



UNIVERSIDAD LATINA S. C.

**Universidad
Latina**

3344-25

**Estudio comparativo de la memoria de trabajo en pacientes
diagnosticados con depresión leve y moderada del Hospital**

Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

GONZÁLEZ PORTILLO MARCO SPENCER

ASESOR: Mtro. ALBERTO SEYLER MANCILLA

MÉXICO, D. F. FEBRERO 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

Agradezco a mi *Familia*, por todo su apoyo, comprensión, paciencia y motivación a lo largo de esta subjetiva travesía. Gracias familia, porque al final del día ustedes siempre estarán ahí para guiarme, cuidarme y amarnos como la gran familia que somos.

Sírvanse además estas líneas para expresar mi más profundo y sincero agradecimiento a todas aquellas personas que con su ayuda han colaborado en la realización del presente trabajo, *asesores externos, amigos, Fundación contra la lucha de la depresión* y al Hospital *Fray Bernardino Álvarez*, Gracias.

Hacer este trabajo de investigación motiva por su orientación, el seguimiento y la supervisión continúa del mismo, dado que sin su guía y su conocimiento no habría podido lograr y entender lo complejo de escribir una tesis, hoy en día me deja un gran aprendizaje, gracias por cada segundo de su tiempo dedicado a esta investigación. Mt. *Alberto Seyler Mancilla*.

Gracias por su guía y sus nuevos aprendizajes me motivan a ser un investigador.

Dra. Eva González y Dr. Oscar Galindo.

A veces una amiga, otras, un padre. En algunos momentos...un director de escuela. En muchos otros momentos, mi única aliada. Gracias *Ale*, por tu gran amor y compañía constantes.

Sin lugar a dudas, he de mencionar y agradecer inmensamente en quienes han depositado su confianza en mí, han permitido que durante mi enseñanza, me plantease más de una pregunta, meditara sobre lo complejo que es la humanidad y, sobre todo que tan frágil y fuerte puede llegar a ser una persona. Gracias a cada uno de ustedes por compartir sus experiencias y aprendizajes que me ayudan cada día a comprender que al final del día me recuerda lo fugaces, frágiles, vulnerables o resilientes que podemos ser.

A mis pacientes.

Contenido

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
DEPRESIÓN	3
ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA DEPRESIÓN	3
DEFINICIÓN DE DEPRESIÓN.....	5
CARACTERÍSTICAS Y CUADRO CLÍNICO DE LA DEPRESIÓN	7
ETIOPATOGENIA DE LA DEPRESIÓN	11
BIOQUÍMICA DE LA DEPRESIÓN	11
GENÉTICA DE LA DEPRESIÓN.....	12
FACTORES PSICOLÓGICOS DE LA DEPRESIÓN.....	14
FACTORES SOCIALES DE LA DEPRESIÓN.....	16
TRATAMIENTO.....	18
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	18
TRATAMIENTO PSICOLÓGICO	20
MEMORIA.....	24
ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA MEMORIA.....	24
DEFINICIÓN DE LA MEMORIA	26
TIPOS DE MEMORIA.....	27
MEMORIA SENSORIAL.....	27
MEMORIA EPISÓDICA	28
MEMORIA SEMÁNTICA.....	29
MEMORIA PROCEDIMENTAL.....	30

MEMORIA EMOCIONAL	31
MEMORIA A CORTO PLAZO	32
MEMORIA DE LARGO PLAZO	33
MEMORIA DE TRABAJO	35
LA BIOLOGÍA DE LA MEMORIA.....	40
LA RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y MEMORIA	42
DEPRESIÓN Y DÉFICITS COGNITIVOS EN LA MEMORIA	42
JUSTIFICACIÓN.....	48
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	50
OBJETIVOS	50
OBJETIVO GENERAL	50
OBJETIVO ESPECIFICO	50
HIPÓTESIS	50
HIPÓTESIS NULA	50
MÉTODO.....	51
TIPO DE ESTUDIO	51
DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	51
VARIABLES	51
VARIABLE INDEPENDIENTE	51
VARIABLE DEPENDIENTE	51
MUESTREO.....	52
CRITERIOS DE SELECCIÓN	52
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	52
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	53
PROCEDIMIENTO	53

MUESTREO GRUPO CONTROL	54
CRITERIOS DE SELECCIÓN	54
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	54
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	54
PROCEDIMIENTO	55
INSTRUMENTOS.....	55
CONSIDERACIONES ÉTICAS	58
RESULTADOS.....	59
DISCUSIÓN.....	68
CONCLUSIONES.....	73
LIMITACIONES	74
PERSPECTIVAS FUTURAS.....	75
REFERENCIAS	76
ANEXOS	84

Resumen

A nivel mundial, el trastorno depresivo mayor se presenta en mayor número de personas quienes se ven afectadas no solo a nivel emocional, sino también en todo su entorno biopsicosocial lo que lo hace de un problema en la salud pública y mental de todos los que padecen depresión. La memoria de trabajo es el registro, mantenimiento y la evocación de información en forma activa, estudios previos sugieren que esta podría estar afectada por presentar síntomas depresivos. El objetivo general consistió en evaluar la memoria de trabajo en un grupo de pacientes diagnosticados con depresión leve o moderada del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez y un grupo control sin depresión, a fin de determinar si existen diferencias respecto a la memoria de trabajo entre ambos grupos.

En el estudio se incluyeron N=60 participantes: 30 pacientes del hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez con diagnóstico de depresión leve o moderada y 30 individuos sin presencia de sintomatología depresiva. Para la evaluación de la función cognitiva; memoria de trabajo se utilizó la escala Wechsler de inteligencia WAIS-IV, específicamente las subescalas: aritmética, retención de dígitos y sucesión de letras y números. Para evaluar la sintomatología depresiva se utilizó la versión validada para población mexicana del inventario de Depresión de Beck (1998), además de una entrevista estructurada. Todos los participantes firmaron un formato de consentimiento informado. El análisis de datos se realizó por medio de la prueba *t* de student para muestras independientes.

Se encontraron diferencias estadísticas significativas en la memoria de trabajo entre los pacientes diagnosticados con depresión leve y moderada y el grupo control sin depresión. Lo que conlleva a un deterioro en la función cognitiva memoria de trabajo.

Conclusiones: los hallazgos presentados en este estudio sugieren que sí existe un deterioro en la memoria de trabajo en los pacientes con depresión. Las personas que no presentan depresión tienen una mayor velocidad de procesamiento en el registro, mantenimiento y evocación de la información en un lapso corto de tiempo en forma activa.

Palabras clave: Depresión, Memoria de trabajo, funciones cognoscitivas.

Introducción

La depresión constituye uno de los síndromes afectivos más frecuentes e incapacitantes entre la población Mexicana. Los trastornos depresivos son un importante problema de salud pública, ya que, entre otros factores disminuye la calidad de vida de las personas que lo padecen.

Los trastornos de estado de ánimo y fundamentalmente la depresión tienen una elevada prevalencia e incidencia, recurrencia aumentada y tendencia a la cronicidad, lo que conlleva que exista un déficit en las funciones cognitivas, como lo es la memoria de trabajo. Sin embargo los hallazgos en este aspecto son consistentes, estudios han demostrado que durante los episodios depresivos así como en el trastorno depresivo, existe un deterioro en las funciones cognitivas, lo que constituye un factor de riesgo o incluso un pródromo de demencia.

Además estudios recientes demuestran que existe un déficit en la memoria de personas con depresión, sin embargo pocos estudios se han abordado de los efectos de la depresión sobre la memoria de trabajo.

El objetivo de este estudio es evaluar y comparar la memoria de trabajo a partir de la escala Wechsler de inteligencia para adultos (WAIS - VI) específicamente la subescalas: aritmética, retención de dígitos y sucesión de letras y números, para obtener las diferencias estadísticas de pacientes diagnosticados con depresión leve y moderada y un grupo control respecto a la memoria de trabajo.

Depresión

Antecedentes históricos de la depresión

El término depresión deriva del latín *de* y *premere* (apretar, oprimir) y *deprimere* (empujar hacia abajo). Estos términos se utilizaban para expresar un estado depresivo del espíritu o aflicción. (Jackson, 2004).

En el siglo IV a .c Hipócrates afirmaba que desde el punto de vista médico, los problemas que se denominan de origen psiquiátrico estaban relacionados por la reacción conjunta de los humores corporales: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema; y que la melancolía era producida por la bilis negra. Es por ello que se da las primeras descripciones clínicas objetivas de la depresión, acuña el término melancolía para designar la atrabilis del individuo deprimido (Bemporad, 1982).

Aristóteles, menciona que la enfermedad mental es similar a un trastorno hecho por los espíritus animales los cuales alteran a la otra bilis. De la misma forma que existen diversas formas de depresión pues los sujetos presentan además del sentimiento de tristeza, temores e ideas suicidas (Gómez y Avaloz, 1982).

Durante la edad media se designa a la melancolía como una clase de alineación mental en el cual la imaginación y el juicio se perdían, de tal forma que el sujeto se sentirá triste y con miedo. Santo Tomas de Aquino, afirmaba que la melancolía se generaba por demonios e influencias malignas. La persona tenía características tales como: desgano, apatía, dificultades para respirar; pereza y flojera en todos los ámbitos de su vida (Polaino & Lorente 1985).

Paracelso fue la excepción, ya que en medio de muchas contradicciones de la época afirma que las enfermedades mentales tienen origen natural y que no son causadas por espíritus.

Kraepelin (1800) establece un sistema nosográfico, con el que integra, en forma organizada y sistemática, el caos reinante en psiquiatría. Así diferencia tres categorías principales: la demencia precoz, la parafrenia y la psicosis maniaco depresiva. A estas afecciones les atribuye una causa orgánica, aún no demostrable, un curso característico y un desenlace predecible. Posteriormente aparece el término endógena para designar que se gesta en sí misma, que no reconoce desencadenantes ni precipitantes en su génesis o mantenimiento.

No fue hasta el siglo XIX, que hubo una creciente evolución al término de depresión, apegándose más a un sentido médico y esto fue aumentado con el paso del tiempo. Wilhelm Griesinger a mediados del siglo implemento el término: estados de depresión mental y, para finales del siglo XIX este término se hizo de mayor uso para indicar un estado de ánimo (Jackson, 2004).

Las teorías psicodinámicas tienden a considerar la depresión como una situación de pérdida del objeto amado. La depresión es un duelo por el objeto libidinoso, y se produce una internalización del instinto agresivo que por alguna razón, no se dirige hacia el objeto apropiado. La depresión fue el primer trastorno descrito por Freud en que el factor causal central fue la emoción y no el deseo sexual. La melancolía como Freud la llamo, era un pesar que se había vuelto loco, excesivo desenfrenado: a menudo sin reacción con el ambiente, y aparentemente injustificado (Blanco, 1999).

En el intento de clasificar las depresiones, como cualquier otro intento de especificar en psicopatología, supone la agrupación en algunos pocos cuadros de la universalidad de las

manifestaciones de los trastornos del estado de ánimo. En tiempos pasados, las clasificaciones de la depresión se basaban en diferentes parámetros, algunos de los cuales formaban pares opuestos. Tal es así que si la depresión era desencadenada por un episodio, sin historia de perturbaciones anteriores, o era consecutiva a alguna perturbación preexistente, se hablaba de primaria o secundaria, respectivamente. Si el contenido ideático de esta se apartaba del juicio de la realidad o no, se la llamaba neurótica o psicótica. Si era posible definir el desencadenante o no, o la reacción era sumamente desproporcionada, se hablaba de reactivas, endógenas o endorreactivas Rojtenberg (1999).

La depresión empezó a tener nuevas perspectivas acerca de un estado psicológico, es producto de una interacción con el cerebro. Fue así como lo propuso Schildkraut con su hipótesis aminérgica de la depresión, según la cual la depresión está provocada por un déficit de los neurotransmisores como lo son la noradrenalina y serotonina (Schildkraut, 1960).

Definición de depresión

Beck en 1970 lo expresaba en los siguientes términos: estado anormal del organismo que se manifiesta, a través de señales y sin tomar, como un estado de ánimo subjetivo, bajo actitudes pesimistas y pérdida de espontaneidad.

Se define la depresión como un síndrome caracterizado por el decaimiento del estado de ánimo, la disminución de la capacidad de experimentar placer y de la autoestima con manifestaciones afectivas, ideáticas, conductuales, cognitivas, vegetativas, y motoras con

serias repercusiones sobre la calidad de vida y el desempeño socio ocupacional. (Rojtenberg, 2001).

La depresión es una enfermedad mental común que se presenta con ánimo desanimado, pérdida de interés o placer, energía disminuida, sentimientos de culpa o baja autoestima, alteraciones de sueño o apetito, y mala concentración. A menudo, la depresión se presenta con síntomas de ansiedad. Estos trastornos pueden volverse crónicos o recurrentes y llevar a importantes fallas en la habilidad de un individuo para llevar a cabo sus tareas diarias. En casos severos, puede llevar al suicidio. Se pierden casi un millón de vidas al año por suicidio, lo cual se traduce como 3000 suicidios por día. Por cada suicida, hay 20 o más que intentan terminar con su vida, esto para 17 países de América latina, incluido México (OMS, 2012).

Características y cuadro clínico de la depresión

Sin entrar en consideraciones teóricas acerca de la disyuntiva entre un modelo categorial o un modelo dimensional, se señala que el diagnóstico psiquiátrico contemporáneo como se ha recogido en el último Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales V, es esencialmente una aproximación categórica que recuerda el diseño de Kraepelin. Por lo tanto, la aproximación a los diferentes trastornos se realiza desde una perspectiva nosológica, en detrimento de un enfoque dimensional. La aproximación nosológica establece la existencia de trastornos completos que encajan de forma total dentro de algunas de las categorías diagnosticadas, homogéneas y claramente definidas. La validación del diagnóstico de un trastorno se desarrolla a través de la investigación en curso, de la respuesta terapéutica y del pronóstico a largo plazo. Cuando un diagnóstico es capaz de predecir estos hechos, puede ser considerada como una entidad diagnóstica válida. (Blanco, 1999).

El manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM - V (2014) menciona que el criterio diagnóstico es:

La característica esencial de un episodio depresivo es un periodo de al menos 2 semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste. El sujeto también debe experimentar al menos otros cuatro síntomas de una lista que incluye cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos

suicidas. Para indicar cómo ha empeorado claramente se realiza la comparación con el estado del sujeto antes del episodio. Los síntomas han de mantenerse la mayor parte del día, casi cada día, durante dos semanas consecutivas. El episodio debe acompañarse de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. En algunos sujetos son episodios leves la actividad puede parecer normal, pero a costa de un esfuerzo muy importante.

En el intento de clasificar las depresiones, como cualquier otro intento de especificar en psicopatología, supone la agrupación en algunos pocos cuadros de la universalidad de las manifestaciones de los trastornos del estado de ánimo.

La clasificación de acuerdo al (DSM-V) 2014 establece que cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer. No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso)

(Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)

2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).

3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autoreproche o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

De acuerdo al manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V) los trastornos depresivos se clasifican de la siguiente manera.

- Trastorno de desregulación destructiva del estado ánimo.
- Trastorno Depresivo
- Trastorno depresivo persistente (Distimia)

- Trastorno disfórico premenstrual.
- Trastorno depresivo inducido por sustancia/ medicamento.
- Trastorno depresivo debido a otra afección medica.
- Otro trastorno depresivo especificado.
- Otro trastorno depresivo no especificado

Especificar la gravedad actual:

La gravedad se basa en el número de síntomas del criterio, la gravedad de estos síntomas y el grado de discapacidad funcional.

Leve: Pocos o ningún síntoma más que los necesarios para cumplir los criterios diagnósticos, la intensidad de los síntomas especificadores para trastornos depresivos causa malestar pero es manejable y los síntomas producen poco deterioro en el funcionamiento social o laboral.

Moderado: El número de síntomas, la intensidad de los síntomas y/o el deterioro funcional están entre los especificados para leve y grave.

Grave: El número de síntomas supera notablemente a los necesarios para hacer el diagnóstico, la intensidad de los síntomas causa gran malestar y no es manejable, y los síntomas interfieren notablemente en el funcionamiento social y laboral.

Etiopatogenia de la depresión

Bioquímica de la depresión

García Vera y Sanz (2012) la depresión infantil, al igual que la adulta, se relaciona con desequilibrios en algunos neurotransmisores, en concreto con un descenso en los niveles de serotonina, norepinefrina y dopamina. Aunque una posible explicación sea que desequilibrio sea consecuencia de algún acontecimiento traumático, el hecho es que no todos que viven en algún acontecimiento de este tipo desarrollan una depresión. Lo que puede indicar una vulnerabilidad biológica, es decir ante un mismo acontecimiento estresante, la probabilidad de desequilibrios en los niveles de estos neurotransmisores es mayor en las personas que tienen esta vulnerabilidad que en las que no la tienen. Además se ha relacionado la depresión con niveles altos de cortisol y descenso de la hormona del crecimiento tal y como recoge Del Barrio (1997). Méndez (2011) señala que la mayor parte de estas alteraciones bioquímicas surgen junto a la depresión.

Hay datos que indican que una señal de un episodio depresivo puede ser la presencia de algunas alteraciones del electroencefalograma durante el sueño, aunque esto aún no está comprobado (Méndez, 2011). Secín y Rivera (2002) hacen mención que existen numerosas sustancias implicadas en la teoría de la génesis de la depresión, tales como la norepinefrina, la serotonina, dopamina y la acetilcolina.

