusive me daban hasta diarrea, aja o bien, al contrario, me estreñía, bien o iba al baño o sentía mucha sensación de orinar, iba al baño y no podía orinar... o viceversa, orinaba mucho ¿no? pues ya empezaba mi estado alterarse mi estado emocional ¿no?. Y también sabe que, otra cosa, no, eh me volví muy lujurioso porque de, al extremo de que como yo, de esas etapas ¿no? que viví mi mama, este, después me volví lujurioso porque yo llegaba alguien a visitar a mi mama una señora ¿no? y yo eh andaba jugaba canicas entonces yo a propósito las tiraba así, más o menos calculado que cayeran en cierto, ejemplo, ahí debajo de la mesa, ¿sí? Y ya, pues yo estaba ahí jugando con mis canicas pero lo que hacía era estar por debajo viendo las piernas y los calzones a la señora ¿no? o sea, ya empezó a despertar en mi esa, lo más cabrón fue cuando una vez mi hermano me llevo mi hermano mayor al rio y estábamos bañándonos, este, así, desnudos ¿no? y una vez empezó ahí a, este, a tomar, no sé, agarrarse el pene ¿no? estarse ahí pues masturbándose y ya me dijo que pues yo igual lo hiciera que para que yo sintiera yo, ya pues igual, ahora sí, la curiosidad ¿no? y pues sí, ya después me metía al baño iba al monte y pues yo ya me chaqueteaba ¿no?

**Categoría:** Detonantes de la depresión

---

#### Unidad de registro

---

María: ¿En mí? Híjole, hum fíjate, que, qué , que buena pregunta, porque después de los veinte años , yo, este estuve depre deprimida casi tres años y medio , casi cuatro , este, era un zombi yo andando , tenía un trabajo, ganaba bien, pero yo me sentía muerta , absolutamente muerta, tenía un novio totalmente una relación autodestructiva , totalmente, él era alcohólico y yo sentía que era eso lo que merecía , no tenía opciones , pensé muchas veces en el suicidio ehmm humm no, no podía salir de ahí y ehmm llevo algo a mi vida que, que lo cambio, totalmente, me aleje de toda esa vida ,cuando me di cuenta de que , que podía tener una opción y que era a tomar decisiones fuertes y

---

---

empecé, hum, es un movimiento ehhe yo hice una experiencia espiritual basada en el cuarto y quinto paso de alcohólicos anónimos, yo no era alcohólica, si había tomado, si mi emborrachaba y estaba muy mal, pero eh no tomaba frecuentemente, habían sido esporádicamente tres veces en, en ese entonces, también llegue a drogarme ehhe también me daban miedo las drogas químicas, lo único que utilice algunas veces fue la marihuana y me gustaba, yo sentía que estaba bien, entonces, bueno, a pesar de eso estuve ahí, eh no me metieron ahí por estar este adicta porque nadie sabía pero caí ahí y pues ordeno mucho en mi vida, cuando me metí ahí, me metí de lleno ehhe porque revivió mi vida y te cuando te digo de lleno es que, fue de lleno jiji este, me sentí, de nuevo viva, mis expectativas eran otras y créeme que nunca creí que volvería yo a deprimirme, dije, no, ya lo tengo controlado eso, ya no volverá a pasar, cuál fue mi sorpresa, muere mi papa y pum, otra, eso fue hace cinco años, quise sentir, que no había movido a tal, a tal grado, lo quise tapar y que me vino? Me vino una enfermedad fuerte, donde estuve al punto de morir, que eso me ayudo a reaccionar nuevamente, pero ya iba para abajo, entonces tu pregunta, ehhe como la respondo, yo siento que, no tienes que bajar la guardia, o sea, tienes ya la depresión en el momento que bajas la guardia te viene un evento que ni tú te esperas, que te puede deprimir nuevamente, entonces que puede deprimirte? Cualquier cosa de la vida.

---

Juan: Si, este en mi caso eh considero que, lo que más me ha dado miedo y lo que más haya hecho que yo caiga continuamente en ese estado es, el miedo a estar solo, el miedo a morir y he notado que cuando las personas a mi alrededor fallecen o personas que yo conozco o, o de repente alguien enfermo este que pienso que va a fallecer es un detonante para que yo entonces recaiga también me he dado cuenta que eh el ver como las personas se van o se alejan también hacen que, que vuelva a sumergirme ese sentimiento de tristeza de abandono de soledad que me lleva derecho a, a volver a sentir lo que es, este la depresión.

---

Sandra: que alguno de mis hijos muriera o que yo tuviera una invalidez por alguna enfermedad o algún accidente.

---

Victoria: Eh, yo creo que la versión que me genera mi papa es una de ellas, es un detonante por ejemplo, apenas me dijo ¿no? que soy una mantenida cuando yo considero que no lo soy, pero que él me lo diga, que no, no, no valore lo que yo he hecho, eso es un detonante muy fuerte, este... supongo que, el de repente, el, el verme separada de mi mamá o separada de mi papá, que no puedo estar con ninguno de los dos me cuesta mucho trabajo, el no ver a mi sobrina, este... que no sea aceptada en algún, algún, algún lugar ¿no? por ejemplo, el que no soy aceptada en la MIPAE, me, me genera, me genera conflicto, eh, ahorita que estoy por acabar la maestría, es por ejemplo y que voy hacer ¿no? ya, ya, ya se me acaba no tener como un plan a seguir, una estructura a seguir, se me acaba ahorita la maestría y es donde voy a trabajar y que voy hacer, se qué tengo, pues deudas pendientes, tengo dos tarjetas de crédito, por ejemplo, entonces es, con que las voy a liquidar, como las voy a liquidar. Ahorita pues estoy saliendo con una persona que al parecer me está engañando, entonces, bueno no al parecer, es casi un hecho, entonces... pues eso me, me, me molesta o me lastima, creo que, por ejemplo yo fui al distrito apenas y un supuesto amigo quería verme y yo dije, como lo voy a ver a él, que quiere andar conmigo si yo estoy saliendo con alguien o sea mis valores y mis principios son otros, entonces, pues ahorita si, si me duele aunque,

---

---

pues no recibo ni un mensaje de él, que no me hable, que, que creo que no me lo merezco, entonces, pues creo que esos son algunos de los factores.

---

Erick: Bueno, la primera es que te dejes ¿no? porque realmente cuando ya tienes, eres un poco listo y ya te medicaste y admitiste el problema, eh si una situación te hace daño, pues tratarla de evitarla ¿sí? La otra, demasiado estrés ya sea por parte del trabajo o de manera familiar o de manera de amigos, o sea, problemas de amigos o problemas de, sociales ¿no? o sea, él que tú te sobrecargues de, de obligaciones que no son tuyas ¿sí? Esos son, que no te carguen la mano en ningún aspecto ni en lo laboral ni lo familiar ni, o sea, si hay problemas y todos debemos de afrontarlos, pero cuando una sola persona está afrontando todos los problemas, caes en depresión ¿sí?

---

José: No, pues de hecho soy depresivo, porque yo basta con que alguna cosa a veces lloro de emoción pero igual a veces lloro pues de tristeza ¿no? de impotencia o sea ¿no? estoy enfermo de mis emociones porque no las controlo a veces estoy muy efusivo y a veces llego y así, tranquilo, pero es por lo mismo que me siento pues es la depresión ¿no? así es. Yo soy así, yo ahorita estoy controlado, yo estoy en tratamiento psiquiátrico hasta la fecha, porque he estado volviendo a caer en depresión otra vez, pero ya en el extremo de ya no querer hacer nada, otra vez, entonces tuve que ir con el psiquiatra y estoy en tratamiento y llevo casi dos años y me ha, me ha ayudado, pero si, efectivamente yo hacía eso, que de momento fácil me, me exaltaba y ya después me, me arrepentía ¿no? ya estaba, sobre todo a mi esposa yo, pues he vivido con ella, casi veinticinco años, veinte tres años de matrimonio y pos casi desde que me case con ella yo empecé este con mí, ese estado emocional de agresividad ¿no? depresión, pero sabe que, me di cuenta que yo era, este, hay un nombre que le llaman en psicología, no lo recuerdo ahorita, las personas que odia a las mujeres, este, yo odiaba a las mujeres, cuando yo me case con mi esposa, entonces lo que yo quería, yo en realidad no me case por amor, yo me case por calentura y me case por soledad y más que nada por desquitarme por lo que mi mamá no había podido desquitarme y yo inmediatamente, no pues si por esta mujer no es nada mío y mi mama lo hacía pues quien más y empecé con los malditos celos pero encabronados o sea enfermizos ¿sí? Y yo no la podía ver platicando con nadie y menos un hombre, porque yo ya, luego, luego le hacia el pleito, la bronca, los celos tan terribles y eso me causaba este, después venía un rebote ¿sí? Y me volví muy egoísta, muy posesivo, machista hasta la madre, porque a mí a sí, me educaron ¿sí? No que ella me tenía que servir y hacer todo lo que yo le ordenara, quisiera o no, tuviera ganas o no, porque por eso ella se había casado conmigo ah y otra cosa que me agarraba de la religión, la religión a mi favor que acuérdate que prometiste delante de Dios que amarme en las buenas y en las malas y serme fiel y si no, Dios te va a castigar y así la chantaje mucho tiempo, hasta pues que paso el tiempo y pues como todo ¿no? ya hubo un momento que pues que ya muchas cosas ya no funcionaron ¿no? porque fue abriendo los ojos fue consultando pues psicólogos eh inclusive fue hablando con sacerdotes ¿no? y diciendo no, como que tu marido está enfermo ¿Cómo crees? O sea, no, eso no, tanto esta todo tu, tu tranquilidad, tu paz y si tú no quieres a la fuerza no, nada debe ser. Ah, tuve problema cuando no tenía dinero, también, me angustiaba mucho y me deprimía, pues ya, luego me encabronaba, me enojaba y agresivo y luego pues ya, este, pues, caía en depresión me encerraba en mi cuarto y me ponía a llorar, empezaba dar de gritos, claro, a reclamarle a Dios ¿no? ¿Por qué a mí? Inclusive, pues mejor sabes ¿qué? me quiero morir, este, inclusive yo llegue también al extremo de aquí

---

el puente seño ya me iba aventar ya, me iba a suicidar, porque yo ya no quería vivir, sí, no más que pues, pues Dios no lo permitió ¿no? paso una, perdió un ángel ¿no? de Dios y fue quien me detuvo y me, o sea pues me quito ¿no? me agarro, me acerco a mí y me empezó, como que yo, que ya no hay solución y que además es una cobardía, ¿por qué? al contrario, vente, que te voy a llevar al hospital para que veas los que están luchando por, por vivir, ahí y tú te quieres morir ¿Qué paso? Si pero es que, yo tratando de explicar mi, mi razón ¿no? pero el salió que me ayudo ¿no? me salvo. Bueno, de mi esposa los celos, este... el dinero.

**Categoría:** Tratamiento para la depresión

---

#### Unidad de registro

---

María: Pues bueno nuevamente, hum creo que en la vida todo está equilibrado, me costó trabajo entenderlo pero siempre lo sentí, te decía al principio, así como había eventos que me deprimían, eventos que yo no comprendía también había cosas buenas que por estar deprimida, no me daba cuenta que estaban, entonces, que me ha ayudado en aprovechar lo que también, lo bueno que la vida me mande, hum a mí, veinticuatro años conocí la experiencia espiritual y me agarre de ahí, baje la guardia porque tuve un evento fuerte, el fallecimiento de mi padre que me dejo una huella muy, muy fuerte de nuevo me estaba aventado a la depresión, pero al, al mandarme otro evento que pareciera feo porque es una enfermedad, este, grave, que estuve punto de morirme que tuvieron que operarme fue muy fuerte, me hizo reaccionar nuevamente, dije, hay cosas en la vida que hay que agarrar y un año después, este, bueno ya a Arturo ya lo conocía, incluso cuando murió mi padre ya éramos novios, este, pero un año después decidimos ser pareja y Dios nos bendijo con una bebe, hermosa, que es mi motivo, que es mi motor para, para salir adelante, entonces que me ha ayudado aprovechar esas bendiciones que me manda la vida y ya no nublarne la vista tanto en la, sino decir, bueno viene o hay eventos fuertes que marca fuerte mi vida y que me puede mandar hasta los suelos pero también hay momentos maravillosos, momentos, muy buenos que no me lo voy a perder tampoco, entonces creo que eso es, el tener, con los ojos bien abiertos a ambos, a ambos.

---

Juan: Este, bueno, tome tratamiento eh médico, este empecé a, a recurrir a grupos de, de autoayuda, empecé a, a enfocarme también en lo que era eh más eh fortalecer los lazos con la familia y con los amigos, este, a buscar algo que, que me llevara a, a motivarme o encontrarme un sentido a vivir, eso es lo que me ha ayudado a, a poder salir de ese estado pero al mismo tiempo lo que me ha metido de nuevo ese estado, cuando no lo he conseguido o cuando ha fracasado uno de esos eh vínculos eh familiares o, o personales que he buscado para salir de ahí cuando no lo logro pues es lo que me ha, me ha metido ahí.

---

Sandra: Tomé terapia con personal especializado y luego a base de ejercicio diario.

---

Victoria: Creo que primero se llama Ximena, eh mi sobrina es un, motivador muy fuerte para que yo, pues aunque de repente me caigo, de repente... me resbalo y siento que, que voy para abajo, el pensar en ella, es pensar que... yo no podría decirle ¿no? pues ve a ver a tu, a tus, a tu tía que está en el psiquiátrico, o sea, o... o ¿sabes qué? Tu tía se suicidó ¿no? Yo, mi abuelo, mi abuelo materno se suicidó cuando mi mamá tenía doce

---

---

años me parece, una abue, una tía materna también se suicidó, entonces, a mí no me causa mucha gratitud el decir no o el pensar, no conocía a mi abuelo porque se suicidó, no conocía a mi tía porque se suicidó, entonces yo no quisiera que la niña viviera eso. Mi sobrina está viviendo, tiene cuatro años y es una niña que no fue deseada y este, ha sufrido mucho maltrato físico y emocional, entonces mi aspiración es... que algún día yo la pueda mantener, yo la pueda sacar ahorita por ejemplo, ahorita ella está en una escuela de gobierno, eh pues en condiciones muy, pues no insalubres ¿no? pero muy escasas y este... y si Dios quiere y yo puedo, pues mi intención es meterla a una primaria particular una secundaria y aunque mi hermano no costee su educación pero yo si se la saque adelante y pues ver por la niña, entonces, de hecho, no es algo que yo desee irme al distrito federal nuevamente pero por ella si lo haría y este... y la otra, pues es que ya viví las experiencias de estar internada y fueron muy fuertes y fueron muy duras mm muy desagradables. En el último internamiento aparte de creer que yo era esquizofrénica por un rato, este me tome con un, con un tipo, pues que obvio también estaba enfermo y en esta parte de aquí, que lo rasurara, que, que por favor le cortara el cabello de aquí y entonces yo se lo estoy rasurando, eso era algo que yo hacía con mi papá y de repente le digo a ver tóquese, fulanito de tal, no me acuerdo ni como se llama, tóquese, a ver si no le falta que, que le rasure más y se baja los pantalones y los calzones ¿no? entonces... pues fue otra como, yo me metí llorando a mi cuarto y entonces, todo ese conjunto de elementos de, el internamiento no fue grato, mi sobrina, este... creo que además ya tengo pues otra preparación académica, eh creo que serían los elementos por los cuales yo diría con eso salgo adelante.

---

Erick: Bueno, el primero fue la, mía, admitir que yo estaba mal ¿sí? O sea, saber que yo, yo no era así, tenía yo una tendencia hereditaria ¿sí? Pero al, al estar en un entorno o un... un medio ambiente que no me favorecía, este, me acabo de agravar la situación ¿sí? Uno de ellos fue, el... hecho de que durante... el... cuadro depresivo que presente estaba yo construyendo mi casa, tenía yo, tuve un enfermo terminal por tabaquismo, luego tuve un enfermo terminal, otro familiar este... ter, por muerte terminal por un accidente y al mismo tiempo el, esta relación que me, me hacía daño. Entonces al acumular todo, pues explote. La medida que ahora tomo, es que bueno, eh cuando veo que trato de prever, algo que me hace daño es que ya, repartir la responsabilidad con la familia y ya, con los amigos y contigo mismo, decir no, saber decir que no o no querer ser el superman de todos y sacar los problemas, decir no quiero o no puedo, es muy sano ¿sí? Se vale y en mi caso era que... que pues mis papas ya eran grandes... eh, mis hermanos todos no estaban aquí y a mí me toco recibir todos los, los, los problemas... entonces, un día normal para mí era tener problemas desde temprano ajenos, que no eran problemas míos, entonces, unas de las medidas que yo pongo es que... mmm te, te auto valores y cuando veas que una situación te supera, pues saberla canalizar con otra gente y pedir ayuda o seas tú nunca te avientes solo con todo el paquete.

---

José: Pues he hecho ejercicio, he ido a correr, este... y obviamente pues medicamentos ¿no? también medicamentos, antidepresivos, este, eh calmantes, relajantes, eh también he ido a. a masajes terapéuticos y pues todo eso me ha, me ha servido, me ha ayudado, para más o menos a liberar mis emociones y aparte pues también con psicólogos ¿no? con psicoterapéuticas inclusive con, con mi esposa porque últimamente ya, ya mi esposa ya la canse ¿no? Llego un momento que pues ella esta tibia, no quiero estar

---

contigo y yo quiero el divorcio y yo quiero y yo quiero y pues algo muy fuerte ¿no? ya fuimos con un este un sacerdote nos recomendó con un psicoterapeuta y fuimos y este estuvimos en terapia los dos pero ella hasta la fecha pues este yo duermo con ella pero intimidad no tenemos lo hacemos como un acuerdo por estar en paz y sobre todo tanto por parte, de parte mía como de ella y sobre todo por mis hijos ¿no? pero es un acuerdo que tenemos, este, me dijo que en diciembre pues ya iba, iba a decirse lo que hacíamos ¿no? inclusive pues ella quería la situación pero fui yo quien le insistí que, pues que yo no se la daba ¿no? yo no le, no me sentía capacitado para darle el divorcio, pero esa, esa capacidad, eso de no sentirme capacitado es por mí mismo estado depresivo sinceramente. No puedo estar consciente por mi estado depresivo por el miedo a, a quedar a enfrentar esa situación a quedarme solo a todas esas cosas que conlleva una separación ¿no? Ya había platicado que había estado con amigos que se han divorciado y con la mayoría han coincidido que pues me han dicho que pues que no, que la verdad no, no es recomendable ¿no? y entonces pues eso ya me, me ha pegado también bastante y a veces como que te entra el gusanito de decirle ¿no? pero me aguanto, mejor me quedo callado, me salgo pues ya, como me tomo medicamento para dormir pues ya, tomando medicamento me duermo, inclusive a veces ni me da tiempo de llegar a la cama, me quedo dormido en el baño, hay veces, también pues según como este yo de, de cansado y eso ¿no? entonces, pues ha sido el cuadro no, bueno, dice usted medidas ¿no? para superar esos cuadros ¿no? pues es ejercicios, terapias psicológicas, psicoterapéuticas, este, también, a retiros, retiros este espirituales de la iglesia católica también, también hemos estado, así es.