La teoría serotoninérgica es probablemente la más importante en la actualidad y se basa en:

- A) La disminución de la actividad serotoninérgica aumenta la vulnerabilidad a padecer depresión.

- b) Enfermos deprimidos presentan alteraciones en la vía serotoninérgica como disminución en la disponibilidad del triptófano cerebral para su metabolización a serotonina, reducción de las frecuencias de disparo de las neuronas serotoninérgicas por hipersensibilidad del receptor presináptico, aumento de la recaptura y disminución de la respuesta en la respuesta del receptor postsináptico.
- c) Existe reducción en los 5 hidroxindolacético en el líquido cefalorraquídeo de pacientes deprimidos; dicho hallazgo se asocia con riesgo suicida.
- d) Pacientes deprimidos presentan niveles menores de triptófano plasmático.
- e) Numerosos estudios han encontrado una reducción en la recaptura de serotonina plaquetaria en la depresión por disminución
- F) En la depresión se observa elevación de la respuesta de cortisol, probablemente por hipersensibilidad de receptores serotoninérgicos.

Genética de la depresión

Los factores genéticos pueden desempeñar un papel importante en el desarrollo de la depresión y en el trastorno bipolar. Los estudios de gemelos aportan evidencia sólida, si un gemelo idéntico sufre de depresión clínica, es probable que el otro gemelo con genes idénticos también se deprima (Morris y Maisto 2014).

Blanco (1999) reportó que los estudios genéticos establecen una predisposición hacia el trastorno depresivo. Hay datos suficientes que avalan una participación genética en la

depresión mayor, aunque quedan cuestiones pendientes de resolver, como el modo de transmisión o regiones cromosómicas involucradas.

Los datos sugieren un riesgo de un 10-13 % para desarrollar depresión mayor en un sujeto cuando uno de los padres biológicos la ha padecido. Este porcentaje aumenta hasta un 20% y 30% cuando los dos padres biológicos están afectados. Los familiares biológicos de primer grado de los pacientes con trastorno depresivos mayores tienen de dos a tres veces más probabilidades de desarrollar depresión mayor. Los gemelos monocigotos tienen una posibilidad de concordancia diagnóstica del 50%, superior a la constatada en gemelos dicigotos 10-25%. Los estudios de adopción también corroboran la existencia de una base genética en la transmisión de este trastorno. Pese a todos los intentos realizados, el modo de transmisión genética es controvertido y no ha podido ser identificado. Los estudios se han centrado en diversos cromosomas y grupos sanguíneos y nuevos marcadores de ácido ribonucleico, por ejemplo, el gen de la tiroxina hidroxilasa o los genes decodificadores de receptores para serotonina, pero los resultados no han sido consistentes.

En un estudio realizado por Sanz, Gómez, Almendro, Rodríguez, Izquierdo y Sánchez (2006), con una muestra de 395 niños, pacientes del servicio de salud mental de Getafe (Madrid), encontraron que 41% de la muestra tuvo un familiar en tratamiento por depresión y, en la mayoría de las ocasiones, en concreto el 26%, el familiar era la madre.

Aunque la depresión materna constituye un importante factor de riesgo, su influencia en la depresión infantil puede tener otra explicación ajena a la transmisión genética ya que, la madre deprimida tiene una interacción diferente con su hijo desde sus primeros contactos; tiende a tener una, mayor hostilidad hacia su hijo, le presta menos atención a sus

necesidades, recibe menores cuidados, la madre juega menos con el niño, le habla menos y el número de interacciones negativas es mayor (Méndez, 2011).

Factores psicológicos de la depresión

Aunque se cree que diversos factores psicológicos desempeñan un papel en la causalidad de la depresión severa, en años recientes los investigadores se han concentrado en la contribución de distorsiones cognitivas inadaptadas. De acuerdo con Aaron Beck (1967, 1976, 1984), durante la niñez y la adolescencia algunas personas pasan por experiencias desgarradoras, como la pérdida de los padres, o críticas humillantes de profesores y otros adultos. Una respuesta a dicha experiencia es desarrollar un autoconcepto negativo, un sentimiento de incompetencia o de falta de méritos que se tiene poco que ver con la realidad, pero que es mantenida por una interpretación distorsionada e ilógica de los sucesos reales. Cuando surge una situación y es similar a la que se aprendió el autoconcepto negativo se activan los mismos sentimientos de inutilidad e incompetencia, lo que puede llevar a la depresión.

De acuerdo a González Silva (2013) los eventos o situaciones sobre los cuales un niño, adolescente o incluso un adulto siente poco control, pueden causar una depresión:

Agresión o acoso en la escuela o en otra parte

Abuso o maltrato infantil, tanto físico como sexual

Enfermedad crónica

Dificultades de aprendizaje

Habilidades sociales deficientes

Acontecimientos estresantes de la vida, en particular la pérdida de uno de los padres por muerte o suicidio.

Atención inestable

También se encuentra una relación positiva entre baja autoestima y depresión, la autoestima de los niños se forma al igual que la de los adultos, a partir de las valoraciones de otro. En el caso de los niños, se forma especialmente a partir de las valoraciones de los padres (Vera y Sanz, 2012). De igual forma la depresión se relaciona con el estilo atribuciones negativas caracterizadas por la tendencia a considerar que los acontecimientos negativos tiene una causa interna, global y estable. Así se tiende a pensar que las personas son responsables de los hechos negativos de su vida, e incluso atribuir los pensamientos reiterativos de culpabilidad (Vera y Sanz, 2012).

Por último, otro factor importante que contribuye a la vulnerabilidad psicológica, son las actitudes disfuncionales o creencias irracionales que hacen que las valoraciones acerca de uno mismo sean poco realistas, inadecuadas e inflexibles. Estas creencias dan lugar a la llamada triada cognitiva depresiva, ya que los acontecimientos de la vida diaria se viven como estresantes si no se cumplen los criterios que ellos se han establecido. La triada cognitiva hace que el niño tenga una visión negativa acerca de sí mismo, el mundo y el futuro (García- Vera y Sanz, 2012). Los resultados de estudios como el de Jacobs et al. (2008) muestran que las actitudes disfuncionales correlacionan de manera positiva con la aparición de la depresión.

Factores sociales de la depresión

Frecuentemente existen acontecimientos vitales adversos vinculados al inicio de los cuadros depresivos mayores. Ciertos tipos de acontecimientos parecen estar más relacionados con la depresión, especialmente los que implican pérdidas: fallecimientos de un familiar cercano, divorcio o boda de un hijo. Estos y otros sucesos precipitantes tienen mayor impacto durante los primeros episodios de un trastorno afectivo que en sucesivas recaídas (Blanco, 1999).

Muchos factores sociales han sido relacionados con los trastornos del estado de ánimo, en particular las dificultades en las relaciones interpersonales. De hecho, algunos teóricos han sugerido que la relación entre depresión y las relaciones llenas de problemas explica el hecho de que el trastorno es de dos a tres veces mayor más prevalente en las mujeres que en los hombres (National Alliance on Mental Illness, 2003), lo cual se debe a que en la sociedad occidental las mujeres suelen estar más orientadas y vinculadas a las relaciones a diferencia de los hombres (Ali, 2008). Sin embargo, no todas las personas que experimentan una relación problemática se deprimen. Como podrían anticipar el enfoque de sistemas, al parecer se necesitan de predisposiciones genéticas o distorsión cognitiva para que las dificultades de una relación cercana u otros estresores importantes, de cómo resultados un trastorno del estado de ánimo (Wichers et al., 2007).

A pesar de que los grupos sociales de riesgo no están definidos de manera unánime parece que hay coincidencias en señalar algunas variables, entre las que se encuentran: el sexo, la estructura familiar, la edad y determinadas características de personalidad, juegan un papel importante en el inicio y mantenimiento de la depresión Rodríguez y Martínez, (2001). Por otro lado, la depresión se relaciona con un déficit en las habilidades sociales, Vinaccia,

Gaviria, Atehortúa, Martínez, Trujillo y Quiceno (2006) señalan que los resultados de su estudio apuntan a que los niños depresivos presentan una escasa motivación por mantener relaciones contacto con los demás. Las consecuencias de este escaso contacto con los demás son una disminución o ausencia de reforzamiento positivo, sin embargo una interacción social constituye a un factor de protección frente a la depresión.

Tratamiento

Secin y Rivera (2003) aluden que las directrices prácticas para el tratamiento de la depresión en adultos de acuerdo a la American Psychiatric Association (1993) establecen que el tratamiento satisfactorio de los trastornos del estado de ánimo se debe indicar con un oportuno diagnóstico, una evaluación psicosocial y médica adecuada, así como con el establecimiento de las posibilidades de tratamiento, todo ello mediante la base de alianza terapéutica, elemento fundamental de cualquier inicio de tratamiento médico y para el mantenimiento del mismo.

Tratamiento farmacológico

Existen distintos tratamientos y terapias para reducir y eliminar los síntomas y signos de la depresión, como son los antidepresivos, existen muchos antidepresivos disponibles. Todos funcionan bien, pero algunos son mejores para un determinado tipo de depresión. Los farmacológicos incluyen a una serie de medicamentos que tienen como objetivo actuar, principalmente, modular las concentraciones de serotonina y norepinefrina, en los últimos años se han desarrollado los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, como son la fluoxetina, la fluovoxina, paroxetina y la sertralina que han demostrado ser fármacos que disminuyen los síntomas depresivos, sin tener fuertes efectos secundarios. (Salín y Pascual 2003).

Antidepresivos tricíclicos, se llaman tricíclicos por su estructura química y los hay de muchos tipos. Aumentan la cantidad de neurotransmisor del espacio sináptico impidiendo que este será reabsorbido por la célula que lo liberó son muy eficaces en la depresión moderada y grave, cuando hay problemas de sueño y apetito, agitación o enlentecimiento

motor. Rojtemberg, (2006). Tardan al menos dos semanas en hacer efecto. Además de mejorar la depresión, algunos de ellos son sedantes, por lo que es recomendable hacer una entrevista adecuada para saber las labores semanales del paciente, dado que es un sedante es necesario consultarlo con su médico. Los antidepresivos pueden producir efectos secundarios. No aparecen en todas las personas. Los más frecuentes son; visión borrosa, estreñimiento, dificultades en la erección y eyaculación, retención urinaria, boca seca, taquicardia, sudoración, temblor en las manos, aumento de peso, sedación y sensación de mareo al levantarse (Rojtemberg, 2006).

Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAOs), suelen ser eficaces en personas que no responden a otros antidepresivos o que tienen depresiones atípicas o resistentes al tratamiento, presentando mucha ansiedad, irritabilidad, hipocondría, o que pasan mucho tiempo durmiendo. Este fármaco aumenta la cantidad de neurotransmisor en la sinapsis impidiendo su eliminación por una sustancia llamada monoaminoxidasa, es decir, inhiben la acción de esta sustancia. Esta acción no sucede únicamente a nivel cerebral sino también en el resto del cuerpo, donde la monoaminoxidasa tiene muchas más funciones. Una de ellas es metabolizar una sustancia llamada tiramina que se encuentra en muchos alimentos, En los pacientes que toman este tipo de medicamento antidepresivo, el monoaminoxidasa no puede metabolizar la tiramina, lo que puede producir es un exceso de esta, y por lo tanto ocasiona un aumento de la presión arterial y dolor de cabeza. Por esta razón, las personas toman este tipo de antidepresivo deben mantener una dieta pobre de tiramina (San y Arranz, 2011).

Tratamiento psicológico

Los tratamientos psicoterapéuticos que han demostrado efectividad son: terapia cognitivo conductual, la terapia interpersonal y la psicoterapia basada en la resolución de problemas (Espinoza 2007). La terapia cognitivo conductual, consiste, a grandes rasgos, en corregir los pensamientos disfuncionales que provienen de experiencias tempranas como la pérdida de seres queridos, haber sido víctima de abuso, pensamientos de minusvalía, de rechazo o pensamientos negativos automatizados; de este modo se cree que se forma una estructura rígida vulnerable a padecer depresión. El paciente y el terapeuta trabajan para identificar aquellos pensamientos negativos para cambiarlos con supuestos básicos más realistas (Hunt y Ellis, 2007). Al corregir estos pensamientos, se pueden corregir las conductas. El objetivo del tratamiento es hacer un enlace entre cognición, afecto y conducta. A medida que el paciente examina sus actividades disfuncionales, aprende a detectar y contrarrestar errores del pensamiento de la información tales como una excesiva generalización, excesiva personalización, pensamientos todo o nada y la generalización a partir de eventos negativos (Espinoza, 2010).

El modelo cognitivo de la depresión surgió de las observaciones clínicas y por la investigación de Aarón Beck (1963-1967), con grupos de enfermos con depresión, el modelo de la teoría cognitiva se basa en los siguientes tres puntos:

- El concepto de la triada cognitiva, consiste en tres patrones que inducen al paciente a considerar su futuro y sus experiencias. El primer componente de la triada se centra en la visión negativa del paciente acerca de sí mismo, el paciente se desanimado, inhibido, enfermo. El segundo componente se centra en la tendencia a una depresión a interpretar sus experiencias de una manera negativa, además de sus interacciones

con el entorno y como guiar la búsqueda de nuevos objetivos que pueda alcanzar. El tercer componente se centra en la visión negativa del futuro, cuando la persona depresiva hace proyectos de gran alcance.

- Organización estructural del pensamiento depresivo, esto se utiliza para explicar porque el paciente depresivo mantiene actitudes que le hacen sufrir. En las depresiones leves el paciente contempla sus pensamientos negativos con una cierta objetividad. A medida que la depresión se agrava, su pensamiento está dominado por ideas obsesivas llenas de culpabilidad e inutilidad que suelen perseverantes y puede encontrar difícil concentrarse en estímulos externos como leer o realizar actividades mentales.
- Errores en el procesamiento de información, los errores sistemáticos que dan el pensamiento depresivo mantiene la creencia del paciente en la validez de sus conceptos negativos. Y los más frecuentes son los siguientes: interferencia arbitraria (adelanta una conclusión). Abstracción (Centrarse en los detalles). Generalización excesiva (Elaboración de una regla o una conclusión). Maximización o minimización (evaluar errores). Personalización (Clasificar las experiencias).

Esta ha sido la psicoterapia mejor estudiada en la depresión mayor. En un meta análisis de 12 estudios con adecuada metodología la terapia cognitivo conductal reportó un porcentaje de eficacia de 46.6% en la depresión y 30.1 % más eficaz que en grupo control sin terapia. Sin embargo, resulto más eficaz que el placebo por tan solo 9.4 %. Se sabe que las tasas de respuestas de la terapia cognitiva individual son mayores a la de terapia de grupo, 50.1%

contra 39.2% respectivamente, siendo los pacientes con trastornos de personalidad los que más probablemente deserten del tratamiento (Secín y Rivera, 2003).

Psicoterapia conductual es otra herramienta útil en el tratamiento de la depresión en el paciente medicamente enfermo ya que muchas conductas negativas, de evasión o respuesta de miedo pueden representar un retroceso en el procesos de rehabilitación de estos pacientes o ponerlos en riesgo de presentar complicaciones. La terapia conductual deriva de los principios del condicionamiento clásico y operativo de la teoría del aprendizaje social y la indefensión aprendida, incluye la terapia de aprendizaje social, la terapia de autocontrol, el aprendizaje de habilidades sociales, y la terapia estructurada de resolución de problemas Secín y Rivera, (2003). Las terapias de conducta emplean la educación, la práctica guiada, tareas para la casa y el refuerzo social, y la duración de la terapia es breve, de ocho a 16 semanas. Se intenta ignorar los comportamientos depresivos como la autculpa, la pasividad, y el negativismo, mientras que se recompensan comportamiento distante a la depresión como la actividad, la experimentar placer y la resolución de problemas. El terapeuta debe proponer al paciente de inicio a tareas pequeñas y concretas, y poco a poco debe ir proponiendo tareas más ambiciosas. Este aprendizaje enseña al paciente a auto reforzarse, a tener un comportamiento más asertivo y buscar reforzadores sociales, tales como los cumplidos y el contacto visual (Secín y Rivera, 2003).

La psicoterapia interpersonal está enfocada en modificar la vida interpersonal del paciente. El tratamiento inicia con una explicación del diagnóstico de depresión, como una enfermedad y de las opciones de tratamiento (Morris y Maisto 2014). El tratamiento durante la fase aguda tiene una duración entre 12 a 16 semanas, durante las cuales se utilizan tareas estructuradas para resolver alguno de los cuatro problemas interpersonales

conocidos: duelo no resuelto, conflictos de rol, transición de nuevos roles y déficit de relaciones sociales. Mediante este rol playing el paciente adquiere nuevas habilidades interpersonales, por lo que suele mencionarse que la terapia interpersonal es una terapia expresiva. Una terapia expresiva busca las posibles explicaciones de conductas pasadas que repercuten en el presente del paciente. La terapia interpersonal ha mostrado mayor eficacia tanto para el tratamiento de la fase aguda de la depresión como para la fase de mantenimiento (Morris y Maisto 2014).

Hay tres tratamientos psicológicos que tienen mostrada su eficacia en la depresión. Son la Terapia de Conducta, la Terapia Cognitiva y la Psicoterapia Interpersonal. De todos ellos se puede decir que son tratamientos bien establecidos. Todos ellos consisten en un programa estructurado del orden de 12-16 sesiones, con algunas adicionales, y disponen de un manual de aplicación incluyendo a veces un manual del paciente). Igualmente, todos son susceptibles de su aplicación en grupo, y no sólo como tratamiento agudo, sino también como continuación y mantenimiento (Pérez 2010).

Memoria

Antecedentes históricos de la memoria

Las primeras referencias a este tema proviene de lo que hoy conocemos como estrategias mnémicas, ósea, las que facilitan la codificación y recuperación de información. Dentro de estas se encuentra la denominada método loci o método de los lugares y que se atribuye fue empleada por primera vez por el poeta Simónides de Ceos 556 a. C. El método loci se refiere a la estrategia seguida por Simónides para identificar los lugares en los cuales se encontraban sentados los invitados del rey a una fiesta. Suelen acacharse a este hecho los primeros estudios y citas de la memoria como aspecto independiente y relevante dentro de los antecedentes de la memoria Cicerón y Quintiliano, fueron quienes además de citarla, describirla y recomendarla como útil para el recuerdo, reconocieron las debilidades de la misma para su uso en la evocación de partes del discurso oratorio. La conocemos gracias a la referencia hecha de ella por Cicerón u Quintiliano, quienes además citarla, describirla y recomendarla como útil para el recuerdo, reconocieron las debilidades de la misma para su uso en la evocación de partes del discurso oratorio (Peñaloza, 2000).

John Locke (1632) mencionaba que la mente de un recién nacido es una pizarra en blanco es decir una tabula rasa en la que se escribe la experiencia. La educación, experiencia y el aprendizaje permiten a la gente común ir más allá de su clase.

William James (1890) explicaba que el recuerdo de un evento, como una cena, tiene múltiples componentes, como el sabor de la comida, los temas de una conversación y el aroma de un perfume, todos conectados entre sí. A su vez, una asociación entre dos eventos consiste en conexiones múltiples entre los componentes subyacentes.

Broadbent (1958) propuso el primer modelo estructural del procesamiento de la información en el sistema cognitivo humano. Este modelo representa el primer diagrama que muestra cómo fluye la información a través del sistema de procesamiento de la información y lo que ocurre con la información atendida y no atendida.

Los estudios de Tulving (1967) fueron los primeros que mostraron que en la memoria está disponible una gran cantidad de información. El problema es que no podemos acceder a ella para recuperarla eficazmente. La idea de Tulving fue que probablemente la información estuviera disponible en la memoria pero el problema es que, a veces, no se encuentran las señales efectivas que conducen a una recuperación eficiente.

Como consecuencia, cuando las señales que utilizamos resultan ineficaces, se produce un fallo en la recuperación del material. Tulving evaluó con una prueba de recuerdo libre, el aprendizaje de una serie de listas de palabras en dos condiciones experimentales diferentes. En una de ellas, presentaba una lista y después los sujetos tenían que recordar todas las palabras que pudieran de esa lista. Después presentaba otra lista y volvía a poner a prueba el recuerdo libre de las palabras de la lista, y así varias veces más. En la segunda condición varió el procedimiento. Comenzaba presentando una lista y después los participantes tenían que recordar en tres ocasiones sucesivas todas las palabras que pudieran de la lista. Lo importante fue lo que sucedió en esta segunda condición. En cada ensayo, los participantes recordaron aproximadamente el mismo número de palabras, pero las palabras recordadas variaban de ensayo a ensayo. Tulving interpretó estos resultados en el sentido de que en la memoria de los observadores estaban almacenadas casi todas las palabras aunque a pesar de estar disponibles, no podía acceder a todas ellas en cada ensayo.

De entre esos modelos, el que más ha influido en la investigación posterior sobre la memoria humana ha sido el propuesto por Parkinson y Shiffrin (1968). Dicho modelo se denomina modelo estructural o modelo modal porque hace hincapié en la existencia de varias estructuras o almacenes diferentes de memoria.

Un abundante número de investigaciones realizadas en los años sesenta y principios de los setenta fue proporcionando un gran cúmulo de resultados que parecían diferenciar entre dos almacenes de memoria, el de la memoria a corto plazo y el de la memoria a largo plazo. Aunque al principio parecía que existía un gran número de fuentes que apuntaban a la existencia de estos dos últimos almacenes de memoria, y por tanto, que podían explicarse mediante el modelo de Atkinson y Shiffrin.

El tercer momento de la memoria se inicia con la publicación de la obra cognitiva de Ulrich Neisser en 1972, en la cual y por primera vez se unen iconos con el procesamiento computacional y se inicia la sistematización de la ciencia cognoscitiva (Zuleyma, 2000).

Definición de la memoria

Luria (1978) concibe la memoria como la impresión, grabado, retención y reproducción de las huellas de la experiencia anterior lo que da al hombre la posibilidad de acumular información y contar con los indicios de la experiencia anterior tras desaparecer los fenómenos que la motivaron, también describe que la memoria no es estática, sino dinámica.

Lorenzo y Mico (1993) explican que la memoria es la capacidad de adquirir, almacenar y evocar informaciones, estas están implicadas en muchas áreas o subsistemas cerebrales y

no es una función exclusiva de alguna parte cerebral. De igual forma Tulving (1996) menciona que la memoria es una capacidad que se puede considerar como un regalo de la naturaleza que permite el almacenamiento, acumulación y utilización del conocimiento producto de la experiencia lo que posibilita aprender y sobrevivir en el medio en el que se vive.

Un conjunto de funciones vinculadas a la habilidad para registrar, elaborar, almacenar, recuperar y utilizar información. Desde esta perspectiva la memoria no sería un sistema unitario, sino una red de sistemas interactivos, cada uno capaz de registrar y almacenar información y de hacerla disponible para su recuperación. Sin esta capacidad de almacenar información no podríamos percibir adecuadamente, aprender de nuestro pasado, comprender el presente o planificar para el futuro (Baddeley, 1999).

Tipos de memoria

Memoria sensorial

La memoria sensorial se define como las sensaciones transitorias breves de lo que se percibe, cuando se ha probado, visto o escuchado algo. Se refiere al almacenamiento de los procesos involucrados en la percepción (Soprano, 2007). Si durante algún tiempo exponemos a un sujeto a un estímulo simple, por ejemplo, le proponemos mirar durante 10-15 segundos un cuadro rojo encendido, y luego es retirado el sujeto sigue viendo en lugar del mismo una estampa de la misma forma, aunque de color azul verdoso por lo general; dicha estampa aparece enseguida unas veces, otras a los pocos segundos y se mantiene un cierto periodo, desde 10-15 segundos hasta 45-60 segundos, luego va palideciendo, y acaba

por desaparecer. En ocasiones vuelve a parecer para desaparecer totalmente. Tanto el brillo como la nitidez y la duración de las imágenes sucesivas pueden ser diferentes en distintos sujetos. Esta representación residual se denomina imagen sucesiva negativa y puede considerarse como el tipo más elemental de memorial sensorial (Luria, 1979).

En general la mayoría de investigadores admite la existencia de la memoria sensorial como un tipo particular de memoria que se ocupa de registrar las sensaciones permitiendo la exploración de las características físicas de los estímulos. La información permanece en el registro sensorial un tiempo muy breve, alrededor de 1 segundo y posteriormente es transferida a otras memorias más estables. Si la información que llega al registro sensorial no es atendida, desaparece del sistema (Ratey, 2003).

Aparentemente la memoria sensorial se explica por una persistencia breve de a actividad neuronal que se mantiene después de un estímulo lo ha sido transmitido. Probablemente existan tantos tipos de memorias sensoriales como sentidos (Puente, 2003).

Memoria episódica

La memoria episódica son recuerdos de sucesos experimentados en un lugar y momentos específicos. Son recuerdos personales más que hechos históricos. Esto evocando recuerdos episódicos si puede recordar lo que cenó anoche o como aprendió a manejar una bicicleta cuando era pequeño. La memoria episódica es como un diario que lo deja retroceder en el tiempo y espacio para vivir una experiencia personal (Kinierim, 2007). Mientras que la memoria episódica es la información que “recordamos”, la memoria semántica es la información que “sabemos” (Tulving, 1985).

Además de permitirnos revivir las experiencias pasadas, los recuerdos episódicos también desempeñan una función crucial para anticipar y visualizar el futuro. Es decir, mediante la recombinação de elementos de experiencias pasadas, recuerdos episódicos, podemos imaginar o simular eventos futuros. Por ejemplo cuando se prepara para una entrevista de trabajo importante le será útil recordar el desarrollo de entrevistas previas. Luego al reestructurar los elementos claves de esas experiencias pasadas, estará más preparado para anticipar las preguntas que le podrían plantear y es de esperar, para pensar en mejores respuestas de las que daría de otro modo (Shacter y Addis, 2009).

Carlson (2010) define a las memorias episódicas como una implicación en un contexto: incluyen información sobre cuándo y en qué condiciones sucedió un episodio concreto y el orden en que tuvieron lugar los sucesos del mismo. Las memorias episódicas son específicas en cuanto a un tiempo y a un lugar concreto, ya que un episodio por definición ocurre tan sólo una vez.

Memoria semántica

Se puede definir como hechos y conceptos que no están ligados a un tiempo particular, la memoria semántica es como un diccionario o una enciclopedia repleta de hechos y conceptos (Morris y Maisto, 2014).

Por otro lado, son memorias de hechos o conocimiento general acerca del mundo que está muy relacionado con las memorias episódicas, pero a diferencia de ellas la memoria semántica no está ligado al tiempo y al espacio. Por ejemplo, si se le pide a alguien que nombres al primer presidente de Estados Unidos puede dar la respuesta, pero quizá no

recuerde con precisión dónde o cuándo aprendió esta información. Tanto la memoria episódica como la semántica pueden comunicarse de manera flexible, en formatos diferentes a la adquisición original y también suelen estar disponibles para el recuerdo consciente. A estas dos memorias se les suele llamar memoria declarativa o explícita, dado que se puede tener acceso consciente o explícito a la información episódica y semántica, que suele ser fácil verbalizar o declarar (Gluck, 2009).

De igual modo la memoria semántica involucra hechos, pero no incluye información sobre el contexto en que estos se aprendieron. En otras palabras, la memoria semántica es menos específica que las memorias episódicas. Por ejemplo, saber que el sol es una estrella implica una memoria menos específica que ser capaz de recordar cuándo, dónde y de quién se aprendió este hecho. Las memorias semánticas pueden adquirirse gradualmente, con el tiempo la episódica se adquiere de una vez (Carlson, 2010).

Memoria procedimental

Se refiere a las habilidades y hábitos. Es decir no son los recuerdos de las habilidades y los hábitos, son las habilidades y los hábitos. La memoria procedimental tiene que ver con cosas como saber andar en bicicleta, tocar violín, hacer café, escribir su nombre, cruzar una habitación o frenar violentamente. La información involucrada por lo general consta precisamente de una secuencia de movimientos coordinados que a veces es difícil describir en palabras. Para dominar habilidades y hábitos se requiere repetición y en muchos casos de la práctica deliberada, pero una vez que se aprenden, rara vez se pierden por completo (Johnson, 2003).

Eichhenbaum (2003) refiere que la memoria no está coordinada solamente por los músculos si no que también está involucrado el sistema nervioso, en un complejo sistema cerebral que planifica y ejecuta programas o procedimientos motores coordinados. Desde la práctica de un deporte hasta el acto de leer en voz alta algún texto y hacer anotaciones sobre su contenido, una serie interminable de conductas coordinadas que llevamos a cabo en nuestra vida cotidiana son producto de la memoria procedimental, es decir los hábitos y destrezas que nuestro sistema motor ha adquirido e incorporado a sus propios circuitos

Memoria emocional

La memoria emocional son respuestas emocionales aprendida para distintos estímulos, como el amor hacia nuestra pareja o el odio hacia alguna persona, nuestros temores racionales e irracionales, nuestros sentimientos de desagrado y ansiedad (Morris y Maisto, 2014).

En general, el término memoria emocional apunta a aquellas emociones generadas mediante la asociación con una vivencia pasada por la cual se experimenta una sensación que puede ser previa al recuerdo consciente de la experiencia que la suscitó. Eichenbaum relata un ejemplo de memoria emocional. Cuenta este autor que en una ocasión: “estando en un ascensor, subió una joven que llevaba puesto un perfume particular. Y continuando unos segundos, comenzó a sentir una sensación de familiaridad como de inocente felicidad. Me note emocionalmente transportado en el tiempo hasta la sensación del instituto de secundaria. Transcurrido unos segundos comenzó a recordar a chicas que conocía antes y también chicos, compañeros de clase en los que no había pensado desde hacía muchos años. Por fin identifique, Shalimar, un perfume popular entre los adolescentes de los años 60”. En este caso los últimos recuerdos específicos con ejemplos comunes de memoria

declarativa, pero la sensación del instituto es un típico ejemplo de memoria emocional (Eichenbaum., 2013).

En la actualidad algunos investigadores postulan la existencia de un circuito cerebral específico para ciertos aspectos de los recuerdos emocionales que funcionan paralelamente a otros sistemas de memoria. A veces se puede sentir la sensación de nervios o ansiedad, contentos o asustados ante una imagen que suscita un recuerdo, incluso antes de ser capaces de declarar el origen de tales sensaciones o independientemente de ello. Este sistema interviene también en el condicionamiento del miedo y la modulación de otras conductas mediante el temor condicionado (Eichenbaum, 20013).

Memoria a corto plazo

La memoria sensorial actúa primero para el acopio de la información, después entra en juego la memoria a corto plazo, para convertirse en memoria a largo plazo si así se requiere. Por otra parte la memoria a corto plazo suele estar limitada a la memoria entre 5 y 7 elementos, otro límite tiene que ver con la atención (Gluck, 2009).

A principios de la década de 1950 George Miller, sostenía que existe un rango de capacidades de la memoria de corto plazo que se centran en cinco elementos, pero que la mayoría de la gente fluctúa entre cinco y nueve, aunque son más comunes los límites inferiores (Miller, 1956).

James (1890) describía como memoria primaria como el contenido de la conciencia; esto es, la memoria de corto plazo aquello en que se piensa en el momento. Como tal el contenido de la memoria de corto plazo está sujeto a las limitaciones de la duración

consciente y dado que el contenido del pensamiento cambia continuamente, el contenido de la memoria primaria sería efímero. Así, para James la memoria de corto plazo era información en el estado consciente activo, sujeta a los límites de la capacidad y de la duración del pensamiento consciente.

Richard y Shiffrin (1968) una visión de todo el sistema de memoria, el cual, alcanzó subsecuentemente tal influencia que se conoce como el modelo modal o típico de la memoria. Su modelo era especialmente centrado en la memoria de corto plazo y memoria de largo plazo. De acuerdo a este modelo la información entrante fluye del registro sensorial hacia la memoria de corto plazo para su almacenamiento permanente en la memoria de largo plazo. La transferencia de información desde el registro sensorial hasta la memoria de corto plazo es controlada por la atención. Una característica importante del modelo de Atkinson y Shiffrin (1968), es que el sistema de la memoria de corto plazo tiene una capacidad extremadamente limitada. Esto implica no solo que un número reducido de reactivos puede ser almacenado, sino también que los procesos de control requieren parte de esa limitada capacidad.

Memoria de largo plazo

Morris (2014) menciona que la capacidad para almacenar grandes cantidades de información por periodos indefinidos es esencial para poder dominar habilidades complejas, obtener educación o recordar las experiencias personales que contribuyen a nuestra identidad. Todo lo que aprendemos se almacena en la memoria de largo plazo. En contraste, la memoria a largo plazo puede almacenar una gran cantidad de información por muchos años. En un estudio se encontró que adultos que se habían graduado de la

preparatoria hacia más de 40 años eran capaces de reconocer el 75% de sus compañeros de clase (Linsay y Read, 2006).

La memoria de largo plazo es un tipo de memoria relativamente permanente que almacena enormes cantidades de información por un largo periodo de tiempo. La capacidad de la memoria a largo plazo es de hecho asombrosa. John Von Neumann, un distinguido científico de computadoras, calculó el tamaño en 2.8×10^8 , es decir 280 trillones de bits, lo cual en términos prácticos significa que nuestra capacidad de almacenamiento es casi ilimitada. Von Neumann asumió que nunca se olvida algo, pero incluso considerando que olvidamos cosas, podemos retener varios miles de millones de veces más información que una gran computadora.

La memoria a largo plazo es compleja, en el nivel superior, está dividida en subestructuras de memoria explícita y memoria implícita. En términos generales la memoria explícita tiene que ver con recordar quién, qué, dónde, cuándo y por qué; la memoria implícita tiene que ver con recordar cómo. La memoria explícita puede subdividirse en memoria episódica y semántica y distinguirse como retrospectiva o prospectiva. La memoria implícita incluye los sistemas implicado en la memoria procedimental, imprimación y condicionamiento clásico (Ruiz, 2008).

Memoria explícita es el recuerdo consciente de información como hechos o eventos específicos que puede, al menos en humanos, comunicarse en forma verbal (Tulving, 1989). En los ejemplos de memoria explícita se incluyen contar los eventos de una película que ha visto y describir un principio básico de psicología a alguien. Sin embargo, no necesita estar hablando para estar usando la memoria explícita. Tan sólo sentarse y

reflexionar en forma consciente acerca de, la teoría de la relatividad de Einstein o la cita que se tuvo la semana anterior (Eichenbaum., 2013). El psicólogo cognoscitivo canadiense Endel Tulving (1972, 1989, 2000) ha sido el principal defensor de la distinción entre dos subtipos de memoria explícita; episódica y semántica. Los psicólogos distinguen entre memoria explícita, que incluye las memorias episódica y semántica, y la memoria implícita, que incluyen la memoria procedimental y emocional. Esos términos reflejan el hecho de que a veces tenemos conciencia de saber algo, memoria explícita, y otra vez no estamos conscientes de que lo sabemos, memoria implícita (Morris y Maisto, 2014).