**Categoría:** Conocimiento de la depresión

---

Unidad de registro

---

María: Yo creo que no. Había escuchado, no que está deprimido, en las novelas se veía mucho ¿no? Este, se escuchaba, pero ya ¿como vivirlo? Yo creo que no, no me imaginaba que fuera tanto, ni siquiera me había yo dado cuenta, ehhh que estaba yo viviéndola hasta que me di cuenta que estaba ahí y no lo sabía hasta que lo viví, mi verdad aún está muerto, es estar como ese ejemplo que ponen, que si metes a una rana a hervir, no se da cuenta que esta hirviendo y se consume es muy difícil, muy difícil ya, darse cuenta de ello.

---

Juan: Este no, no solamente creía que era yo muy triste o que a cada rato me sentía yo como muy nostálgico o como que no le encontraba sentido yo a mi vida pero yo no sabía que todo eso eran síntomas de, de depresión.

---

Sandra: No casi no sabía nada, solo lo que las personas generalmente dicen cómo; tienes depresión porque eres débil, porque te ven triste o porque lloras por todo (sonríe).

---

Victoria: No, yo la, la, la viví y a pesar de que la vivía yo no sabía que vivía yo en depresión, hasta que, empecé a, por ejemplo cuando estuve internada, salgo del internamiento y me dice la doctora, es que tú eres depresiva y que es eso ¿no? y ¿qué es la depresión? O sea, todo mundo me dice que tienes depresión pero y ¿qué es? Entones pues fue a empezar a buscar documentos, a meterme mucho en línea a, a ver que era y así como yo conocí, que era el dicho padecimiento.

---



---

Erick: yo me sentía mal desde los trece o catorce años, una vez metí un gol en la secundaria y yo andaba muy contento y a la media hora me empecé a sentir triste y no supe por qué eh a veces me sentía, en, en armonía y contento y de repente veía un paisaje o un, o un lugar bonito y me ponía nostálgico, entonces, si conocía yo la depresión, pero yo no sabía que era la depresión, tenía trece años en, en, en la preparatoria me di cuenta que socializaba yo bien pero cuando yo estaba solo me ponía mal y comía muchos chocolates y dormía, me dio hipersomnia, o sea un modo de fugarte la depresión es la hipersomnia, entonces, yo no me daba cuenta en aquellos años, eran dieciocho, diecinueve años mi familia no lo detectaba, decían que yo era flojo pero no, yo me fugaba durmiendo porque me sentía triste, dormía hasta tres veces en un día, este y no me daba cuenta que era depresión ya cuando crecí, me, me empecé a dar cuenta que yo no estaba bien, pero no lo admitía, entonces, si les puedo decir que la depresión se detecta desde muy temprano, nada más que uno es niño o un adolescente y los adultos no te toman en cuenta, les dices que te sientes mal y te dicen, pues échale ganas o te dan un abrazo y la depresión no se cura con un échale ganas ni con , ni con un abrazo ni con afecto, se tiene uno que medicar e ir con un profesional.

---

José: Pues que estaba yo mal de los nervios, que, enfermo de los nervios, que eso con teces y así se curaba los abuelitos antes y que pues no y a calmar pues me decía mucha gente que no la padece pues que no era cierto, que en realidad yo me hacía pendejo porque yo no quería por huevón, que yo no quería trabajar pero que eso no era cierto de que sentía que yo no sentía ganas o así, este, pues sin ganas de levantarte, entonces, pues no, no sabía realmente.

**Categoría:** Características personales favorecedoras de la depresión

---

#### Unidad de registro

---

María: Bueno, siento yo, que características mías, que me hayan hecho una tendencia a la depresión, es quizá mi adicción a, a esas, esas emociones sin darme cuenta me volví como adicta a, a estar en, en eso, en esas emociones inundadas por ejemplo, ehh soy una persona que le gusta reírse mucho, soy una persona que le gusta divertirse , pero también soy una persona que se tiende al drama fuerte, ehh si me dicen, estas enferma, ahh Dios mío estoy enferma, voy a morir, voy a durar 60 años , casi, casi en lugar de 68 , o sea ,me tiendo mucho al drama y me es a veces difícil , este, darme cuenta que puede uno sobrellevar varias situaciones, hum, creo que eso es algo muy particular mío, no sé si es como una aprensión que tengo, por ejemplo, miedos, tengo muchos, sobre todo a, a la muerte, lo viví, nunca se me había muerto alguien tan cercano, cuando muere mi papá, para mí fue algo incomprensible y llega mi hija y me devuelve la vida y tengo miedo y digo, que tal si Dios me quita mi hija algún día, no lo podía sobrellevar, entonces me tiendo a ese drama, porque voy a estar pensando en eso, si mi hija esta más que saludable, toda una vida por delante, por qué tener a eso, porque tengo esas adicciones, siempre, creo que eso.

---

Juan: Eh, yo considero que una de las más eh importantes fue que soy muy aprehensivo, que soy este mucho de guiarme de lo que la gente dice, opina acerca de mí, este, que a cuando este rodeado de muchas personas soy alguien muy solitario, entonces, eh principalmente esas tres cosas me ha acondicionado a, a acentuar o que

---

---

padezca este trastorno.

---

Sandra: Que me diagnosticaron depresión endógena.

---

Victoria: Bueno creo que soy una persona muy sensible, eh, demasiado empática, eh, creo que soy una persona no que sufre por los demás pero que entiende la situación de los demás, creo que soy muy altruista, entonces es, prefiero tener yo sed y no me tomo mi agua pero te la doy porque tú también tienes sed, entonces era o como por ejemplo, yo le tapaba los oídos a mis hermanos para que no escucharan el pleito de mis papas, aunque yo si los escuchaba, pudiéndome yo tapar los oídos y que cada quien se rasque con sus uñas ¿no?. Entonces, el hecho de, de ver por el otro si ha hecho que, que yo tenga como mayor influencia hacer depresivo, este... creo que la falta de cariño por parte de mis padres eso también a, ha influido, siempre he tratado como de buscar un padre sustituto o una madre sustituta y... y él, el no creerme capaz de hacer las cosas. A lo mejor ahorita por ejemplo digo estoy en la maestría y, pues es otro, otro logrito pero ¿no? pero no es como un logro si no, simplemente, bueno ya hice la maestría no, no pasa nada, no es una, no, es que, por ejemplo me dicen amigos ¿no? bueno, tuviste depresión, dejaste la escuela como cuatro veces, este, hiciste la prepa abierta y me dicen ¿no?, has hecho muchos logros y estas en la maestría y a pesar de como es el ambiente de la maestría y ahí vas y es así como de, pues sí, no lo hago tan mal ¿no? pero es tan mal, no es, lo hago bien. Y aunque por ejemplo me lo hacen notar yo no lo noto, me cuestó mucho trabajo, lo puedo expresar ahorita ¿sí? Pero no es algo que yo sienta.

---

Erick: Bueno yo creo que una de ellas es ser demasiado bueno o el, o el, o el no saber decir que no ¿sí? A veces la gente confunde el que tú seas solidario o que los apoyes y a veces la gente te carga la mano o las situaciones te superan ¿sí? Yo considero que, eh, debe de ver una educación en, dentro de lo que es la... la familia o los niveles primarios de, bueno lo que es kínder, primaria, secundaria y universidad, una materia de salud mental porque, muchas veces la gente no detecta que, eh esta uno enfermo, por ejemplo en mi caso, yo, yo me sentía mal desde los trece años, claro, que como me gustaba el deporte: el futbol, el ciclismo, los patines, me distraía yo y la pase bien, segregaba yo endorfinas y este, me sentía yo bien y a gusto, pero el deporte me ayudó mucho, eso sin duda, pero, este... ya fue de adulto, cuando me empecé a sentir mal ¿sí? pero yo no admitía, pues cuando ya no pude con la depresión, él, una de las características es que todo el mundo quiere que tú los ayudes y eso también es malo ¿no? o sea, que te cargue la mano la familia o en el trabajo o que quieras que tú seas un todólogo ¿no? este, creo que esas es una de las principales causas que te pueden ah causar depresión.

---

José: No sé, yo siempre desde niño me, todo el mundo me decía chaparro y chaparro y chaparro, como que eso me empezó a calar y me empezó a sentir inferior, créame que yo tuve la mayoría de las novias que tuve, este, fueron altas, pero créame curiosamente yo nunca me pude decir, pues como yo, pues no, o sea, me sentía inferior, créame, entonces, yo sé que me aceptaban ¿no? que les caía bien, pero yo por mi inseguridad no fui capaz ¿no? de decirle, pues me gustas quiero que seas mi novia ¿no? por mí, mi inseguridad, por mi miedo, pero porque yo, por mi físico. Eh, mi mal, este pues mi mal, mi mal carácter, mis este, mal humor, mal humores mi mal humor. Me controlo por la medicina, pero aun así era agresivo, pero sobre todo, algo que muy, yo agredía pero no tanto físicamente sino verbalmente y siempre buscaba la parte donde pegar más. Yo ya, ya sabía dónde, con que le iba a decir a la persona para que le doliera, yo sabía su punto

---

débil y por donde podía atacarla para pegarle donde le doliera, no, no a golpes pero si, verbalmente ¿no? Así es.