Memoria de trabajo

La memoria denota la capacidad de procesamiento de información de una persona. Daneman y Carpenter (1980) daban crédito a Newel y Simón (1972) y sus colegas con el término memoria de trabajo cuando desarrollaron un modelo de procesamiento de información. El concepto de memoria de trabajo ha reemplazado o actualizado al concepto de memoria a corto plazo. Este espacio conceptual comúnmente es visto como una parte activa del sistema de procesamiento de información, opuesto al tradicional de memoria a corto plazo, que se veía como el corto plazo de almacenamiento pasivo. De este modo, los conceptos de memoria de trabajo y memoria a corto plazo son similares, en cuanto a que ambos se refieren al almacenamiento temporal de la información entrante y porque ambos son limitados en capacidad. Sin embargo, los conceptos difieren en un aspecto clave: la memoria a corto plazo se ve como una forma pasiva de memoria, en tanto que la memoria de trabajo u operativa se comprende como una forma activa. La memoria a corto plazo se refiere a una forma de almacenamiento pasivo de información mientras esta información se

codifica en memoria a largo plazo o se olvida. Baddeley y Hitch (1974). La memoria de trabajo, por otro lado, sirve más que como un espacio de almacenamiento temporal para información entrante. Es más bien donde ocurren la mayoría de los cálculos y manipulaciones de información. Lo que es más, como señala Baddeley y Hitch (1974), este componente almacena los productos o efecto de estos cálculos y transformaciones además de la información original.

Nairne (2003) explica que la memoria a corto plazo conserva información en la cual estamos pensando en cualquier momento dado. La memoria a corto plazo tiene dos tareas principales: almacenar por un tiempo breve la nueva información y trabajar en ella y en otras informaciones. A la memoria a corto plazo se le conoce a veces como memoria de trabajo, para subrayar el componente activo.

De la misma manera la medición de la memoria de trabajo data desde los primeros experimentos conducidos por Baddeley y Hitch (1974). Prácticamente, este constructo se ha sido medido a través de la presentación de gran cantidad de información al examinado. El examinador debe procesar o transformar la información y después retener el producto final. La tarea de recordar la información puede ocurrir después de presentarse el material, como en la prueba de retención de dígitos. Sin embargo cuando aumenta la complejidad de la tarea, como presentar mayor información requiere cada vez más del sistema de memoria de trabajo.

Las tareas de memoria de trabajo se han distinguido conforme al material visual y verbal, originalmente propusieron un sistema de memoria de trabajo de componentes múltiples. Basándose en esta teoría, algunos

investigadores creen que la memoria de trabajo tiene tres componentes distintos que sirven como topes para la información para procesarse (Logie 1996). El sistema comprende de un procesador ejecutivo central y dos sistemas esclavos. Los sistemas esclavos se refieren al enlace fonológico en el cual el material verbal se almacena y procesa y el esquema visoespacial, donde se almacena y procesa el material espacial (Baddeley, 1986).

Gluck, Mercado y Myers (2009) encontraron que el tercer componente del modelo de Baddeley es el ejecutivo central, que supervisa y manipula la dos interfaces de la memoria de trabajo y proporciona el control ejecutivo de la memoria de trabajo. Las manipulaciones del ejecutivo central incluyen agregar y borrar elementos de las interfaces, seleccionar en los elementos para dirigir la conducta, recuperar información de la memoria de largo plazo y transferir información de la agenda visoespacial y el bucle fonológico a la memoria de largo plazo.

Por su parte el Bucle fonológico o espiral fonológica se especializa en almacenar información en forma breve acerca de los sonidos del lenguaje. El bucle fonológico contiene dos componentes separados: un código acústico, el cual se deteriora en unos cuantos segundos, y una función de ensayo, la cual permite a los individuos repetir las palabras en la espiral fonológica (Baddeley y Hitch, 1974).

La memoria de trabajo existe otro componente llamado agenda visoespacial la cual almacena la información en un lapso de tiempo breve de los sonidos del lenguaje. La agenda visoespacial también ha sido llamada cuaderno de apuntes visoespacial. La agenda visoespacial es limitada, si se intenta poner muchos elementos en la memoria de trabajo visoespacial, no pueden representarlos con bastante precisión para recuperarlos con éxito.

El bucle fonológico y la memoria visoespacial funcionan de manera independiente (Reed, 2000).

Por último, se encuentra el ejecutivo central que integra la información no sólo del bucle fonológico y la memoria de trabajo visoespacial sino también de la memoria a largo plazo. El ejecutivo central desempeña funciones importantes en la atención, planeación y organización. El ejecutivo central actúa más como un supervisor que vigila que la información que merezca atención y cuál debe ser ignorada. También selecciona cuáles estrategias usar para procesar información y resolver problemas. Como con los otros dos componentes de la memoria de trabajo, el bucle fonológico y la memoria de trabajo visoespacial, el ejecutivo central también tiene una capacidad limitada (Santrock, 2004).

En la Figura 1 se presenta el modelo de Baddeley de la memoria de trabajo donde dirige la atención a dos distinciones importantes. Primero distingue entre dos procesos generales de la memoria de trabajo: manipulación, que depende del ejecutivo central y el mantenimiento que sólo requiere el repaso de las dos interfaces de la memoria. Segundo propone que las interfaces de la memoria son específicas al material: una almacena material verbal y la otra almacena material relacionado con objetos y localizaciones (Gluck et al., 2009).

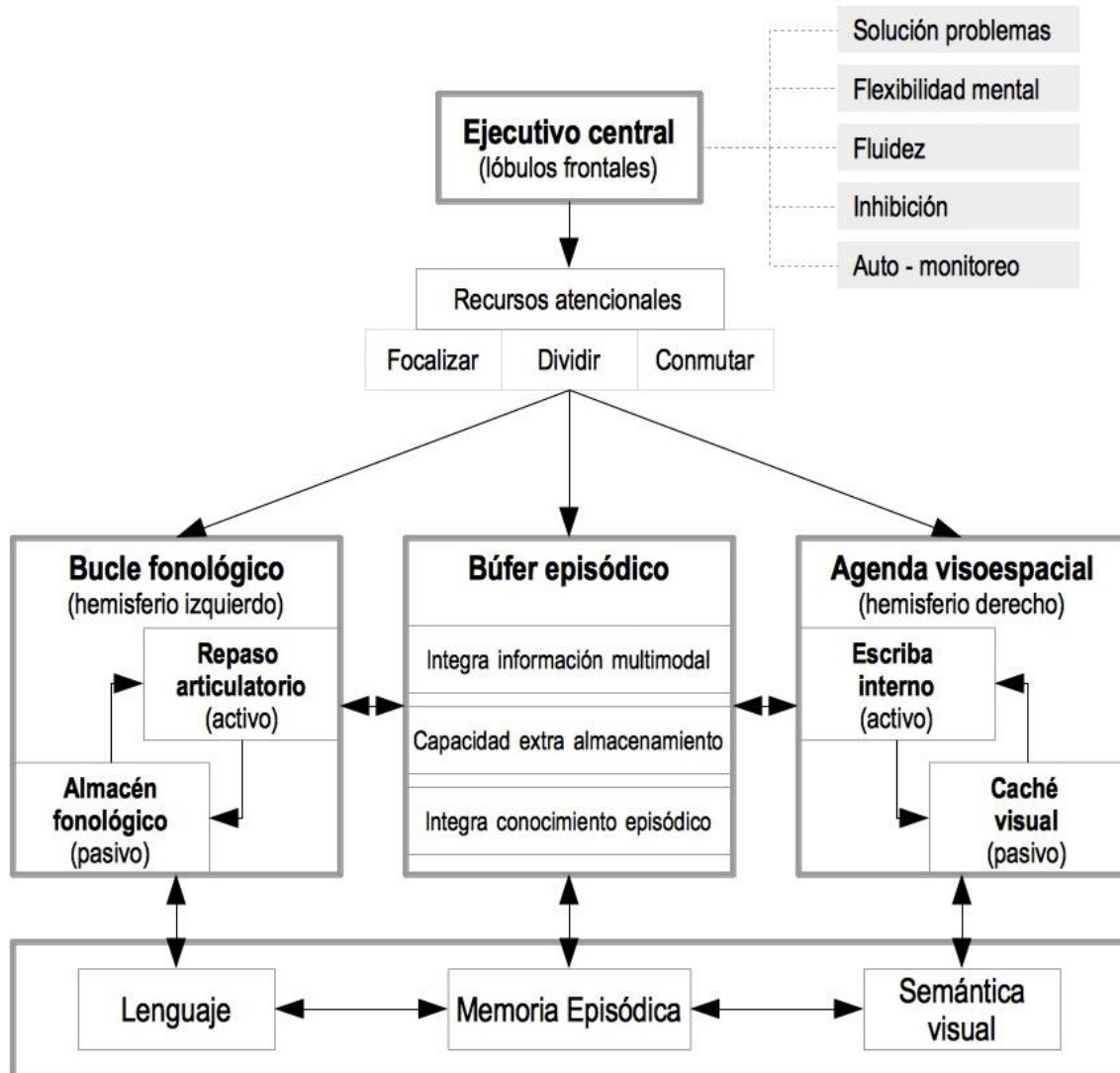


Figura 1. Modelo de Baddeley de la memoria de trabajo (de acuerdo con Baddeley y Hitch ,1974 y Ruiz Vargas, J.M. 2010) Adaptado de (Manual psicología de la memoria) p. 170 – 175. Madrid: Síntesis.

De igual modo varios psicólogos cognoscitivistas concuerdan en que la esencia de cualquier definición de memoria de trabajo abarca el almacenamiento temporal de material que está en una fase activa. (Carlson, Khoo, Yaure y Schneider, 1990).

Nyberg (2002) refiere que la memoria de trabajo es una especie de mesa de trabajo en la cual la información se manipula y ensambla para ayudarnos a comprender el lenguaje hablado y escrito, tomar decisiones y resolver problemas. Nótese que la memoria de trabajo no es como un almacén pasivo con estantes para almacenar información hasta que se mueve a la memoria de largo plazo. Más bien es un sistema de memoria activo.

Ruano et al., (2008) mencionan que la memoria de trabajo se ha definido como la conciencia, el espacio mental donde las cosas pueden ser contrastadas y manipuladas mentalmente. Esta memoria de trabajo se ha situado en la corteza prefrontal medial.

La biología de la memoria

El principio postulado por Hebb (1949) menciona que si una sinapsis se activa repetidamente al mismo tiempo que la neurona postsináptica genera potenciales de acción, ocurrirán cambios en la estructura química o incluso en la morfología de la sinapsis que, a su vez, resultará fortalecida.

En síntesis durante el aprendizaje asociativo en la neurona postsináptica se activa un segundo mensajero, como el adenosín monofosfato (AMP) cíclico, que a su vez, pone en marcha una fosfoquinasa facilitadora de cambios transitorios en las proteínas de los canales, a través de los cuales transcurren el flujo de iones en la membrana neuronal. Esto ocasiona un cambio de permeabilidad de dichos canales iónicos y la consiguiente modificación transitoria del funcionamiento de la sinapsis (memoria a corto plazo). Si la estimulación es más repetida, el segundo mensajero activa en el genoma de la transcripción de ciertos factores reguladores de la fosfoquinasa, produciendo la activación duradera de esta y las

consiguientes modificaciones permanentes en la estructura proteica (Inda, 2005). Estas modificaciones químicas y morfológicas de la membranas neuronales de la sinapsis fundamentan la consolidación de la memoria; además, cada vez que se vuelve a poner en marcha una sinapsis así modificada, ocurren nuevos cambios que fortalecen su función y la hacen más compleja (Dudai, 2004)

Las investigaciones actuales indican que los recuerdos consisten en cambios en las conexiones sinápticas entre neuronas (Asrican y Kandel, 2007). Cuando aprendemos cosas nuevas se forman nuevas conexiones en el cerebro; las cuales se fortalecen cuando revisamos o practicamos las cosas que aprendimos antes. Esos cambios químicos y estructurales construyen redes neuronales que crecen en un periodo de meses o años, durante el cual aumenta el número de conexiones entre neuronas como la probabilidad de que las células se exciten entre sí, por medio de descargas eléctricas, un proceso llamado potenciación a largo plazo (Williams, 2008). Parte de esto es producido por el aprendizaje que ocurre en el cerebro, en él también influyen los sucesos que ocurren en otras partes del cuerpo. Se ha demostrado que dos hormonas en particular, la epinefrina y el cortisol, afectan la retención a largo plazo, es especial de experiencias desagradables (Korol y Gold, 2007). Otra hormona que también se ha encontrado que influye en la memoria es la grelina, la cual es secretada en el recubrimiento del estómago cuando éste se encuentra vacío. Esta hormona viaja al cerebro, en donde estimula principalmente los receptores del hipotálamo que señalan el hambre. Sin embargo, parte de la grelina se dirige al hipocampo, en donde estudios con ratones han demostrado que puede mejorar el aprendizaje y la memoria. Los resultados de estos estudios demuestran que los ratones hambrientos tienen más probabilidades de recordar dónde han encontrado comida en el pasado (Diano et al., 2006).

La relación entre depresión y memoria

Depresión y déficits cognitivos en la memoria

Al igual que otros desórdenes neurológicos o psiquiátricos, los trastornos del estado de ánimo se consideran asociados con distintos déficit cognitivos (Austin, Mitchell y Goodwin, 2001).

Leight y Ellis (1981) examinaron los efectos del estado del ánimo inducidos experimentalmente en el aprendizaje de listas de pares consonantes y vocales, se aplicó una inducción de estado de ánimo con el procedimiento Velten (1968). Se indujo a los sujetos a uno de los tres estados de ánimo: feliz, triste y neutral. Se realizó haciendo que leyeran una lista de 60 declaraciones autorreferenciales del procedimiento Velten. Los sujetos a quien se indujo a un estado feliz, leyeron una serie de declaraciones autorreferenciales felices que hablaban de sentirse bien y competentes y felices, hasta ser en extremos felices. Los sujetos tristes leyeron una serie de declaraciones autorreferenciales tristes, y los sujetos neutrales, declaraciones diseñadas para inducir o mantener un estado neutral. Después de la inducción del estado de ánimo, se aplicó a los sujetos un cuestionario para asegurarse que el procedimiento de inducción hubiera sido satisfactorio, lo cual demostraron los resultados. A continuación se indicó a los sujetos que recordaran cinco secuencias de letras de la tarea de aprendizaje de recuerdo de secuencias de letras tras una inducción del estado de ánimo. Los sujetos con estado de ánimo neutral manifestaron el mejor desempeño, mientras que los sujetos tristes, el más deficiente. Además, los sujetos tristes no mostraron ninguna mejoría en el recuerdo después del segundo intento, lo que indica la pronunciada merma de estos sujetos. Los sujetos contentos fueron intermedios, y mostraron una mejoría continua con

cada intento, pero siempre de bajo del grupo neutral. Los resultados indican que los estados ánimo afectan la codificación de la información neutral, que la tristeza interfiere con la codificación, y que incluso niveles elevados de euforia tienen efectos de interferencia. Baddeley y Hitch (1974),

La mayoría de personas no están conscientes de que, en ciertos estados de ánimo, como cuando se sienten deprimidos, están menos alertas ante el entorno, y que es menos probable que se procese la información con eficacia. De manera semejante se ha logrado observar que los errores de los pilotos son un factor cuando operan con estrés. Asimismo, se ha investigado que los controladores de tráfico aéreo cometen errores, como olvidar por un momento atender a dos aeronaves que vuelan muy cercanas cuando están muy estresados o tensos, un rasgo común de esa actividad. Las observaciones clínicas de los pacientes deprimidos revelan que con frecuencia manifiestan deficiencias de memoria, y que un estrés o trauma graves pueden generar amnesia temporal o incluso prolongada. Así, las experiencias personales, las observaciones cotidianas y los informes clínicos apoyan la idea que los estados emocionales afectan los procesos cognitivos (Hunt y Ellis, 2007).

De acuerdo con Chamberlain y Shahakian (2005) el déficit cognitivo que se encuentran con mayor frecuencia entre pacientes deprimidos son los correspondientes a la atención, memoria, velocidad psicomotora y funciones ejecutivas. Un estudio de Richards (1998) relacionó la dificultad en la memoria visoespacial a corto plazo y el aprendizaje, así como el aprendizaje verbal en personas con trastorno depresivo.

Los pacientes con trastorno depresivo mayor se quejan a menudo de falta de atención. La mayoría de las investigaciones sobre falta de atención en depresión corrobora la idea de que

la depresión interfiere en mayor medida en los procesos controlados que en los automáticos. Los procesos automáticos se llevan de manera mecánica, y no requieren atención selectiva o ser consciente de ello. Los procesos controlados, por el contrario, requieren atención, un esfuerzo continuado y el procesamiento de la información (Goodale, 2007).

El trastorno depresivo mayor puede propiciar un déficit notable de diferentes funciones cognitivas, tal como se ha mostrado en varios estudios clínicos y empíricos. Los estados depresivos pueden dar origen a trastornos de la memoria que, aunque se diferencian de los otros síndromes amnésicos por su inconstancia y variabilidad, pueden llegar a constituir una pseudodemencia susceptible de mejorar con tratamiento antidepresivo. El mal desempeño cognitivo de sujetos con trastorno depresivo mayor podría ser atribuido a baja capacidad intelectual. Sin embargo, se determinó el perfil neuropsicológico del trastorno bipolar en relación con la esquizofrenia y el trastorno no depresivo unipolar. Se encontró que en muchos estudios que evalúan la memoria y la inteligencia, y en los que se hallaba mayor alteración en la memoria en un grupo psiquiátrico en relación con otro, no se encontraron diferencias significativas en cuanto a la inteligencia (Ruiz y Lopera, 2008).

Es muy conocida la interacción entre trastorno depresivo y disfunción cognitiva, en particular, memoria episódica (Airaksinen y cols., 2004; Austin y cols., 2001). Una posible explicación es que la depresión está asociada con cambios en estructuras cerebrales, incluidos hipocampo y corteza prefrontal, que son críticos para el funcionamiento de la memoria episódica (Campbell y cols., 2004; Drevets, 2000). En este sentido Airaksinen y cols. (2006) han encontrado tras un estudio longitudinal de tres años que los pacientes con

depresión mantienen el deterioro en memoria episódica a pesar de la gran mejora sintomática y de funcionamiento social.

Porter et al. (2003) realizaron un estudio del deterioro cognitivo en pacientes deprimidos que se encontraban libres de tratamiento farmacológico al menos en las últimas seis semanas, y lo comparó con sujetos sanos. Observaron un deterioro en un amplio rango de demandas cognitivas, incluyendo aprendizaje visoespacial y aprendizaje, atención y ejecución. Estos efectos no eran atribuibles al efecto de la medicación al no estar ésta presente, por lo que este estudio aporta una prueba objetiva de disfunción cerebral en la depresión.

Jorm et al. (2001) documentaron que aunque las quejas de memoria reflejan percepciones pasadas del funcionamiento de la memoria, y aunque puedan ser también una manifestación temprana de deterioro de la memoria, los afectos negativos actuales (ansiedad y depresión) están asociados con las quejas de memoria. Comijs et al. (2002) encontraron en un estudio de seguimiento de 6 años en pacientes con depresión, que en las personas de edad adulta no muestran un declive cognoscitivo real o neurológico, más bien las quejas de problemas de memoria podrían reflejar problemas psicoafectivos y de salud. De igual modo se sabe que la exposición a un estrés duradero se relaciona con el inicio de un episodio depresivo, en la depresión se ha encontrado que los niveles de cortisol se elevan y se presentan trastornos cognoscitivos (Heinze 2001).

Landro et al. (2012) evaluaron el funcionamiento de la memoria de 25 pacientes con fibromialgia comparándolos con 22 pacientes con depresión mayor y 18 sujetos sanos. Tanto los pacientes con depresión mayor como los enfermos de fibromialgia mostraron un

deterioro en las tareas de memoria a largo plazo que exigían un esfuerzo de procesamiento. Sin embargo, cuando se controló estadísticamente el efecto del estatus depresivo de los pacientes con fibromialgia, sólo la muestra de pacientes con una alteración depresiva mostró déficits de memoria comparada con la de los sujetos sanos.

Los trastornos afectivos se asocian con alteraciones cognitivas que no se limitan solo a los episodios afectivos agudos, incluso después de que los principales síntomas depresivos han remitido, los pacientes muestran deterioro en las funciones ejecutivas y atención, Habermann et al (2005).

Se ha considerado a la depresión como un factor de riesgo o pródromo de demencia Ownby (2006) menciona que los antecedentes personales de depresión duplican el riesgo de desarrollar demencia a lo largo de la vida, en específico de la enfermedad de Alzheimer.

Calderón y Barrera (2013) Evaluaron a niños con sintomatología depresiva respecto a un grupo control, los resultados muestran las diferencias que, tanto desde el punto de vista estadístico como clínico, son significativas en las subpruebas de recuerdo de una historia y recuperación de una historia. El resultado obtenido por el grupo con sintomatología depresiva fue menor comparado con el grupo sin sintomatología depresiva. Estos datos señalan que los aspectos de memoria se encuentran afectados de forma diferencial, siendo los procesos de memoria lógica los más afectados.

Guillermo (2007) refiere que los síntomas físicos mostrados en una depresión son principalmente cefalea, lumbalgia y dolor cervical caracterizan los síntomas dolorosos de la depresión, con base en su alta prevalencia y mayor gravedad en la calidad de vida. Además, Kirmayer y cols. (1993), encontraron que hasta 80% de los pacientes deprimidos, presentó

exclusivamente síntomas físicos. De igual modo Williams et al., (2000) informó que las personas gravemente deprimidas suelen tener insomnio y perder el interés por la comida y el sexo. Quizá tenga dificultades para pensar o concentrarse, incluso hasta el grado de que les resulte difícil leer el periódico. De hecho las dificultades para concentrarse y cambios sutiles en la memoria a corto plazo son a veces los primeros indicios del inicio de la depresión.

Baddeley (1998) argumenta que la depresión produce un deterioro en el aprendizaje, debido probablemente a que hay una codificación menos adecuada. Así mismo, menciona que un estado emocional, como la depresión compite y afecta la capacidad de atención y memoria que se dispone para las actividades cognitivas. Garay (2007) halló que la afectación cognitiva es uno de los criterios diagnósticos en el episodio depresivo mayor, así que padecer depresión puede significar un riesgo para sufrir demencia o algún deterioro grave en la memoria.

Secin y Rivera (2003) muestran que el 23% de estos pacientes son hospitalizado en servicios psiquiátricos; sin embargo, se sabe que hasta el 80% nunca se tratan o son tratados por médicos no psiquiatras. Además de que Nolen- Hoeksema (2006) encontró que “la prevalencia de la depresión es entre dos y tres veces mayor en las mujeres que en los hombres”.

En casos extremos a las personas deprimidas les acosan los pensamientos suicidas o incluso llegan a intentarlo Hantouche, Angs y Azorin (2010). Así mismo cuanto más temprano empiecen los síntomas depresivos, mayor es la probabilidad de que se intente el suicidio Thompson (2008).

Justificación

La Organización Mundial de la Salud (OMS 2001-2002) prevé que en el año 2020 será la depresión la segunda causa de discapacidad en el mundo, tan sólo después de las patologías cardiovasculares. En México, es la principal causa de pérdida de años de vida ajustados por discapacidad para las mujeres y la novena para los hombres (OMS, 2002).

Marcus et al. (2012) mencionan que la depresión contribuye de manera significativa a la carga global de enfermedad, afectando a personas en todas las comunidades del mundo. Es una de las causas principales de discapacidad a nivel mundial. Actualmente se estima que afecta a 350 millones de personas. La Encuesta Mundial de Salud Mental llevada a cabo en 17 países encontró que en promedio 1 de cada 20 personas informó haber tenido un episodio depresivo en el año previo. Los trastornos depresivos comienzan a menudo a temprana edad; reducen el funcionamiento y frecuentemente son recurrentes. Por estas razones, la depresión se encuentra cerca de los primeros lugares de la lista de enfermedades incapacitantes en los estudios de carga global de enfermedad. La necesidad de detener a la depresión y otras enfermedades mentales va en aumento en el mundo.

De acuerdo a Bélló et al. (2005) la prevalencia de depresión en México en mujeres es de 5.8%. La cifra correspondiente en los hombres es de 2.5%. En el caso de las mujeres el porcentaje de las afectadas es de 4% en las menores de 40 años de edad y alcanza una cifra de 9.5% entre las mayores de 60 años. Entre los hombres la prevalencia de depresión fue 1.6% en los menores de 40 años de edad y de 5% en adultos mayores. Un análisis por regresión logística demuestra que la probabilidad de presentar un episodio de depresión se

incrementa, en promedio, poco más de 2% por cada año de edad adicional, con una intensidad ligeramente mayor entre los hombres.

La Encuesta Mundial de Salud Mental determinó que, en el caso específico de México, las personas que padecieron algún trastorno de salud mental en el último año perdieron en promedio 27 días productivos si el trastorno fue grave y alrededor de 7 si la gravedad fue moderada (Wagner, 2012).

La depresión es un importante problema de salud pública por su elevada prevalencia e impacto en la calidad de vida, así mismo, como afecta la disminución en las funciones cognitivas.

Al mismo tiempo el trastorno depresivo mayor tiene la particularidad de afectar en forma negativa la salud del paciente y aumenta el riesgo de pensamientos e intentos de suicidio.

Debido al gran impacto que adquiere el trastorno depresivo mayor en la salud mental, el objetivo del presente estudio es valorar a personas diagnosticadas con trastorno depresivo leve y moderado, y evaluar las capacidades cognitivas, relacionadas con la memoria de trabajo.

La investigación planteada es una aportación de carácter teórico práctica que sirve para revisar y desarrollar nuevas investigaciones, de igual forma tiene como fundamento empírico aportar evidencia a una línea de investigación que contribuiría a contrastar con datos de México, y así diferenciar los resultados obtenidos con otros estudios acerca de si existen diferencias en la memoria de trabajo entre personas diagnosticadas con depresión leve y moderada y personas sin depresión, de igual manera si se ve afectada la memoria de trabajo en pacientes con trastorno depresivo.

Pregunta de investigación

¿Existen diferencias en la memoria de trabajo en personas con depresión leve y moderada en comparación a un grupo control?

Objetivos

Objetivo general

Evaluar y comparar la memoria de trabajo en pacientes con diagnóstico de depresión leve y moderada y un grupo control e indagar las posibles diferencias entre ambos grupos.

Objetivo específico

- Evaluar la memoria de trabajo en pacientes diagnosticados con depresión leve y moderada del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.
- Determinar si existen diferencias estadísticas en la memoria de trabajo respecto a un grupo control, sin depresión.
- Evaluar la memoria de trabajo en un grupo control.

Hipótesis

Existen diferencias estadísticamente significativas en la memoria de trabajo en pacientes diagnosticados con sintomatología leve o moderada y un grupo control.

Hipótesis nula

No existen diferencias estadísticamente significativas en la memoria de trabajo en pacientes diagnosticados con sintomatología leve o moderada y un grupo control.

Método

Tipo de estudio

La investigación tiene un enfoque cuantitativo, transversal comparativo.

Diseño de investigación

Se utilizó un diseño no experimental con un grupo control.

Variables

Variable independiente

- Depresión

La depresión es una enfermedad mental común que se presenta con ánimo desanimado, pérdida de interés o placer, energía disminuida, sentimientos de culpa o baja autoestima, alteraciones de sueño o apetito, y mala concentración. Para la evaluación de la función cognitiva; memoria de trabajo se utilizó la escala Wechsler de inteligencia WAIS-IV, específicamente las subescalas: aritmética, retención de dígitos y sucesión de letras y números.

Variable dependiente

- Memoria de trabajo

La memoria de trabajo es un sistema temporal que permite retener cierta cantidad de información, manipularla y regularla para guiar conductas y procesos cognitivos. Para evaluar la sintomatología depresiva se utilizó la versión validada para población mexicana del inventario de Depresión de Beck Jurado et al., (1998).

Muestreo

Se seleccionó en función a su accesibilidad y por muestreo por conveniencia a 30 pacientes que acudieron a consulta externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez por primera vez, con diagnóstico establecido de trastorno depresivo leve y moderado, corroborado por el inventario de depresión de Beck con una puntuación de 10 -29 que lo clasifica como depresión leve y moderada. Y un grupo control de 30 sujetos del personal académico y público en general de la Universidad Latina Campus Sur sin depresión, corroborada por el inventario de depresión de Beck con una puntuación de 5-9 que se clasifica sin presencia de depresión, además de entrevista estructurada y previo consentimiento informado.

Criterios de selección

Criterios de inclusión.

1. Pacientes con diagnóstico de Depresión, según los criterios del DSM V / CIE 10 que ingresan por primera vez a consulta externa, corroborado por el inventario de depresión de Beck con una puntuación de 10 a 29 que establece el punto de corte para una trastorno depresivo leve y moderado, además de entrevista estructurada.
2. Pacientes sin tratamiento farmacológico o psicológico.
3. Pacientes de 18 a 55 años de edad.
4. Que sepan leer y escribir.
5. Firmen consentimiento Informado.

Criterios de exclusión

1. Presencia de depresión bipolar.
2. Trastorno disfórico premenstrual.
3. Presencia de algún síntoma psicótico, demencia, delirium o desorden asociado a la ingesta de drogas.
4. Antecedentes de tratamiento electroconvulsivo en los últimos seis meses.

Los criterios de exclusión antes mencionados, se descartan a partir de la entrevista estructurada, esta incluye preguntas con base en los signos y síntomas para descartar cualquiera de los siguientes trastornos o sintomatología: manía, hipomanía, trastorno disfórico premenstrual y síntomas psicóticos.

Procedimiento

El anteproyecto fue presentado ante los tutores para su aprobación y posteriormente al comité de Ética e Investigación del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez para su revisión. Una vez aprobado el proyecto se realizó la selección de muestra con base en su accesibilidad, previo consentimiento informado en pacientes que acudieron a consulta externa por primera vez del hospital Fray Bernardino Álvarez, se realizó entrevista estructurada y aplicación del inventario de depresión de Beck para determinar si cumplían los criterios de selección de participantes, y posterior a ello se le asignó una cita para aplicar las sub escalas del WAIS IV: Aritmética, retención de dígitos y sucesión de letras y números. La aplicación de los instrumentos fue en un consultorio en un tiempo aproximado de 40 minutos por sujeto.

Muestreo grupo control

La muestra se seleccionó por cuota no probabilística en función a su accesibilidad a 30 personas académicos o público en general de la Universidad Latina campus sur, sin presencia de trastorno depresivo, corroborado mediante el inventario de depresión de Beck con una puntuación de 5-9, y entrevista estructurada.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

1. Académicos y público en general de la Universidad Latina campus sur sin presencia de algún síntoma o trastorno depresivo, corroborado por el inventario de depresión de Beck con una puntuación de 5 a 9 que lo clasifica sin depresión, así como la aplicación de entrevista estructurada.
2. Personas de 18 a 55 años de edad que deseen participar.
3. Hombres y mujeres.
4. Que sepan leer y escribir.
5. Firmen consentimiento Informado.

Criterios de exclusión

1. Presencia de síntomas depresivos leve o moderado corroborado por el inventario de depresión de Beck con una puntuación de 10 y 29 que establece la confiabilidad para un trastorno depresivo leve y moderado, además de entrevista estructurada.
2. Presencia de algún síntoma psicótico, demencia, delirium o desorden asociado a la ingesta de drogas.

3. Trastorno disfórico premenstrual.

Procedimiento

Se realizó la selección de muestra con base en su accesibilidad y cuota no probabilística, previo consentimiento informado en académicos y participantes en general de la Universidad Latina que aceptaron participar, se realizó entrevista estructurada y aplicación del inventario de depresión de Beck con una puntuación de 5-9 que lo clasifica sin depresión, y así poder seleccionar la muestra de acuerdo a los criterios de inclusión, y posterior a ello aplicar las sub escalas del WAIS IV: Aritmética, retención de dígitos y sucesión de letras y números. La aplicación de los instrumentos es en un salón de clases en un tiempo aproximado de 30 minutos por sujeto, previo consentimiento informado.

Instrumentos

Escala Wechsler de inteligencia para adultos (WAIS - IV)

La evaluación de la función cognitiva: memoria de trabajo, se realizó a través de la escala Wechsler de inteligencia para adultos (WAIS - IV). El WAIS – IV también proporciona otro agrupamiento de las subpruebas con base en dominios más refinados de funcionamiento cognoscitivo. Escala Wechsler de inteligencia para Adultos IV se desarrolló para utilizarse con individuos entre los 16 y 89 años de edad. Los reactivos, materiales e instrucciones de aplicación de la prueba se seleccionaron con el fin de adecuarse a individuos dentro de este rango de edades, esta prueba contiene 14 subpruebas.

Estas escalas índice son comprensión verbal, organización perceptual, memoria de trabajo u operativa y velocidad de procesamiento. Así usando únicamente la escala de índice: memoria de trabajo, utilizando únicamente las subescalas:

Aritmética: Una serie de problemas aritméticos que el examinado resuelve mentalmente y responde de manera oral. Con un coeficiente de confiabilidad de .88 a .91.

Retención de dígitos: Una serie de secuencias numéricas presentadas de modo oral y que el examinado repite al pie de la letra para dígitos en orden directo y en secuencia contraria para dígitos en orden inverso. Con un coeficiente de confiabilidad de .91 a .93.

Sucesión de letras y números: Una serie de secuencias de letras y números presentadas de modo oral que la persona al mismo tiempo sigue y dice oralmente, con los números en orden ascendente y las letras en orden alfabético. Con un coeficiente de confiabilidad de .88 a .78.

Los coeficientes de confiabilidad promedio para las de CI y los índices del WAIS-IV varían de .88 a .97 y, en general, son más altos que aquellos de las subescalas individuales que componen la escala CI o el índice. Esta diferencia ocurre debido a que cada subprueba representa solo una pequeña porción del funcionamiento intelectual completo de un individuo.

Estas subescalas permiten obtener un puntaje crudo y un puntaje normalizado de acuerdo a la edad y escolaridad de los pacientes respecto a la memoria de trabajo. Se aplicó en forma individual, en una sola sesión. Los datos crudos pueden ser graficados en un perfil, lo que permite explorar de manera eficaz y concisa la memoria de trabajo, mientras que con el

puntaje total normalizado, es posible clasificar la ejecución de una persona dentro de un rango normal, alteraciones leves a moderadas o graves.