**Categoría:** Características personales de autoayuda

---

Unidad de registro

---

María: Pues que soy muy aguerrida, la verdad eh, siento yo, que si a algo me dedico, le pongo todo el corazón, entonces, esas cosas que me manda, buena la vida, Dios, las aprovecho y las hago más y le meto todo el corazón, entonces, creo que siempre me he caracterizado por ser muy, muy aguerrida, muy de que se puede, se puede, hum, aunque me deje vencer, si algo me reacciona y me despierta, de ahí salgo, de ahí me agarro.

---

Juan: Este, una es eh que final, que, que me expreso de lo que siento, con las personas que les tengo mucha confianza, como mejores amigos este, expreso lo que siento, eh, cuando estoy solo y me da por llorar, lloro, lloro bastante ósea no, no me contengo nada de eso y aparte la otra es eh por la profesión que estudie y posteriormente por a lo que me dedique, busque, como poder entender que es lo que estaba pasando con mi cabeza, que es lo que estaba pasando en mi cerebro, me di cuenta que la depresión pues es una, es un trastorno como cualquier otro que necesita de atención, entonces entender un poquillo más de, de ello, así como rodearme de, de gente con la que puedo hablar o con la que este, me comparte también su experiencia me ha ayudado, uno, a saber que no estoy solo porque también he notado que en estos procesos en los cuales ha sido como fuerte o he tenido recaídas ha sido porque me he sentido solo, abandonado entonces, eh el estar cerca de personas que en, me ayuda a sentirme no solo ni abandonado me ha ayudado a poder sino a salir a sobrellevar este, este trastorno. Eh, yo creo que también otro es, eh acercarme a personas que han padecido también de esto, esto mismo y escuchar también sus experiencias eh intentar apoyarles también me ha, me ha ayudado a poder salir de esto, eh en lo que yo estudio pues estoy buscando tratamientos alternativos para ansiedad y depresión, este, con plantas medicinales entonces, este, todas estas ganas de que, querer encontrar o darle como que al clavo, me ha ayudado pues para, para seguir adelante.

---

Sandra: En mí, yo creo que mi fuerza de voluntad, mi fortaleza física y mi apoyo familiar (hijos), todo esto pienso que han sido y siguen siendo fundamentales.

---

Victoria: Yo creo que mucho ha sido el reto mío, es por ejemplo, mi mamá me dice, es que tu nunca vas a poder manejar, entonces era así porque ella me dice que yo no puedo manejar, entonces no, ahora yo manejo y ahora manejo en autopista y ya tengo mi carro, entonces es el reto a que me pone ¿no? tú no puedes, tu nunca vas a terminar la secundaria y ahorita de los, somos tres hermanos, de los tres la que tiene el grado o va a tener el grado soy yo. Es que... tú no vas a poder, no sé, tener una pareja ¿no? entonces, siempre es así, como, como el reto. Eh por ejemplo en la secundaria, yo no quería estudiar la secundaria y entonces, yo le, fui a primero, a primero de secundaria, entro a primer bimestre me quedo con el primer lugar del grupo y le digo ¿ya viste que si puedo con la escuela? a bueno, entonces ya no voy a la escuela, pero, pero era, te demuestro que si puedo y te demuestro que si puedo y todo el tiempo ha sido demostrarle a los demás que si puedo, este, creo que le tengo miedo al fracaso y soy

---

---

muy perfeccionista, demasiado perfeccionista, que a eso también me ha generado conflicto, tanta, tanta perfección y tan controladora de las situaciones entonces a veces no puedo controlar las situaciones afuera pero puedo controlar mis situaciones.

---

Erick: Bueno, la primera es que, eehh pues yo sabía que yo no soy así, cuando yo me siento bien, pues trabajo perfectamente, funciono bien, eh, soy una persona que, pues me gusta bailar, me gusta la música, me gusta la buena comida, me gusta buscar amigos y socializar y mi estado depresivo me di cuenta que ni quería yo comer, lo que me gustaba, ni quería yo trabajar, ni quería hacer deporte, ni, ni quería yo este... hacer nada, vaya, no quería ni ir a cobrar mi dinero de lo que yo ganaba, entonces, considero que... eh... esas características que te permiten salir, más que nada es que admitas, primero que admitas que estas mal, que no estás pensando claro y que y que tú, tú cerebro no funciona, adecuadamente ni tus ideas, porque, lo puedo comparar de manera así explícita, yo no podía mantener la mente ... fija en, en, en, en algún tema o en algún libro o en alguna película o sea, no mantenía la mente concentrada, creo que esa es una de las principales causas de, que identifico.

---

José: Pues que, primeramente la fe en Dios, que soy hijo de Dios que Dios me ama, que Dios murió por mí, que... pues él, pues que él me ama pues que soy el milagro más grande de la naturaleza, que no soy igual a nadie, que soy importante, que yo puedo, que pues si hice y termine una carrera es porque soy inteligente y si no fuera inteligente no la hubiera terminado, eso me ha ayudado y me ha motivado y a crearme y a sentirme con, bueno con la fe en Dios, me ha ido incrementando mi fe en no, en mi ¿no? y me ha ido dando esa seguridad, para sentirme mejor ¿no? y también algo importante que me ha ayudado es la generosidad de ayudar mucho, de ayudar a la gente, eso me hace sentir bien ¿sí? hasta cierto tiempo me di cuenta que lo hacía, pero lo hacía por quedar bien con la gente pero ahorita ya lo estoy trabajando diferente y le estoy pidiendo mucho a Dios que sea como debe, que mi corazón verdaderamente haya esa sinceridad de dar algo sin esperar nada a cambio si me lo agradece bueno, si no me lo agradece pues en partes que yo me sienta bien, pueda yo servir, hacer algo bien por los demás, es como dice usted ¿no? acerca de la tesis ¿no? pues precisamente yo también estoy trabajando y todo esto que me ha sucedido me ha ayudado no crea, para ser instrumento de Dios para ayudar a otras personas y pues si me ha servido porque el hecho de escucharme, no, pues tu esta peor, tu estuviste peor, no, pues yo no estoy tan mal entonces, pues no, claro que no, eh, el hecho de irme a los hospitales y estar ahí escuchándolos los que están ahí del dolor del sufrimiento ¿no? los familiares ¿no? Están en sillas de ruedas ¿no? a poco no, andan con muletas, eh, tiene, son diabéticos, hipertensos, tienen cáncer... y yo pues, gracias a Dios, hasta ahorita no tengo nada ¿no? Pues también mi, mi carrera mi profesión, mi trabajo, este pues, mi hogar mi familia mi esposa mis hijos así mi, mi casa entonces lo que he logrado pues eso me ha ayudado también cuando siento esos momentos de, de, de desánimo, de, de que no valgo nada, que no sirvo para nada ¿no? en esos momentos. Buscar eso, buscar esas cosas positivas, porque fíjese yo tuve una meta y esa meta si la llegue he ido y voy por metas, voy por metas en ese aspecto de mi vida, yo dije y mi papa no quería que yo estudiara él quería que yo me quedara en el campo ¿no? porque él decía que el estudio era para los ricos y los de la ciudad entonces, pues esa era su mentalidad y yo nunca pude hacerlo cambiar ¿no? pero mi mama fue la que me ayudo en ese aspecto para que yo estudiara lo que podía hacer lo que haya sido pero ella fue la que me apoyo por ese lado y yo gracias a Dios

---

pues yo voy a estudiar voy a terminar una carrera después que termine una carrera me voy a, quiero formar un hogar una familia después quiero poner un negocio, ser yo mi propio patrón ¿no? y servir y ayudar a la gente ¿no? especialmente a toda la que, me lo pida ¿no? y de manera especial la más necesitada ¿no? entonces porque yo pues sufrí, yo trabajaba, trabaje y estudie siempre y yo sufrí mucho, a veces comía a veces no comía, yo fui bolero, vendí periódicos, dormía en las terminales, ahí, porque dichoso pues cuando comía una vez porque no tenía y todo eso me ayudo y ahora pues veo esas personas ¿no? y pues siento feo ¿no? pues ahora sí, se paran en los semáforos y eso, bueno pues, darles una moneda ¿no? porque, pues igual no sé cuál es su situación finalmente, puedes juzgarlas, criticarlas pero finalmente solo estando en lugar de ellas he aprendido eso, es cuando uno entiende ¿no? y comprende y las comprende ¿no? yo igual digo, sabes que, sabes que no me vas a entender ya no quiero que estés luchando conmigo contra, con esa, contra esta enfermedad porque no la vas entender, comprender, porque gracias a Dios no la padeces y entonces no tiene caso que te estés desgastando por algo que no lo padeces gracias a Dios, pues no me , no lo vas a entender vas a decir que no es lo mismo que soy huevón que soy irresponsable, que soy flojo que etc. ¿no? y porque pues no la padeces, inclusive pues algunas veces me, me pidió precisamente le comente a la psiquiatra ¿no? y dice traiga a su esposa para que yo hable con ella y le explique ¿no? de que pues que esto es una enfermedad no es cualquier cosa, que es una enfermedad como muchas enfermedades ¿no? como así como dice usted, como el alcohólico, como el drogadicto como antes mención, eso así es una enfermedad, por eso la llaman psicósomática ¿no? pues tu, tu mente crea aquello pero lo somatiza, porque, porque tú lo sientes, aunque no sea ¿no? pero en realidad si lo sientes.

**Categoría:** Factores externos detonantes de la depresión

---

Unidad de registro

---

María: Pues yo creo que los eventos que se viven familiares sobre todo, en, en mi caso, este, mi núcleo familiar fue pues de mucha separación, ehh pues, no hubo una, una consolidación familiar, no la sentí así, hasta muchos años después, fue ya, ya de adulta, cuando ya sentí familia, pero al principio pues fue una familia muy desintegrada, que estaba queriendo luchar cada quien a lo suyo, siento que , que el núcleo familiar este, es un evento o más bien son como características o cosas o situaciones externas que vive alguien y que influye totalmente en uno.