Inventario de depresión de Beck

El Inventario de Depresión de Beck BDI es una de las escalas más utilizadas en el mundo para medir la severidad de los síntomas de depresión en muestras clínicas y no clínicas. Compuesto por 21 ítems de tipo likert. Sus ítems no se derivan de ninguna teoría concreta acerca del constructo medido, sino que describen los síntomas clínicos más frecuentes de los pacientes psiquiátricos con depresión (Jurado et al., 1998).

El BDI evalúa el grado de depresión que puede tener una persona. Puede ser contestada por personas a partir de los 13 años de edad (adolescentes y adultos).

Se compone de 21 grupos de frases. Dentro de cada grupo escoge una sola respuesta; aquella que mejor define cómo se has sentido en la última semana, incluyendo hoy. A cada frase le corresponde una puntuación (0, 1,2 y 3). Se suma la puntuación correspondiente a la frase que ha elegido y luego suma la puntuación total. La interpretación es la suma del total de puntajes.

La confiabilidad por consistencia interna obtenida fue: alfa de Cronbach = 0.87, $p < .000$.

El análisis factorial mostró que la versión mexicana, al igual que la original, se compone por tres factores. El segundo, evaluó la validez concurrente entre el BDI y la Escala de Zung en una muestra de 120 personas con diagnóstico psiquiátrico de depresión y con edades de entre 17 y 72 años. La correlación estadística entre ambas escalas fue: $r = 0.70$, $p < .000$. La correlación estadística entre ambas escalas fue: $r = 0.65$, $p < .000$. Se concluye que el BDI desarrollado en este estudio cumple con los requisitos psicométricos de

confiabilidad y validez requeridos psicométricamente para evaluar los niveles de depresión en residentes de la ciudad de México

De acuerdo con Jurado estas son las categorías y punto de corte de acuerdo al nivel de depresión.

5 - 9 Existencia de altibajos que se consideran normales.

10 - 18 Depresión entre leve y moderada.

19 - 29 Depresión entre moderada y severa.

30 - 63 Depresión severa.

Consideraciones éticas

De acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, vigente en nuestro país, en su título segundo, capítulo 1 De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, artículo 17, el trabajo de investigación realizado se clasifica en categoría II, Investigación con riesgo mínimo: “Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamientos rutinarios”.

Así mismo la presente investigación fue realizada bajo consentimiento informado siguiendo los lineamientos generales de la Ley General de Salud en materia de investigación con humanos.

Resultados

La muestra se compuso de N= 60 participantes divididos en dos grupos, 30 con diagnóstico de depresión leve y moderada confirmado por el inventario de depresión de Beck y entrevista estructurada, además de 30 participantes sin de depresión. De los cuales 39 sujetos (65%) fueron mujeres y 21 hombres (35%) captados a través de un muestreo no probabilístico. La edad mínima fue de 18 años y una máxima de 55 años de edad, presentando una media de edad de 28 años.

El nivel de estudios más elevado de los participantes fue de licenciatura y el mínimo fue primaria. Obteniendo 1 con primaria, 5 con secundaria, 16 con bachillerato y 38 con licenciatura (Figura 2).

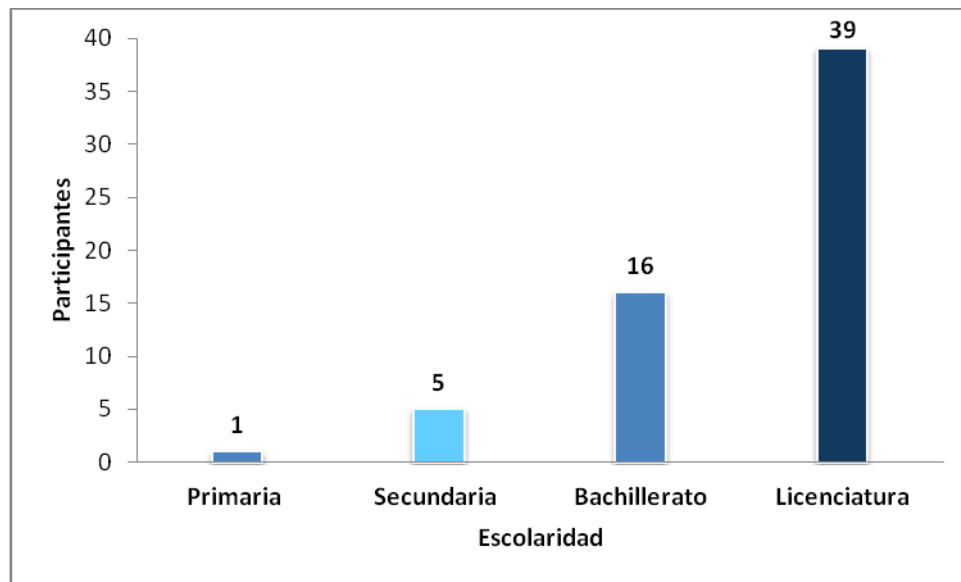


Figura 2. Nivel de estudios de los participantes.

El primer grupo se compuso de N= 29 pacientes con diagnóstico de depresión moderada, y N= 1 paciente con de depresión leve que ingresaron a consulta externa por primera vez del

hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez sin presencia de ningún tratamiento farmacológico ni psicológico. De los cuales 20 (67%) fueron mujeres y 10 (33%) fueron hombres (Figura 3).

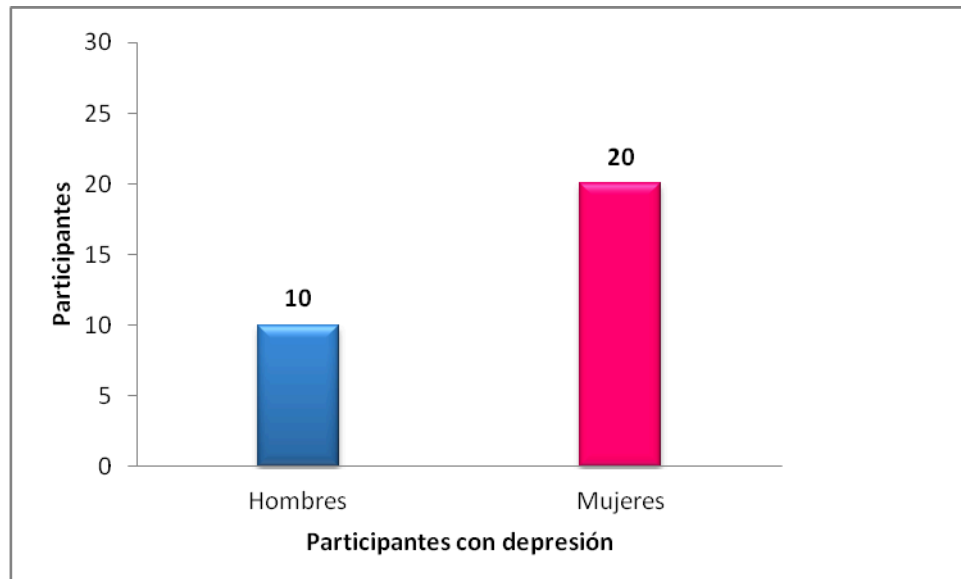


Figura 3. Participantes con depresión.

El grupo control se compuso N= 30 participantes sin presencia de depresión de la Universidad Latina campus sur. De los cuales 19 (63%) fueron mujeres y 11 (37%) fueron hombres (Figura 4).

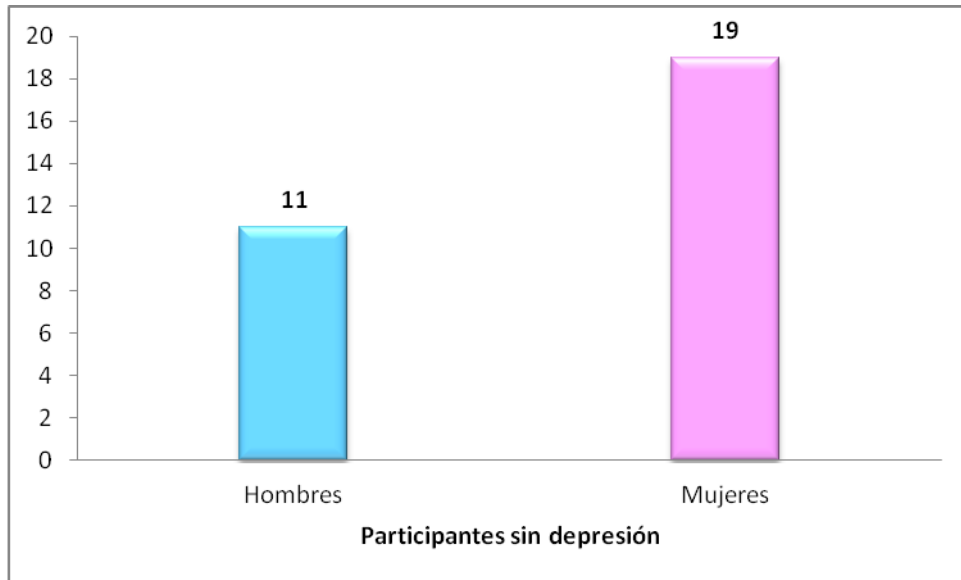


Figura 4. Grupo control, participantes sin depresión.

Los resultados de puntajes máximos obtenidos en las subescalas WAIS-IV del grupo con depresión moderada fueron: retención de dígitos (28), aritmética (16) y sucesión de letras y números (21) mientras que la puntuación mínima fue de: retención de dígitos (14), aritmética (8) y sucesión de letras y números (8) (Figura 5).

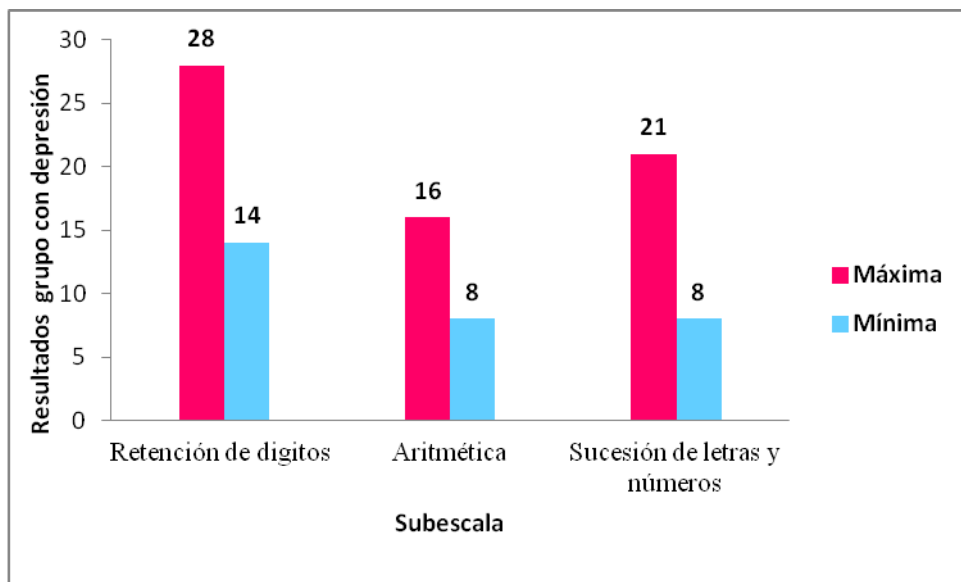


Figura 5. Resultados máximos y mínimos de las subescalas del grupo con depresión.

Los resultados de puntajes máximos obtenidos en las subescalas WAIS IV del grupo control fueron: retención de dígitos (36), aritmética (20) y sucesión de letras y números (22) mientras que la puntuación mínima fue de: retención de dígitos (15), aritmética (7) y sucesión de letras y números (15) (Figura 6).

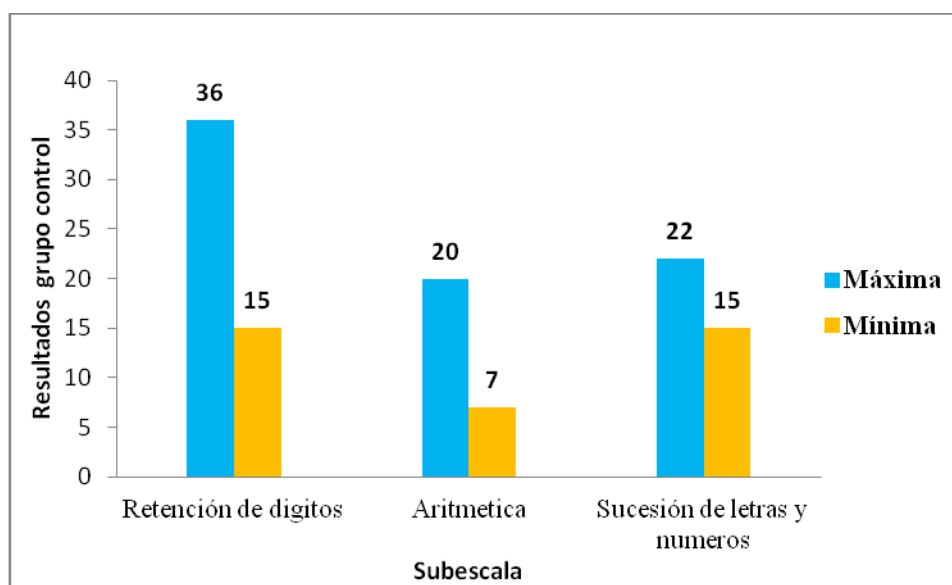


Figura 6. Resultados máximos y mínimos de las subescalas del grupo control.

A continuación se muestran las diferencias de puntajes totales, máximos mínimos obtenidos por ambos grupos en las diferentes subescalas que evalúan la memoria de trabajo.

En primer lugar se muestra en la Figura 7 los resultados de la subescala retención de dígitos. El grupo control obtuvo mayores puntuaciones con (36) la máxima puntuación, en comparación con personas con depresión moderada que obtuvo (28). Las diferencias de puntuación mínima del grupo control fueron de (15) mayor, que la del grupo con depresión moderada (14) se muestran en la (Figura 7).

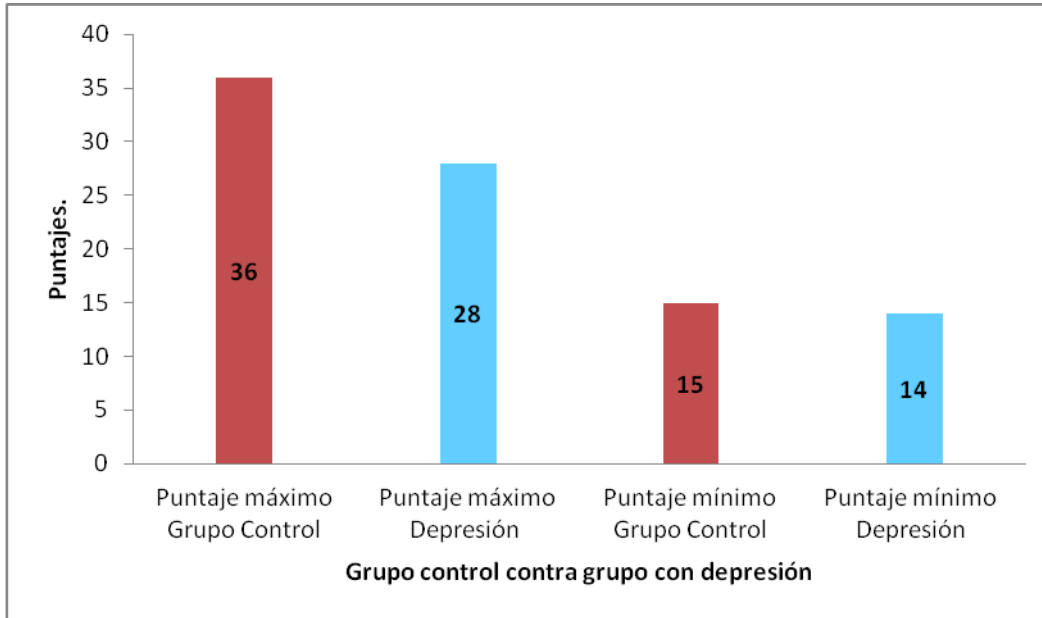


Figura 7. Puntajes máximos y mínimos de la subescala retención de dígitos de grupo control y grupo con depresión.

En la subescala aritmética el grupo control mostró mayores puntuaciones las cuales fueron (20) la máxima puntuación, en comparación con personas con depresión moderada que obtuvo (16). Las diferencias de puntuación mínima del grupo control fue (9), mayor en comparación con la del grupo con depresión moderada que obtuvo (8) se observan en la Figura 8.

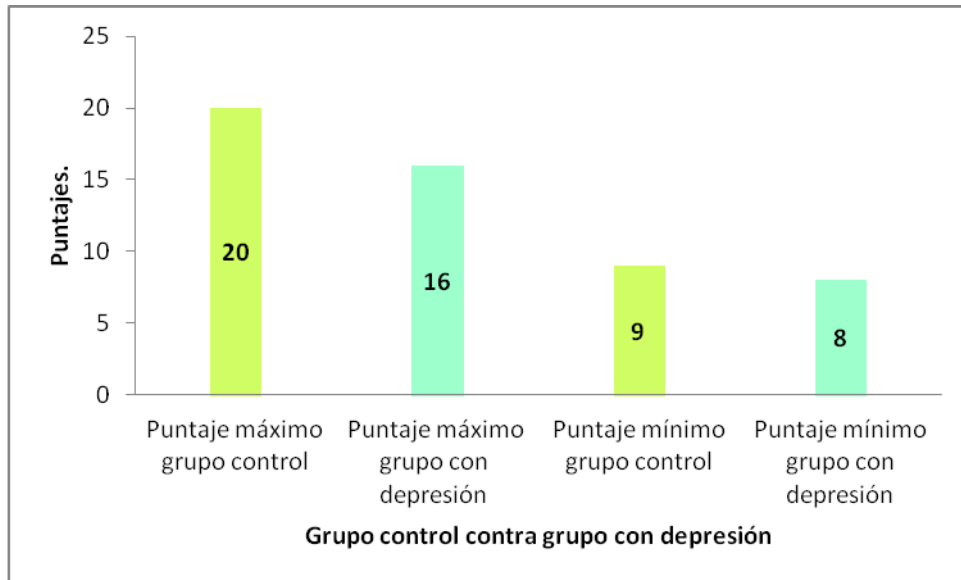


Figura 8. Puntajes máximos y mínimos de la subescala aritmética del grupo control y grupo con depresión.

Por último se muestran las diferencias de puntajes máximos de personas con depresión, contra el grupo control en las subescala sucesión de letras y números. De manera que el grupo control mostró mayores puntuaciones, las cuales fueron (23) la máxima calificación, en comparación con personas con depresión que obtuvo (21). Las diferencias de puntuación mínima del grupo control fue de (15) mayor en comparación con la del grupo con depresión que obtuvo (8). Se muestra en la Figura 9.

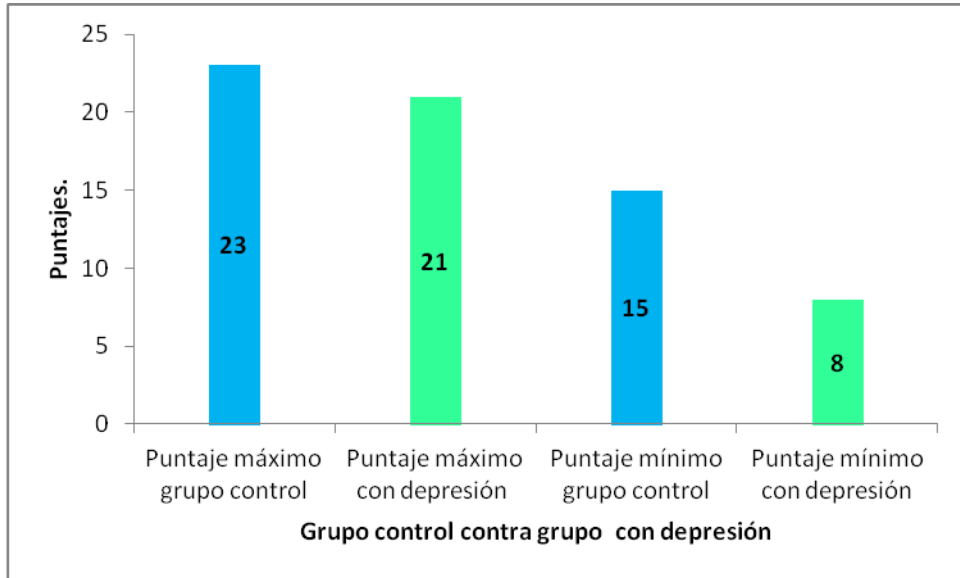


Figura 9. Puntajes máximos y mínimos de la subescala sucesión de letras y números del grupo control y grupo con depresión.

En la Figura 10 se observan los promedios de puntajes totales en las subescalas de memoria de trabajo del WAIS-IV para el grupo con depresión y el grupo sin depresión.

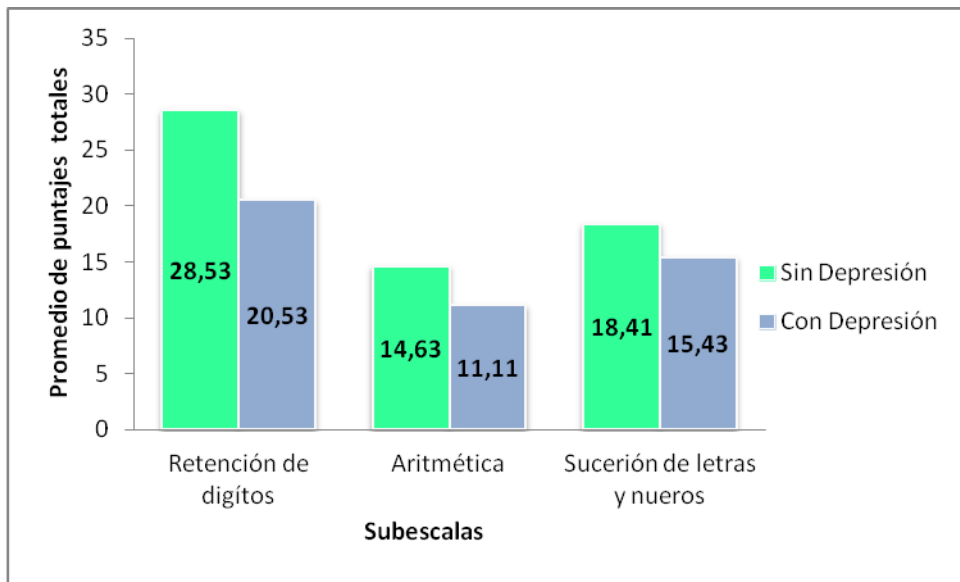


Figura 10. Promedios de puntajes totales del grupo control y grupo con depresión.

Los resultados en la evaluación mostraron que el grupo control obtuvo mejores puntuaciones máximas y mínimas de las sub escalas de memoria de trabajo, a diferencia de personas con depresión moderada, que obtuvieron resultados por debajo del grupo control, lo que conlleva a demostrar que sí existe una diferencia en puntuaciones máximas y mínimas en la capacidad de registrar, mantener y evocar información de forma activa, en un lapso corto de tiempo en personas diagnosticadas con depresión moderada en comparación con un grupo control.

A fin de determinar si las diferencias observadas ente los grupos comparados eran estadísticamente significativas se utilizó la prueba *t* de Student para muestras independientes; en las tres subescalas de memoria trabajo. Se realizó la prueba de Levene para la igualdad de varianzas.

Tabla 1

Prueba t Student para muestras independientes

Subescala	<i>T</i>	<i>gl</i>	<i>Sig. (bilateral)</i>
Retención de Dígitos	-7,688	58	,000 a
Aritmética	-5,552	58	,000 a
Sucesión de Letras y Números	-4,198	58	,000 a

Los resultados estadísticos obtenidos para la prueba *t* Student para muestras independientes de la subescalas que evalúan la memoria de trabajo son; retención de dígitos de $t = -7.688$, $g.l.=58$, con una significancia bilateral de ,000. Para la subescala aritmética $t= -5.552$, $g.l.=58$, con una significancia bilateral de ,000 y por ultimo para la subescala sucesión de letras y números $t= -4.198$, $g.l.= 46.8$, con una significancia de ,000. La significancia para

cada una de la subescalas obtenidas fueron: retención de dígitos de .331, aritmética .926 y sucesión de letras y números .015, es decir menor a .05 se asume que sí existen diferencias estadísticamente significativas en las tres variables.

Los resultados obtenidos en esta investigación permiten afirmar que existen diferencias estadísticamente significativas en la memoria de trabajo en pacientes diagnosticados con depresión moderada y un grupo control sin depresión. Lo que conlleva a sugerir que existe una disminución en el sistema de almacenamiento temporal bajo control atencional que forma la base de nuestra capacidad para el pensamiento complejo.

Discusión

Respecto a los datos sociodemográficos, predomina el sexo femenino, hallazgo reportado parte de este estudio. Esta información muestra la prevalencia de la depresión como de deterioro cognoscitivo en mujeres, aunque el elemento de riesgo de deterioro cognitivo se explicaría por la longevidad que predomina en las mujeres. La edad mínima fue de 18 años y una máxima de 55 años de edad, presentando una media de edad de 28 años. Resultado de gran relevancia clínica debido a que es un grupo etario económicamente activo, funcional e independiente, por lo que la intervención oportuna puede proteger la calidad de vida. El nivel de estudios más elevado de los participantes fue de licenciatura y el mínimo fue primaria. Existen reportes de factores de riesgo asociados al deterioro cognoscitivo como la escolaridad, donde se describe que a menor nivel educativo mayor es la posibilidad de un declive cognoscitivo. En esta muestra los niveles educativos predominantes son los de licenciatura y en segundo lugar, la preparatoria, no se confirma lo que describe algunos estudios donde la presencia de pobre escolaridad es un factor de riesgo importante.

La presente investigación respondió a la pregunta de investigación; ¿Existen diferencias en la memoria de trabajo en personas con depresión leve y moderada en comparación a un grupo control? e indagar en las posibles diferencias entre ambos grupos.

En el desarrollo de la presente investigación se confirmó la hipótesis; la función cognoscitiva memoria de trabajo evaluada por las subescalas del WAIS-IV; que sí existen diferencias estadísticamente significativas en la memoria de trabajo en personas con depresión en comparación de un grupo control.

La memoria de trabajo es la capacidad del sistema cognitivo de procesar y retener temporalmente en forma activa porciones limitadas de información, mientras son elaboradas e integradas con otras, como paso previo a su representación y almacenamiento en la memoria a largo plazo. En la presente investigación se observaron diferencias significativas en las variables estudiadas entre los grupos de comparación, lo que es congruente con lo reportado en la literatura respecto a las afectaciones en la memoria de trabajo en pacientes con depresión. La interacción entre trastorno depresivo y disfunción cognitiva, en particular, la memoria episódica (Airaksinen y cols., 2004; Austin y cols., 2001). Una posible explicación es que la depresión está asociada con cambios en estructuras cerebrales, incluidos hipocampo y corteza prefrontal, que son críticos para el funcionamiento de la memoria episódica (Campbell y cols., 2004; Drevets, 2000). En este sentido Airaksinen y cols. (2006) han encontrado tras un estudio longitudinal de tres años que los pacientes con depresión mantienen el deterioro en memoria episódica a pesar de la gran mejora sintomática y de funcionamiento social. Es decir, que padecer depresión existe un déficit las funciones cognitivas como lo es la memoria de trabajo. Mitchell y Goodwin (2001) reportaron alteraciones en la memoria visual y verbal, en pacientes con depresión, además de mostrar deficiencias en la memoria de trabajo. Lo que concuerda con los resultados obtenidos, ya que el registro mantenimiento y evocación de la información en un lapso corto de tiempo en forma activa se muestra deteriorada en personas con depresión leve y moderada.

Durante la aplicación de las subescalas del WAIS-IV en el grupo de pacientes con depresión, se observó una notable diferencia en la capacidad de retener información, además de presentar signos muy notables de astenia, a tal grado que la mayoría de pacientes

se frustraba, y era muy notable la sensación de dificultad y desesperanza para seguir realizando la prueba. A pesar de la frustración que se presentó continuamente, siempre se logró terminar la aplicación de las pruebas. De los pacientes evaluados, únicamente uno puntuó con depresión leve, y el resto obtuvo puntajes de depresión moderada, lo anterior puede indicar que la mayoría de personas que asisten por primera vez a una institución psiquiátrica, lo hacen debido a que los síntomas de depresión aumentan y empiezan afectar la vida familiar, laboral y social, lo que conlleva a una disminución en la calidad de vida de las personas que padecen depresión.

A la hora de determinar la naturaleza de los déficits cognitivos en la depresión moderada, una de las cuestiones relevantes que se pudo observar es que más de una capacidad cognitiva se ve afectada, como lo menciona Chamberlain y Shahakian (2005) el déficit cognitivo que se encuentra con mayor frecuencia entre pacientes deprimidos son los correspondientes a la atención, memoria, velocidad psicomotora y funciones ejecutivas. Además las cuales se encuentran relacionadas con algunos dominios como; memoria episódica, memoria de reconocimiento, funciones visoespaciales, fluidez verbal y velocidad psicomotora (Morimoto 2012). Hunt y Ellis (2007) observaron que los pacientes deprimidos revelan que con frecuencia manifiestan deficiencias de memoria, y que el estrés o trauma graves pueden generar amnesia temporal o incluso prolongada. Así, las experiencias personales, las observaciones cotidianas y los informes clínicos apoyan la idea que los estados emocionales afectan los procesos cognitivos como lo corrobora la presente investigación en la memoria de trabajo.

El trastorno depresivo mayor puede propiciar un déficit notable de diferentes funciones cognitivas, tal como se ha mostrado en varios estudios clínicos y empíricos. Los estados

depresivos pueden dar origen a trastornos de la memoria que, aunque se diferencian de los otros síndromes amnésicos por su inconstancia y variabilidad, pueden llegar a constituir una pseudodemencia (Ruiz y Lopera, 2008). Consecuentemente se corrobora que personas con depresión propicia a un déficit en el espacio de almacenamiento temporal para información entrante de forma activa.

En relación a los pacientes con trastorno depresivo se quejan a menudo de falta de atención, la mayoría de las investigaciones sobre la falta de atención en depresión corrobora la idea de que la depresión interfiere en mayor medida en los procesos controlados que en los automáticos. Los procesos automáticos se llevan de manera mecánica, y no requieren atención selectiva o ser consciente de ello. Los procesos controlados, por el contrario, requieren atención, un esfuerzo continuado y el procesamiento de la información (Goodale, 2007). Esto confirma que la memoria de trabajo es un proceso controlado, que corrobora con la retención de información en un tiempo corto para su manipulación en forma activa, que se ve afectada en personas con depresión leve y moderada.

Así mismo otra variante muy importante es la comorbilidad que existió en la selección y evaluación de la muestra con pacientes con depresión moderada, la mayoría de los pacientes presentó sintomatología de trastornos de personalidad, esto influyo en los resultados de la presente investigación, ya que detrás de una depresión existe una comorbilidad de trastornos de personalidad y de ansiedad que crean características particulares que inciden en el proceso de la información y genera un prejuicio cognitivo. Cuando se diagnostica y se evalúa a pacientes con depresión las respuestas no están solo motivadas por los síntomas depresivos sino por los de la enfermedad y presencia de comorbilidad, esto puede limitar la validez de los resultados (Freedland et al., 2002). En

conclusión se puede decir que los trastornos afectivos tienden a tener más de un trastorno, como se presentó con los pacientes con depresión moderada. Otro sesgo presentado fue la dificultad de procedimiento de la búsqueda del grupo control, ya que se intento semejar las variables características del grupo con depresión pero a falta de recursos y tiempo, se busco a partir de los criterios de exclusión e inclusión esto para delimitar la muestra.

Por último se puede concluir que sí existe una diferencia en el sistema temporal que permite retener cierta cantidad de información, manipularla y regularla para guiar conductas y procesos cognitivos, además de mostrar diferencias estadísticamente significativas en comparación con sujetos sin depresión.

Conclusiones

Se afirma que sí existen diferencias estadísticas en la memoria de trabajo en personas con depresión moderada del hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez en comparación con un grupo control sin depresión.

Esta investigación llegó a la conclusión que; sí existe diferencias estadísticamente significativas en la manipulación y el almacenamiento temporal de la información en el desempeño de tareas complejas de diversa naturaleza y en el propio flujo del pensamiento, en pacientes evaluados del Hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez que acudieron a consulta por primera vez, sin presencia de ningún tratamiento farmacológico o psicológico que pudiera mostrar un sesgo. Se encontró una disminución y diferencias significativas en la memoria de trabajo, en comparación a un grupo control sin sintomatología depresiva sin depresión. Es decir que las personas que no presentan depresión tienen un mayor rendimiento en el registro, mantenimiento y evocación de la información en un lapso corto de tiempo en forma activa.

Las personas diagnosticadas con depresión, no solo está presente un déficit en sus funciones cognitivas, como lo es la memoria de trabajo, sino que también empiezan a disminuir su calidad de vida, repercutiendo en su vida familiar, laboral y social, e incluso llegar a la muerte.

Estos pacientes son vulnerables a los acontecimientos vitales que pasan día con día, muchos de ellos no solo tienen problemas de memoria, sino también de atención, lenguaje, pensamiento y motricidad, esto se mostró en la frustración durante la aplicación de pruebas, además del estado de ánimo desanimado que mostraron durante toda la entrevista.

La investigación planteada es una aportación de carácter teórico práctica que sirve para revisar y desarrollar nuevas investigaciones, de igual forma tiene como fundamento empírico aportar evidencia a una línea de investigación que contribuiría a contrastar y actualizar datos con México, y así diferenciar los resultados obtenidos con otros estudios acerca del deterioro cognitivo y diferencias estadísticas en la memoria de trabajo entre personas diagnosticadas con depresión leve y moderada y personas sin depresión. El deterioro de la memoria de trabajo supone una relación con la depresión pero existen más variables que pueden ser estudiadas con la finalidad de mejorar el método utilizado.

Limitaciones

Dentro las limitaciones que se presentaron durante esta investigación fue que la muestra se obtuvo una limitada de validez externa es decir que la muestra solo se obtuvo de una sola institución psiquiátrica. Esto debido a que la muestra recolectada debido a falta de tiempo y recursos. Además de la comorbilidad que se presentó en pacientes con depresión es otra limitante que incide en el proceso de información dado que crea un prejuicio cognitivo y distorsiona la realidad (Szklo, M. y Nieto, J., 2003).