---

Juan: Este, bueno, de lo que considero que influyo para padecer depresión eh fue como externo fue al ver crecido en un ambiente familiar dividido, este, el haber crecido ante situaciones adversas en muchos sentidos, tanto familiares como económicas, eh todo, todo esto, principalmente lo que yo siento que externamente eh condiciona a que, eh a eh apareciera esto fue sentirme solo, sentirme solo fue lo que hizo.

---

Sandra: Que mi madre era depresiva y tomaba medicamentos.

---

Victoria: Bueno, los externos pues creo que son muchos, es la, la muerte de mi abuelita, el divorcio de mis papás... como cinco abusos sexuales por diferentes personas, una violación... este, las cuestiones académicas creo que también, eh yo creo que para la situación que yo estaba viviendo por ejemplo, la escuela en la que yo

---

---

estaba no era la adecuada para mí, era una escuela demasiado exigente donde yo llevaba, pues era muy des, despersonalizada en cuanto yo llevaba un maestro por materia, entonces, lo único que te preocupaba era que los maestros eran su materia y sácale no me importa lo demás, entonces, no te, no te, no se preocupaban por ti como alumno, si no, era como, la materia y síguete ¿no? y síguete y síguete, este, mm el hecho de, de que siempre era, pues yo sola contra el mundo o sea, era, yo no recibía abrazos, yo no recibí besos, yo no recibí apapachos, era, no sé, este, tienes que cumplir con las, con la escuela y de la escuela, salía corriendo, me iba a la casa y tenía que ir a clases de natación, a clases de ballet, a clases de hawaiano, a clases de futbol, a clases de música, entonces, no, no fui una niña, este, las circunstancias también en donde, yo no fui una niña, yo crecí en, de ser una muñeca o de ser un bebe me convertí en un adulto, me, cuando me fui a vivir con mi papá, yo me iba a los hospitales con él, entonces yo vivía situaciones de adultos, entonces yo no conviví con niños de mi edad, entonces, creo que esos fueron otros factores.

---

Erick: Bueno, eh, en primera creo que fue eh las cargas familiares ¿sí? O sea, el problema de que eh, pues hay que pagar la luz, hay que pagar el agua, hay que pagar el teléfono, hay que pagar la gasolina, hay que pagar la despensa, lo económico, es una de ellas. La segunda él, él no socializar y volverte muy sedentario o muy, muy ermitaño y creo que eso es malo y él, el, el querer, el estar, el querer estar solo es bueno pero mucho tiempo mata el alma, el hombres y la mujer somos sociables por naturaleza y... definitivamente creo que... que es malo el no socializar y no darte una oportunidad y sentirte, sentirte pleno ¿no?

---

José: Externos pues es la, ahora sí que la, la habladuría de la gente ¿no? de decirme ¿no? que eh chaparro este, pues que yo no servía para nada, que pues yo no iba hacer, a hacer nunca nada en la vida, que pues como yo iba hacer una carrera que ni que lo pensara, que yo no había nacido para eso, ni pues no, porque yo ya, por lo mismo ¿no? que yo era de un racho, de un pueblo ¿no? entonces esos factores me , me fueron este afectando ¿no? me habló más y porque pues de ahí saca una rabia, un coraje, un resentimiento ¿verdad? inclusive pues hasta un odio ¿no? un rencor contra todas esa personas ¿no?.

**Categoría:** Factores externos de apoyo

---

#### Unidad de registro

---

María: Los ejemplos también, la misma familia y sus características. Yo creo que al aprender y ver ejemplos, eh, de gente que, que sale y que también debe de tener sus situaciones y sus problemas pero verlos ahí que sigue y que están al pie de lucha, pues motivan, motivan, siento que eso.

---

Juan: ¿Qué factores externos? Este, sí, eh el a, a ver ido a grupos de autoayuda, el, este, entender o estudiar un poco más acerca de la, de la depresión, el estar rodeado también de algunas personas que están pasando por situaciones parecidas o algunas otras que no están pasando por este tipo de situaciones pero que yo me sentía acompañado o escuchado o no abandonado, eso me ayudo a poder sobrellevar todo esto además de eh estar continuamente ocupado, saturarme de trabajo este meterme hacer cantidad de cosas ya sea deporte o aprender otra, otra cosa para tener ocupada

---

---

mi mente, eso también me ha ayudado a poder sobrellevarlo.

---

Sandra: Para mí han sido la disciplina, la alimentación y el ejercicio.

---

Victoria: Ximena, si Ximena es mi vida, Ximena es mi motor de vida ¿no? es, quiero que este orgullosa de mí y... y quiero darle todo a ella, que ahorita por ejemplo, si, de repente pienso ¿no? ¿Por qué no se muere mi papá, no? a lo mejor me va a doler mucho su muerte y me va a costar mucho trabajo, pero es, ya tengo una, por ejemplo cuando mi papá se va de viaje por un mes, dos meses, siento que yo tengo una estabilidad, eh, la paso tranquila, respondo a las actividades de la casa, o sea, pagar luz, pagar teléfono, pagar agua, pagar o sea, cumplo con eso, pero además que cumplo con eso requisitos, yo me siento estable, tranquila no peleo con nadie, no lloro, no grito, no me enoja y... y siento que si yo tuviera estabilidad, podría estar Ximena conmigo por ejemplo, entonces, realmente Ximena fue mi, mi parte aguas ¿no? Es un antes Ximena y un después Ximena, así literal.

---

Erick: Bueno, el primero fue admitir y la segunda fui a ver, a ver a un, a un psiquiatría. O sea, yo por voluntad propia, no salía, ni con el apoyo familiar. La depresión es más que un estado mental, es como tener una diarrea o tener una gripa y, y, y una infección estomacal y lo que necesitas es antibiótico, pues, en, en el caso de la depresión clínica, que yo sufrí y a veces vuelvo a recaer, es el estarme medicando y el estar con una mente creativa y ocupada en cosas que me gusta ¿sí? Eso es lo que considero Fernando

---

José: Para el estado depresivo, pues la, los doctores, los neurólogos, bueno, o sea los neurólogos, primero empecé con los doctores generales ¿no? después pues ya me fui con neurólogos, después pues con el psiquiatra y hasta la fecha ¿no? y sigo en tratamiento con psiquiatra y pues probablemente con psicólogos también con las terapias.

**Categoría:** Aprendizaje personal

---

#### Unidad de registro

---

María: Hum, mucho, mucho, mucho hum aprendí sobre todo de mí, ehh de la gente pues no, te llevas tus experiencias y tus aprendizajes, conoces a los amigos, conoces a los que no son tan amigos, conoces a los que verdaderamente te puede tender una mano y a los que solamente están como por ciertas éticas o títulos o etiquetas más bien quise decir etiquetas, no sé, hum te decepciona cierta gente, cierta gente te queda en el corazón, el agradecimiento por toda la vida ehh pero conmigo sobre todo, es, el poder tener el alcance y, y conocerme un poquito más, todavía ignoro muchas cosas, conocer cómo, cuando ya te sientes de un lado, de repente algo te mueve y ni siquiera sabías que eso te iba a mover, casi, casi y pum de nuevo estas ahí y que también te sientes y te empiezas a apreciar porque puedes salir y viene una más y puedes salir y aquí seguimos andando y escucho y, y, y he oído historias de gente que se suicida que decide ya terminar y todo, digo, yo no, yo sigo aquí viviendo, entonces, ¿pues creo que no hay mayor aprendizaje que decir de mí mismo, eh soy chingona, porque he podido.

---

Juan: Bueno eh, todas las veces que he tenido recaídas este fuertes, yo creo que me

---

---

he dado cuenta o he experimentado una sensación extraña en la cual me siento dividido, por una parte, una, una parte de mí está pasando por todo este proceso y sintiendo pues todo lo que es en cuanto a emocionalmente en cuanto al, al aspecto físico y también todo el deterioro que hay, por padecer una crisis, este de ansiedad y de depresión y por otra parte, otra parte de mí es consciente que es lo que está pasando puede ser pasajero que eso que está pasando no va hacer para siempre que eso que está pasando que le tengo que echar ganas, este, que si yo quiero salir adelante tiene que salir por mí, que puedo tomar lo mejor pues de todas las terapias que existen para esto, pero que no van a funcionar si, si yo no, le, le echo todas las ganas pero es, como esa dualidad una parte que está encerrada en esto y otra parte que esta por fuera como viéndolo, entonces cuando y esa parte que es consciente, a mí me dice que cuando esto termine pues habré aprendido, habré, habré conocido lo que se siente estar ahí adentro, que yo no lo puedo describir con palabras, pero es una sensación que no se, si está bien dicha que cuando se ha pasado por periodos difíciles, yo lo siento como una mordida en el alma o sea es algo que no se puede explicar con palabras, no es un dolor físico es como un hueco, como un vacío en el pecho que nada lo llena, de veras es o como una sensación como de ardor por dentro, acompañada pues de, de no sentir o experimentar deseo por nada, pero esa otra parte que es consciente de mí, que me dice que esto va a cambiar o que no va hacer para siempre eh cuando pasa este periodo, por lo primero que llega es un, es un así como una sensación como uf que, la libre, como de alivio o como de, este, pues ya paso, ya aprendí no?, pero al mismo tiempo esa otra parte que es consciente sabe que eso puede regresar y esa otra parte me hace que le tenga yo miedo también a eso. Y esa otra parte también me hace que cada vez que sienta como algo que, que me va a desencadenar nuevamente pasar por esos, por estas crisis depresivas fuertes eh me hace como que este como entrenando, como échale ganas, como este ya, ya te sientes mal, mira ponte hacer más cosas, este salte a correr, vete caminando, este, ve a tal lugar ve al otro, pero de repente también esa misma parte consciente por las noches jeje ya, cuando estoy solo, ya cuando no estoy con más personas ya cuando verdaderamente soy yo, es la que empieza como a pelear nuevamente, es un, es un estado de, de dualidad como, como raro, como ser una persona dividida en dos, una que está atrapada por esta, por este trastorno y otra como que está consciente de que es otra persona que está atrapada pero entonces para mí, las dos partes eh me han, me han un poco ayudado a entender este proceso pero al mismo tiempo también siento que esta dos partes son como esa, esa luz amarilla intermitente como de alerta de que puedo volver a regresar y de que no quiero pasar por lo mismo.

---

Sandra: Que no debes depender de nadie y menos confiar en los demás y que depende de uno salir de procesos depresivos sin ayuda de medicamentos y personal especializado en dicho problemas, ya que en vez de ayudarte a vivir de una manera consciente, lo único que hacen es llenarte de medicamentos que nada más te ayudan mientras los tomas, pero te afectan físicamente y mentalmente ya que no puedes llevar una vida normal como los demás.

---

Victoria: creo que no termino de aprender, esto es, por un largo, pero, bueno, en primer lugar creo que antes que nada identificar los síntomas que me están llevando a depresión entonces cuando ya empiezo a cumplir con ciertas características, no sé, empezar a sentirme angustiada por ejemplo, me da mucha comezón, este, empiezo a

---



---

temblar mucho, mis sueños empiezan alterar, entonces ya reconozco esos síntomas y es así, como, hey, aguas, por ahí va o sea, en cualquier momento llega y atiéndete ¿no? entonces es, no sé, a lo mejor ir a urgencias, al médico y decirles, saben que, estoy teniendo estos síntomas, a lo mejor hay que incrementar un poquito el medicamento para regular otra vez, este, pues niveles y claro ¿no? yo hacer otras cosas, salir, caminar, bañarme, limpiar mi cuarto, cualquier cosita que me mantenga ocupada. Eso, eso lo, el primer aprendizaje ¿no? identificar qué me pasa, para poder pues no, no caerme abajo. El segundo pues es el reto que he tenido ya, conmigo y con los demás, cuando, tratar de demostrar que soy alguien que todo lo que me han dicho, que no puede ser, pues si es, si es posible, este, mm ayudar a los demás, eso ha sido muy fuerte yo comentaba que estuve en un programa que es acoso escolar TDH y Depresión, entonces, me acuerdo muy bien que mandaron a otra persona a dar el tema de depresión y yo lo estaba escuchando y les decía a las personas, a las señoras a madres de familia les decía, es que sus hijos pueden tener distimia entonces, así como que, pues las señoras se quedaron con cara de... ¿eh? Este, y es que si ustedes ven, que su hijo tienen distimia y yo así como de... y de repente una señora se pone a llorar, pero llorar en serio ¿no? entonces, yo me di la vuelta, voy a ver a la señora, le digo ¿Qué pasa, quiere salir? Sí, entonces la señora sale y se pone a platicarme de veinte mil broncas que tiene, la pude escuchar, la pude calmar como a mí en un momento me calmaron, y entonces le digo al doctor Salas en ese entonces, le digo al doctor ¿me permite que vuelva a repetir el tema? entonces, me dice el doctor, ¿Por qué? No, porque vinieron muy poquitas mamás, pues para que se den más y, ha bueno, entonces hazlo tú, entonces, di el tema yo, obvio me tuve que preparar mm en cuanto a la literatura ¿no? porque pues hay cosas que no, no sé, pero creo que más que prepararme en la literatura, fue, yo sé lo que es estar deprimida, yo sé que es tocar fondo. Entonces, lo pude transmitir y pude ayudar, entonces es así como, ahora sí, ya estamos hablando del mismo lenguaje, no es lo mismo que yo le diga, pues es que si ustedes ven que Fernando no se quiere bañar porque de verdad no te dan ganas de bañarte, porque de verdad no te dan ganas de comer, aguas o sea que vamos hacer y entonces miren y si ustedes, a ver ustedes no más, quien no ha sentido esto, entonces empiezan a salir las cosas, pero no es, yo me pongo acá arriba porque soy la experta en el tema y nada mas ¿no? sí no es, es bajarte al nivel de ellos y decir entiendo lo que tu sentiste y, y se puede salir, entonces sí se puede salir por qué no echarle ahí un poquito más de ganas ¿no? Entonces, pues creo que eso es no, un elemento que, que me ha ayudado mucho ¿no? el, en su momento salir, en su momento y sé que voy a volver a recaer ¿no? no es algo de que ya esté firmado de, no, ya lo viviste y ya no volverá a pasar, como si estuviera varicela y ya no te va a dar varicela, no, la depresión puede volverte a dar, pero, ya los episodios también por ejemplo son muchísimos más cortos, este y es así como de, no puedes y no puedes caerte y tu solita ¿no? y, ya no es tanto por mi papá, creo que mi motivo siempre va a ser Ximena ahorita y espero que, pues sea otro, pero Ximena es mi número uno.

---

Erick: Bueno, aprendí que la vida ya es bonita aun con depresión pero se ve más bonita después que te medicas y, y te sientes al 100% este, en tu mente. Es como querer arrancar un coche con alcohol en lugar con gasolina ¿sí? O sea, el ser humano cuando está deprimido no tiene una, puedes vivir, comer y dormir y disfrutar, pero aun 50%, en cambio cuando ya te medicas vives una vida plena y por muchos problemas que tengas

---

---

encima le das solución ¿sí? O sea, no te haces aprensivo, lo que, los problemas que tienes, los aprendes a dejar atrás como amigos y no los andas cargando, este, es una característica de, de estar bien, que si es un problema que tiene solución, pues lo arreglas y si no tiene solución, pues lo dejas atrás y tampoco te afecta. O sea, el ser demasiado aprensivo es malo ¿sí? Se tiene que, que saber dejar las cosas atrás tanto lo bueno como lo malo ¿no? eso, es lo, lo que aprendí esto Fernando.

---

José: Eh, pues mire la verdad la depresión este, me ha dejado el sentirme que valgo, que estoy vivo, que valgo mucho que pues que soy una persona muy importante, muy valiosa, que soy una persona muy capaz ¿sí? Y qué pues soy como cualquier persona, no hay personas ni, ni más ni menos, cada persona somos diferentes, todas las personas somos diferentes, pero el milagro grande es que yo, yo soy único, es decir, no hay nadie igual a mí, más que solamente yo ¿sí? Entonces, eso he aprendido la depresión y que es una enfermedad que se puede curar, es una enfermedad que se puede controlar, o sea no al 100, a lo mejor yo no he puesto todo al 100 ¿verdad? Como cada indicación de los terapeutas, este, pero si se puede curar, si, de que puede ser mejor, que puedo llevar una mejor vida, se puede llevar una mejor vida, sí se puede, sí, todo está en que uno quiera y ponga uno de su parte.

**Categoría:** Cambios significativos en la persona

---

Unidad de registro

---

María: Muchísimo, muchísimo, te digo, sí, porque yo era un zombi andando y de repente ya volví a vivir y volví a querer seguir viviendo, ¿no? Estar robando aire, nada más por robar, que a como que es como así se sentía en ese momento, ¿no? Que si no estabas ni para nada, ¿para qué existías no? Ahorita ya es diferente, ya tengo sueños , ya, ya quiero cosas , este, quiero ver crecer a mi hija, quiero que ella tenga algo eh pues sólido, una familia sólida, quiero luchar por ello y tengo muchos errores porque, seguir queriendo superarme, seguir queriendo desarrollarme sobre todo de manera interior, ahora yo sé, que eh una vida, sin, sin algo interno que sea tu base , eh no sirve no funciona necesitas algo que te consolide, que tengas sólido, eh como, como unas buenas sentaderas, para poder ir direccionando tu vida a lo que venga, porque la vida es así , tienes subes y bajas, hay cosas buenas y cosas malas y así, y así es vivir , entonces, algo que me de herramientas para poderlo vivir lo de la mejor manera, creo que eso me dejo y, y ahora entiendo que fue una bendición haber tenido esa, esa depresión en aquel entonces .

---

Juan: Este sí, sí ha cambiado porque eh me siento atrapado por mis emociones, si ha cambiado porque a veces no me siento dueñas de ellas, eh porque a pesar de tratar de tener una vida lo más, eh vamos a decir por así decir, lo más normal, eh tratado de hacer mi vida profesional este lo mejor posible, este prepararme en ese aspecto, he tratado de hacer mi vida emocional familiar también este lo mejor posible, pero eh el sentirme de esa manera me ha hecho que lo que vaya yo encontrado, las cosas que yo vaya yo viviendo no las siento como completas, no es, como que no he encontrado como engrana, para verdaderamente sentirme feliz, como sé que he logrado cumplir algunas metas, sé que he alcanzado algunos objetivos pero también se, que eso está presente y que eso me puede arrancar todo y que también se, que cuando eso se

---

---

presenta de las motivaciones más grandes que tengo en mi vida, que es mi familia, este, mis amigos, eh no logra llenar o no logran hacerme que ni siquiera por esas motivaciones yo pueda, este, echarle ganas y salir adelante, entonces, si ha cambiado mi vida porque hay momentos en los que siento que vivo el día a día y a veces siento que por momentos, este como que no tengo un futuro cierto por delante, porque me siento preso de todo lo que siento, que si veo en alguna persona alguna situación que reflejo con lo que a mí me ha pasado sobre todo esas ausencias esas, esa soledad de la que siento que detono esa depresión este, me hacen recordar eh momentos en los que he recaído y he estado muy mal y, y que también pienso, que si llegara a tener una crisis fuerte como que la que padecí hace algún tiempo a lo mejor esta vez ya me quedo ahí atrapado, siento que es como estar en otra realidad de la que he regresado más de una vez pero que si vuelvo entrar no sé, si vuelva a regresar, entonces para mí si es vivir echándole muchas ganas ,si es vivir tratando de ser feliz pero es vivir con ese miedo, de que, se puede presentar y de que esta vez yo ya no la pueda librar y además porque cuando eso sucede aunque soy consciente de mí, pierdo el control sobre mí mismo, es, es como esa otra parte lo que menciono para mi estar en ese proceso es vivir dos realidades, por una parte, la parte lógica de lo que he estudiado de sobre esto, decir que esto esta así, va a pasar, es que hay que echarle ganas y por la otra parte donde me arrastra y me lleva por todas partes y no puedo hacer nada por ello, entonces sí ha cambiado mi vida y sobre todo eh en el sentimiento ese de que hoy estoy bien mañana quien sabe.

---

Sandra: Sí, ya que llevo una vida dentro de lo que cabe normal por medio de disciplina, meditación y ejercicio. Lo cual me ha permitido que haya dejado los medicamentos.

---

Victoria: Sí, mi vida ha cambiado mucho, cuando yo tenía depresión yo tenía unos lentes grises o negros inclusive todo el tiempo, este, ahora son unos lentes no rosas pero tampoco son negros, en donde yo puedo como, como entender a la otra persona sin involucrarme en, en ella, no le puedo solucionar la vida pero si los entiendo. Eh... comienzo a darme cuenta de que he tenido muchos logros, este, que, que han sido retos, a lo mejor, me acuerdo muy bien de una doctora que me dice, es que tú quieres correr, ya quieres estar en la maestría, termina la licenciatura o cositas así. Entonces, pues a lo mejor con depresión no podemos correr es más, a veces no podemos caminar, pero creo que podemos empezar a gatear, entonces me han enseñado a gatear, a ir despacio, a ir... cumpliendo pues, no sé, por ejemplo, ya termine el primer semestre, tranquila o sea tu meta es termina el primer semestre, ya lo termine, pues ahora, el segundo semestre ¿no? irme poniendo metas a corto plazo porque siempre eran mis metas a largo plazo cuando no se cumplían, entraba yo en un eh en un estado de frustración y el hecho de ir poniéndome metas pequeñas eh de ver que las he logrado, el que de repente algo el recuento ¿no? así de, pues en la primaria hacia yo esto, en la secundaria yo hice esto, en la prepa yo hice esto y no quería estudiar y yo gritaba y yo pegaba y yo me lastimaba y, y volteo y me veo y digo, no fumo, no tomo, este, no me drogo mi mama decía que era una drogadicta y no, no me drogo, este, pues mi vida sexual o mi vida de pareja no es lo más pleno que pueda tener pero ahí va, este ya tengo o estoy por tener un grado más eh salgo a la calle y la gente me saluda con gusto y digo, no lo hecho tan mal, después de, después de, de haber tenido no sé, tantos abusos, tantas violaciones, me acuerdo el psiquiatra con el que le, yo iba con un psiquiatra cuando tendría que, como nueve o diez años y lo único que hacía era

---

---

llorar, ahorita por ejemplo en toda la entrevista yo no he llorado, este, antes era, yo hablaba, nada mas tan solo de pensar que yo estaba aquí, era llorar y esa vez que fui con él, a, a, con el psiquiatra me dio una cachetada el psiquiatra y yo así como de, ¿Cómo me cachetea un médico? Ahorita pues ya no lo permitiría ¿no? ahorita si alguien quiere abusar sexualmente de mí, ya no es tan fácil ¿no? ya, ya, ya pones las manos. Este... él, el, cuando yo iba con el psiquiatra y le dije es que pues el sacerdote me hizo esto y aparte, me dio dinero, me dice ah ¿entonces me estas pagando con dinero sacro? Entonces ahorita ya era... si alguien me contesta así pues lo mando a tres metros a volar y a tres metros sobre abajo, entonces, he aprendido a defenderme, he aprendido, a lo mejor me cuesta a valorarme un poco ¿no? pero si puedo decir ya no, ya estoy cuidando de la niña que lastimaron, me lastimaron mucho de niña, de adolescente y ahorita es, a lo mejor también es por eso que quiero tanto a Ximena o que veo tanto a la niña ¿no? porque, pues si fui una niña muy lastimada, demasiada lastimada diría yo y creo que no se vale porque creo que ningún niño debería ser así, pues mi sobrina que la tengo como cerquita y sé que está sufriendo como, muchas cosas, por ejemplo la cuida, el sobrino, el tío, el primo, no sé qué, yo así como que, tengo un pavor en qué momento le hacen algo, entonces, es defender a mi niña interior.

---

Erick: No, si ha cambiado, ha cambiado porque por decir cuando yo estaba en un estado depresivo, un trabajo que yo podía hacer en dos horas, lo hacía en un día y ya después de medicado lo que... me di cuenta es que, tenía una capacidad de, de trabajo tremenda que antes no había yo sentido ¿sí? O sea, definitivamente yo recomiendo a las personas de que se detecten como es su salud mental, es normal estar deprimido todos, podemos tener una depresión por una pérdida familiar, por una pérdida de trabajo, por un rompimiento, por, por cualquier cosa y es normal, no sé, tres días, una semana mal, pero ya cuando ya te sientes mal quince días, un mes, dos meses, seis meses eso ya no es sano ¿Sí? ¿Por qué? Porque se te vuelve un, un círculo vicioso y... y ya cuando estas medicado y sano, claro la medicina no te va a curar 100% lo que te va a curar es la actitud que tomes de decir, el me estoy medicando me siento mejor pero, pero voy a buscar actividades que me agraden y que me sean sanas. Yo puedo, yo puedo decir que un estado depresivo eh tiene dos facetas eh una, si no te cuidas en la detención te puedes hacer adicto al alcohol, al tabaco, al deporte, al sexo y vives una, vives una, una... una vida sin sentido, no disfrutas tal, lo justificas todo tengo que trabajar o tengo que, qué hacer deporte y, y eso son fugas, lo que, no, no hay un equilibrio, lo hace uno todo en exceso, este, y, y cuando ya estas sano o ya dices bueno, tengo un horario para trabajar, tengo un horario para ver a mis amigos, tengo un horario para hacer deporte, tengo un horario para divertirme y tengo un horario para, para estar solo y considero así... de manera faciente y porque ya lo viví él, si, buscar la ayuda profesional, los psicólogos son buenos y te orientan y todo, pero, en mi caso iba más allá de un psicólogo ¿sí? Primero que nada tener, tener bien presente que el amor es hacia ti mismo, primero que nada, quererte tú, segunda, saber detectar si tienes una, una depresión pasajera o una depresión clínica, yo no, yo considero que una depresión clínica eh es cuando te dura más de... de tres o cuatro días algún, algún motivo ¿sí? Hay gente que se queda estacionada en, en algo que le paso hace veinte años y no disfrutan su vida ¿no? Es saber soltar las cosas y saber, saber dejarlas atrás. Yo puedo decir que hoy por hoy, yo puedo, he mejorado en mi aspecto tanto económico, como cultural, como deportivo,

---

---

como espiritual, socialmente, profesionalmente porque pues yo me di cuenta que, en la depresión trabajaba yo a medio motor he tenido mis logros, lo que no hice en... en dos años pues lo hice en un año me, me hice una casa este tengo mis vehículos, tengo un negocio prospero eh me ha caído trabajo y lo saco con gusto, puedo trabajar diez, doce horas mentalmente sin cansarme y puedo dormir bien y dedico un tiempo para todo. O sea considero que él, el, el estar medicado eh no quiere decir que, que este, la medicina te va ayudar, si te va ayudar en el sentido de, de sacarte de ese, de ese estado mental pero también es la actitud que tu tomes ¿sí? Una actitud positiva hacia que, hay mucho trabajo haya afuera, hay muchas oportunidades, la vida es bonita, disfrutas una comida, disfrutas un amigo como ahorita mi amigo Fernando, disfruto su compañía, este, disfruto un café que estoy tomando con él, eh, vaya, todo se disfruta y, y considero que sí, si he mejorado mucho la verdad, al antes y después de medicado ¿sí? O sea, así lo considero Fernando.

---

José: Sí, pues tanto lo veo en este momento con mi esposa ya está de una manera, he aceptado su rechazo fue lo que me subió, que subí mucho ¿eh? Fue algo que me pego muy duro, si, estaba cayendo otra vez a la depresión, entonces llego el momento que ya pude aceptar ¿sí? que me muera, está bien, ya no me quiere, ya no me ama, ya no quiere estar conmigo, ya estar harta de mí, adelante, nos separamos ¿sí? entonces, pues yo creo que he aprendido aceptar y que las cosas tienen que ser por voluntad, que a la fuerza, nada, porque mismo, si yo me considero pues eh pues creyente de la fe católica de Dios y que El siendo como soy y no me obliga a nada, es decir, pues que si quiero voy a misa voy y si no, no voy y finalmente nunca me reprocha nada y ni me dice, ¿porque no fuiste?, que El te va a castigar y te va a ir mal, no. entonces yo como ser humano si El no lo hace que pudiera hacerlo pues yo quien soy o quien me creo para juzgar o decir que las cosas tienen que ser como yo quiero . Pues he aprendido que no, que todo debe ser por voluntad propia, que a la fuerza nada.

### **Mi historia de vida**

Antes de empezar quiero contarte mi experiencia con la depresión, lo que he vivido, disfrutado y sufrido, que me ha llevado a querer compartir contigo este folleto. Yo creo que la depresión ha sido un proceso de toda mi vida, que empezó desde mi infancia hasta mi juventud, siendo una persona que no expresaba mis emociones ni lo que sentía, era muy introvertido, callado, miedoso, penoso, serio, tranquilo, enojón, rencoroso y muy poco sociable. Ya en mi etapa adulta pienso que se fue dando con mi carácter fuerte, mi mal humor y mi agresividad que cada vez era mayor, además de la acumulación de tensiones, presiones, estrés y de problemas familiares, laborales, económicos y personales durante muchos años. Hasta que finalmente hace 13 años sucedió que debido a una serie de pérdidas familiares, laborales y sentimentales de pareja, como una olla de presión “exploté” presentando mi primera y única crisis depresiva hasta el día de hoy; lo que ha sido para mí muy significativo en mi vida y me ha servido de mucho para ser cada día mejor persona.

Mi crisis depresiva se fue dando de menos a más, pienso que se me desarrolló entre seis a doce meses. Fui presentado muchos cambios físicos, llegué a bajar de peso (hasta 12 kilos) y me empezó a salir una dermatitis nerviosa en todo el cuerpo, tenía mucha rigidez en mí espalda, hombros y cuello, además como un dolor muscular en el pecho del lado en donde se encuentra el corazón. También experimenté en mi organismo muchas afectaciones como no tener apetito y sueño, tenía taquicardias, lloraba por cualquier cosa, dificultad para respirar, constantes diarreas y a la par se me desarrolló una colitis nerviosa. Mentalmente tenía sensaciones de “descargas eléctricas” en el cerebro que me hacían suponer que me daría una especie de derrame cerebral, irritabilidad, dolor de cabeza muy constante, nerviosismo, tenía ataques de pánico que me mantuvieron aislado sin

salir de casa durante dos a tres meses, tenía muchos pensamientos “basura” repetitivos u obsesivos, tenía muchas pesadillas, además me costaba mucho trabajo concentrarme y poderme bañar ya que también me producía mucho miedo.

Mi episodio de crisis depresiva tuvo una duración aproximada de seis meses durante los cuales experimenté sensaciones de miedo, pánico, irritabilidad y taquicardias que me hacían sentir la muerte “muy cerca” constantemente. Al mismo tiempo sentí dentro de mí, un enorme hueco muy profundo de soledad y muy ávido de amor y comprensión (me alejaba cada vez más de mí familia y mis seres queridos) todas ellas, jamás vividas. También pasé por un periodo de total desinterés de todo, hasta de vivir, pidiendo a “Dios” ayuda para quitarme este sufrimiento. Pasé momentos de muchísima desesperación y de frustración por encontrar ayuda y cura de manera rápida y eficaz.

Los recursos que usé para afrontar este trastorno en ese momento fueron diversos y en forma integral (mente-cuerpo-espíritu), recuerdo que caminaba un promedio de dos horas todos los días, escuchaba música instrumental, iba a lugares “abiertos” donde disfrutaba de la naturaleza, frecuentaba personas “alegres” que me hicieran reír, nadaba una vez a la semana (me relajaba mucho), adquirí un perro que me ayudó mucho a sensibilizarme para poder expresar abiertamente mis emociones y sentimientos, también me ayudó mucho a bajar mis niveles de estrés, mal humor y ansiedad, además aprovechaba salir a caminar con él y disfrutar de diferente manera esos momentos.

Por otro lado, considero como el primer paso que di y que fue fundamental e indispensable, el haber tenido una firme convicción y una gran actitud de lucha para querer recuperar el bienestar de mi salud física y mental. También creo que fue de suma importancia y de una enorme ayuda, el poner todas “las cartas en la mesa” de lo que yo consideraba mis “defectos” o lo que no me gustaba de mí, teniendo siempre presente la firme convicción de aceptarme como soy aunque no me guste, y al mismo tiempo tener también la firme decisión de mejorar en cada

uno de mis “defectos” para llegar a ser lo que quiero; un mejor ser humano conmigo mismo y con los demás.

De igual forma acudí a un retiro espiritual muy significativo para mí porque me hizo reflexionar muy profundamente en lo que había sido y lo que era en ese momento, pero al mismo tiempo vi muy claramente a donde quería ir y lo que quiero ser (me enamoré de mí mismo).

Me enfrenté a mis demonios en las noches, a mis dolores, a mis frustraciones y me dije a mí mismo ¡cómo me gustaría estar bien! Me empecé a enfrentar a mí porque ahí no hay nadie más. Entonces, cuando no puedes respirar, cuando estás sudando, cuando al otro día no sabes si te vas a levantar, el “échale ganas” ya no encuentra espacio ahí. En ese momento, lo que me salvó, es la fe. Tiene que ver con que estás solo, no puedes dormir. Volteas y todos están dormidos, no sabes si sigues respirando, si el dolor parará en algún momento y agarras una Biblia, un santito, agarras tu cruz, los tomas fuerte en la mano y dices ‘ayúdame’, a eso que no podemos explicar.

En un principio consulté un médico general porque no sabía que me estaba sucediendo física y mentalmente, diagnosticándome a simple vista una crisis depresiva mayor y de igual forma recetándome de manera inmediata antidepresivos, sin hacerme ninguna revisión física ni mental a detalle, cabe subrayar que tuve la gran “fortuna o suerte” que los medicamentos mencionados me funcionaron y me dieron un “alivio momentáneo” que tanto necesitaba y deseaba y que no me llegó a suceder lo contrario, porque a mi parecer el proceder del médico fue como si hubiera ido con un “cajero automático” que te da la receta y te cobra el servicio. También pienso que los antidepresivos son necesarios en determinados tipos de depresión porque para mí fueron como mis “muletas” que me ayudaron para estabilizarme y poder continuar con mi “rehabilitación”.



Posteriormente con una gran desesperación y preocupado por sentirme mejor pero al mismo tiempo con una enorme esperanza de que me ayudaran para recuperar mi bienestar, acudí a ver a varios psicólogos y psiquiatras para que me ayudaran a “equilibrar” mi estado emocional a la mayor brevedad posible (“urgente” desde mi punto de vista) debido la situación por la que atravesaba (niveles altos de ansiedad, irritabilidad, insomnio y taquicardias) pero desafortunadamente no fue así, sino todo lo contrario; desgraciadamente las terapias fueron pura pérdida de tiempo, porque eran “muy lentas y de muchas sesiones” además de que se convertían en “consultas-informativas” (con muy poca comunicación o retroalimentación) de las cuales salía con una especie de “receta-mental” (como un instructivo a seguir al pie de la letra) y con una gran desilusión porque de nada me sirvieron a mí, aumentando mi desesperación y trayendo consigo sentimientos de frustración y decepción por la falta de comprensión, empatía y calidez por parte de ellos, que a mi parecer son de suma importancia y de gran ayuda para la recuperación de la salud de todos y cada uno de nosotros que nos encontramos inmersos en este trastorno.

Más bien, lo que opino es que la muerte va a venir cuando tenga que venir. Esté enfermo o no esté enfermo. Eso lo entiendo ahora. La mía solo es una de las tantas posibilidades, a raíz de este trastorno comencé a cuestionarme una serie de cosas, entre ellas, la vida y la muerte. Crecí con mucho miedo a la muerte y cuando estuve “cerca” me empecé a replantear: ¿y si todo lo que creo no es verdad? ¿Y si no hay vida después de la muerte? Comencé a convivir con eso de la muerte, a tomarlo como una variable que podía ser posible en cualquier momento. También al mismo tiempo me ha hecho que le pierda un poco más el miedo, hasta el grado de llegar a tener un gran motivo (que me da tranquilidad) para morir cuando llegue ese momento.

Para complementar mi tratamiento y por mis deseos de vivir he probado terapias alternativas, pero justo una de las medicinas más efectivas ha sido el amor a mí mismo, familiar y de amigos. Hay que aprender y querer dar amor incondicional.

Hoy estoy aprendiendo y creo que de eso se trata la vida. No te llevas nada, más que aprender. El campo de batalla es aquí.

Debido a la maestría y a la realización de esta investigación ha surgido en mí el interés de aprender y dar terapia. Se llena de amor con esta filosofía que he adoptado de ir al campo de batalla y hablar con la gente. Eso ha hecho la diferencia en mi proceso de curación. Además, muy pronto seré papá y de la misma manera me doy cuenta de todo lo que he aprendido (una gran riqueza de experiencias o conocimiento) desde que padezco este trastorno y de todo lo que le puedo enseñar a mi hijo. Si yo me hubiese curado desde el primer momento, me hubiese perdido todo esto que es más trascendente que el vivir ‘normalmente’.

-“Gracias bendito trastorno, hoy puedo entender muchas cosas”-

Finalmente quiero decir que desde que tengo este padecimiento llamado trastorno depresivo, he ido transformando la manera de verlo, en un principio pensaba que era un padecimiento crónico que dura toda la vida. Hoy, lo que opino es que la vida es la crónica y por lo mismo cada uno de nosotros que padecemos este trastorno debemos de tener la firme convicción de fortalecernos y actualizarnos (física-mental-espiritual) día a día para enfrentarlo cada vez de la mejor manera para minimizar sus efectos dañinos y colaterales de nuestra valiosa salud que muchas veces desmeritamos y la olvidamos.