Perspectivas futuras

A partir de los estudios y discusiones presentados en esta tesis, las perspectivas futuras se orientan en un primer plano en trabajos destinados a completar y actualizar una línea de investigación acerca de los déficit en las funciones cognitivas en personas con depresión. Realizar nuevos estudios que aborden las variables estudiadas, mejorando la metodología empleada e incluyendo nuevas variables, por ejemplo ¿Cómo se ve afectada las personas que padecen depresión en la memoria de trabajo en cada una de sus etapas? ¿Si en la memoria de trabajo existe un déficit cognitivo, también las funciones conductuales, psicológicas y sociales lo existe? Respecto al tratamiento preventivo de la depresión como evitar un deterioro en la función cognitiva memoria de trabajo. De igual forma sería esencial desarrollar programas o talleres cuyo objetivo sea una mejor atención en la rehabilitación neuropsicológica en pacientes con depresión que este enfocado en la memoria de trabajo, dado que es el motor de todas las funciones cognoscitivas.

Referencias

- Antikainen, R., Honkalampi, Hanninen, T., kouivumma- Honkanen, H., Tanskanen, A., Haatainen, K., Hintikka, J & Viinamaki, H. (2004). Una disminución de las quejas de memoria se asocia con mejoría en el estado de ánimo: un estudio de seguimiento a los doce meses en pacientes deprimidos: *Departament of psychiatry, Kuopio University* v.18 (3), Sp.
- Ballesteros, S. (1999). Memoria humana: investigación y teoría: *Psicothema* v. 11 (4), 705-711.
- Belló, M., Puentes, R., E., Medina, M., M.E., & Lozano, R. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México: *Instituto nacional de salud pública de México* v. 47 (1), 56-57.
- Bennasar, R.M. (2000). Trastornos del humor. En Crespo, B.J.M. *Depresión mayor* (pp.323-349). Madrid: Sociedad española de psiquiatría biológica.
- Berenzon, S., Lara, A. M. & Robles, R. (octubre, 2012). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México: *Instituto nacional de psiquiatría* v. 55 (1), 75-77.
- Bojórquez, E. (2005). Trastornos depresivo: *Acta Médica Peruana* v. XXII (1), 9-14.
- Calderón, L. & Barrera, M. (2013). Comparación de un perfil neuropsicológico en unas muestras de niños, niñas y adolescentes con sintomatología depresiva. *Revista Colombiana de psicología*, 22 (2), 361- 374.

- Carlson, N.R. (2010). Fundamentos de la fisiología de la conducta. En. Carlson, N.R., *Aprendizaje y memoria* (pp. 306-308). Massachusetts: Pearson.
- Carlson, N.R. (2010). Fundamentos de la fisiología de la conducta. En. Carlson, N.R., *Esquizofrenia y trastornos afectivos* (pp. 420-422). Massachusetts: Pearson.
- Carrillo, G.Y.M. y Yáñez, P.S.I. (2009). Evaluación Neuropsicológica computarizada de los efectos de la fluoxetina sobre procesos cognitivos en pacientes con trastorno depresivo mayor. (Tesis, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo).
- Chinchilla, M.A. (2008). La depresión y sus mascarar aspectos terapéuticos. En. Soto, R.A., Gobernado, F.I., Martín, L.M., Lázaro, R.M.M., & Loureiro, G.A., *Capítulo II* (pp.80-95). Buenos Aires, Madrid: Médica Panamericana.
- Eichenbaum, H. (2003). Neurociencia cognitiva de la memoria. En Eichenbaum, H., *Un sistema cerebral para la memoria procedimental* (pp. 257-258).Barcelona, España: Ariel.
- Emilien, G., Penasse, C., & Waltregny, A. (2000). Deterioro cognitivo en los trastornos depresivos, evaluación neuropsicológica de la memoria y trastornos conductuales: *Revista de toxicomanías* v. 23 (23), 3-5.
- Espinosa, A.A, Caraveo, A.J, Zamora, O.M, Arronte, R.A, Krug, L.E, Olivares, S.R, Reyes, M.H, Tapia, G.M, García, G.J& Douva, S. (2007). Clinical guideline for diagnosis and treatment of depression in elderly. *Salud mental*, 2007 v.6 (30), 69-71.
- Esteve, M.R, Ramírez, C. & López Martínez, A.E. (2001) Alteraciones de la memoria con dolor crónico. *Rev. Soc. del Dolor*, 2001 v.8 (2), 50 -51

- Ferrer, A.A. (2009) Estudio de la mediación del sistema histaminérgico en el efecto producido por la amitriptilina sobre la evitación inhibitoria en ratones (Tesis Doctoral, Universidad de Valencia).
- García N.L., Narbona & Soprano M.A. (2007). La memoria del niño. En García N.L., Narbona & Soprano M.A., *Memoria Humana naturaleza y tipos* (pp. 1-19). Barcelona, España: Masson.
- García N.L., Narbona & Soprano M.A. (2007). La memoria del niño. En García N.L., Narbona & Soprano M.A., *Bases neurológicas de la memoria* (pp. 45-47). Barcelona, España: Masson.
- García-Vera, M.P. y Sanz, J. (2012). Depresión. En M. I. Coheche y M. A. Vallejo (Eds.), *Manual de terapia de conducta en la infancia* (págs. 197-240). Madrid: Dykinson.
- Gluck, A.M., Mercado, E., & Myers, E.C. (2009) .Aprendizaje y Memoria. En Gluck, A.M., Mercado, E., & Myers, E.C., *Del cerebro al comportamiento* (pp.170-177). México, D.F: McGram Hill
- Goodale, P.E. (2007). Síntomas cognitivos de la depresión: *Revista de toxicomanías* v. 50 (50), 13-15.
- Jurado, S., Villegas, E. Méndez, L. Rodríguez, F. Loperena, V. & Varela, Rubén. (1998). La estandarización del inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México: *Salud Mental* V 21 (3).

- Ownby, R.L., Crocco E., Acevedo A., John V., & Loewenstein D. (2006). Depression and risk for Alzheimer disease: systematic review, meta- analysis, and metaregression analysis. *Arch Gen Pshyatry* (pp.530).
- Habermann, P. Y., & Pohl, J. (2005). Attention and executive functions in remitted major depression patients. *J Affect Disord* (pp.125-135).
- Heinze, G. (2001). *Mente cerebro: sus señales y su repercusión en el sistema inmunológico: Instituto nacional de psiquiatría Ramón de la Fuente, salud mental. V.24 (1) 5.*
- Helinze, G y Camacho, P.V. (2010). *Guía clínica para el manejo de la depresión. Ed. Sberenzon, J del Bosque, J Alfaro y Medina, M. México: Instituto Nacional de Psiquiátrico. (Serie: Guías Clínicas para la atención para atención de trastornos mentales).*
- Hunt, R. y Ellis, C. (2007). *Fundamentos de psicología cognitiva. En Hunt, R. y Ellis, C., Memoria de trabajo de corto plazo* (pp. 107-113). México, D.F: Manual Moderno.
- Hunt, R. y Ellis, C. (2007). *Fundamentos de psicología cognitiva. En Hunt, R. y Ellis, C., Cognición, emoción y memoria* (pp.357-372). México, D.F: Manual Moderno.
- López-Ibor J., Valdés M. (2005). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. En López-Ibor, J., & Valdés M., Trastorno del estado animo* (pp. 387-385). Barcelona, España: Masson.
- Luria, A. R. (1984). *El cerebro en acción. En Luria, A. R., Memoria* (pp. 279-280). Barcelona, España: Martínez Roca.

- Manríquez, L.L & García R.F. (1998) Memoria visoespacial en sujetos con antecedentes de desnutrición (Tesis, Universidad Autónoma de México) Recuperada de: <http://www.dgbiblio.unam.mx/>
- Morris. G.H & Maisto A.A. (2014). *Psicología*. En Morris C. & Maisto., *Memoria* (pp.185-194). México, D.F: Pearson.
- Morris. G.H & Maisto A.A. (2014). *Psicología*. En Morris C. & Maisto., *Trastorno del estado de ánimo* (pp.397-401). México, D.F: Pearson.
- Morimoto. S.S & Gunning F.M. (2012). *Geriatr Psychiatry*. Executive function and short-term remission of geriatric depression (pp.115- 122).
- Navarro, G.J.I. (1993). Aprendizaje y memoria humana, aspectos básicos y evolutivos. En Lorenzo, R.J., Mico, A.J & Tejedor del real, P. *Neurofisiología de la memoria y el aprendizaje* (pp. 49-52). Madrid: McGram Hill.
- Navarro, G.J.I. (1993). Aprendizaje y memoria humana, aspectos básicos y evolutivos. En Lorenzo, R.J., Mico, A.J & Tejedor del real, P. *Modelos de memoria asociativa emergentes del estudio del análisis celular de sistemas simples* (pp. 83-84). Madrid: McGram Hill.
- Pérez, A.M y García, M.M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces ara la depresión: *Psicothema* v. 3 (13), 501- 503.
- Méndez, F. X., Llavona, L. M., Espada, J. P. y Orgilés, M. (2013). Programa Fortius: fortaleza psicológica y prevención de las dificultades emocionales. Madrid: Pirámide.

- Roy, B.P, Wingarther, H., Bierer, L. & Thomson, K.(1986). Effortfull and automatic cognitive processes in depression. *Archives of general psychiatry*. v. 43 (pp. 265).
- Rojtemberg, S.L. (2006). Depresiones bases clínicas dinámicas, neurocientíficas y terapéuticas. En Rojtemberg, S.L. *Clasificación de las depresiones* (pp. 61-65). Buenos Aires: Polemos.
- Rodríguez, J.F., Carrasco, M. A., Del Barrio, M. V. y Lozano, J. F. (2002). Psicopatología infantil y características temperamentales de la madre. *Revista Iberoamericana de diagnóstico y evaluación psicológica*, 14 (2), 65-85.
- Rojtenberg, S.L. (2001) Depresivos y antidepresivos, De la neurona y de la mente, de la molécula y de la palabra. En Rojtenberg, S.L. *Depresión una introducción a su estudio* (pp. 1-8). Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Rojtenberg, S.L. (2001) Depresivos y antidepresivos, De la neurona y de la mente, de la molécula y de la palabra. En Rojtenberg, S.L., *Factores sociales y depresión* (pp. 42-43). Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Ruiz, C.J.A., & Sánchez, A.S. (2001). Depresión y memoria: ¿Es la información congruente con el estado de ánimo más accesible?: *Psicothema* v. 13 (2), 193-196.
- Ruiz, R.A.L & Lopera, R.F. (2008). Memoria explícita en el trastorno depresivo mayor: *Latreia, Universidad de Antioquia*. V. 21 (2), 177- 180.
- Ruiz, R.L.A. & Lopera, R.F. (2008). Memoria explícita en el trastorno depresivo mayor: *Universidad de Antioquia, Grupo de neurociencias de Antioquia* v. 21 (2), 177-183.

- Sanz, L.J., Gómez, M., Almendro, M.T., Rodríguez, C., Izquierdo, A.M. y Sánchez, P. (2009). Estructura familiar, acontecimientos vitales estresantes y psicopatología en la adolescencia. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*, 29 (104), 501-521.
- Santalla, P.Z.R. (2000). El sistema de memoria humano: memoria episódica y semántica. En Santalla, P.Z.R. Universidad católica Andrés Bello. (pp. 14-15).Caracas: Universidad católica Andrés Bello.
- Santrock, J.W. (2004). Introducción a la psicología, Psicología organizacional. En Santrock, J.W., *Memoria* (pp.247-249). México, D.F: McGram Hill, interamericana de México.
- Santrock, J.W. (2006). Psicología del desarrollo, El ciclo vital. En Santrock, J.W., *Desarrollo cognitivo en la primera infancia* (pp.186-187). Madrid, España: McGram Hill.
- Secin, D.R y Rivera, M.L.B. (2003).Pac, psiquiatría-4, programa de actualización continua en psiquiatría, Depresión en el hospital general. En Secin, D.R y Rivera, M.L.B Ed., *Bioquímica de la depresión* (pp. 335-336) México, D.F: Intersistemas.
- Secin, D.R y Rivera, M.L.B. (2003).Pac, psiquiatría-4, programa de actualización continua en psiquiatría, Depresión en el hospital general. En Secin, D.R y Rivera, M.L.B Ed., *Psicoterapia* (pp. 367-370). México, D.F: Intersistemas.

Secin, D.R y Rivera, M.L.B. (2003). Pac, psiquiatría-4, programa de actualización continua en psiquiatría, Depresión en el hospital general. En Secin, D.R y Rivera, M.L.B Ed., *Tratamiento* (pp. 351). México, D.F: Intersistemas.

- Szklo, M., Nieto, J. Epidemiología intermedia. Conceptos y aplicaciones. Madrid: Díaz de Santos; 2003.

Varela, M., Ávila, M., & Imelda T. (2005). La memoria: Definición, función y juego para la enseñanza de la medicina. En Varela, M., Ávila, M., & Imelda T., *Debates actuales, Memoria y emoción* (pp.47) .México. D.F: Médica Panamericana.

Wagner, A.F., González-Forteza, C., Sánchez-García, S., & Gallo J.J. (2012). Enfocando la depresión como un problema de salud publica en México: *Salud mental* v.35 (1), 3.5.

Wechsler, D. (1981). WAIS-IV: escala de inteligencia de Wechsler para adultos: manual técnico. En Wechsler, D., *Concepto de memoria de trabajo u operativa* (pp.3-5). España, Madrid: Paidós.

Anexos



Universidad
Latina



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INVESTIGACIÓN PSICOLÓGICA

Título del protocolo: “ESTUDIO COMPARATIVO DE LA MEMORIA DE TRABAJO EN PERSONAS DIAGNÓSTICADAS CON DEPRESIÓN LEVE Y MODERADA DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ”

Investigador principal: MARCO SPENCER GONZÁLEZ PORTILLO

Sede donde se realizará el estudio: HOSPITAL PSIQUIÁTRICO “FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ”

Nombre del paciente: _____

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación psicológica. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto. Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada.

A usted se le está invitando a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivos:

- Existen diferencias estadísticas en la memoria de trabajo en pacientes diagnosticados con depresión leve y moderada y un grupo control sin depresión.
- Evaluar la memoria de trabajo en pacientes diagnosticados con depresión leve y moderada de hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez

En estudios realizados anteriormente por otros investigadores se ha observado que las funciones cognitivas se ven afectadas dentro de un episodio depresivo, lo cual causa un impacto en la calidad de vida biológica, psicológica y social de las personas. Con este estudio conocerá de manera clara si existe alguna diferencia estadística de la memoria de trabajo en comparación con un grupo control. Este estudio permitirá que en un futuro otros pacientes puedan beneficiarse del conocimiento obtenido y beneficiar a una línea de investigación teórico práctico y así diferenciar datos estadístico en México si existe deferencia en la memoria de trabajo en personas con depresión leve y moderada del hospital psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”.

En caso de aceptar participar en el estudio se le realizarán algunas preguntas sobre usted, sus hábitos y sus antecedentes médicos se realiza la selección de muestra en base a su accesibilidad, previo consentimiento informado en pacientes que acudieron a consulta externa por primera vez, se realizara entrevista estructurada y aplicación del inventario de depresión de Beck para seleccionar si cumplen los criterios de selección de muestra, y posterior a ello aplicar las sub escalas del WAIS IV: Aritmética, retención de dígitos y sucesión de letras y números. La aplicación de los instrumentos es en un consultorio en un tiempo aproximado de una hora por sujeto, previo consentimiento informado.

ACLARACIONES

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, -aun cuando el investigador responsable no se lo solicite-, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.
- No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
- No recibirá pago por su participación.
- En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.
- La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.
- En caso de que usted desarrolle algún efecto adverso secundario no previsto, tiene derecho a una indemnización, siempre que estos efectos sean consecuencia de su participación en el estudio.
- Usted también tiene acceso a las Comisiones de Investigación y de Ética de la Universidad Latina. en caso de que tenga dudas sobre sus derechos como participante del estudio: Teléfono: 55 9171 9670
- Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

Firma del participante o del padre o tutor

Fecha

Testigo 1

Fecha

Testigo 2

Fecha

He explicado al Sr(a). _____ la naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apegó a ella. Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma del investigador

Fecha

Inventario de Depresión de Beck.

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

- 1).
 - No me siento triste
 - Me siento triste.
 - Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
 - Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.
 - 2).
 - No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
 - Me siento desanimado respecto al futuro.
 - Siento que no tengo que esperar nada.
 - Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.
 - 3).
 - No me siento fracasado.
 - Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
 - Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
 - Me siento una persona totalmente fracasada.
 - 4).
 - Las cosas me satisfacen tanto como antes.
 - No disfruto de las cosas tanto como antes.
 - Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
 - Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
 - 5).
 - No me siento especialmente culpable.
 - Me siento culpable en bastantes ocasiones.
 - Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
 - Me siento culpable constantemente.
- 6).
 - No creo que esté siendo castigado.
 - Me siento como si fuese a ser castigado.
 - Espero ser castigado.
 - Siento que estoy siendo castigado.
 - 7).
 - No estoy decepcionado de mí mismo.
 - Estoy decepcionado de mí mismo.
 - Me da vergüenza de mí mismo.
 - Me detesto.
 - 8).
 - No me considero peor que cualquier otro.
 - Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
 - Continuamente me culpo por mis faltas.
 - Me culpo por todo lo malo que sucede.
 - 9).
 - No tengo ningún pensamiento de suicidio.
 - A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
 - Desearía suicidarme.
 - Me suicidaría si tuviese la oportunidad.
 - 10).
 - No lloro más de lo que solía llorar.
 - Ahora lloro más que antes.
 - Lloro continuamente.
 - Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.
 - 11).
 - No estoy más irritado de lo normal en mí.

- Me molesto o me irrito más fácilmente que antes.
 - Me siento irritado continuamente.
 - No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.
- 12) .**
- No he perdido el interés por los demás.
 - Estoy menos interesado en los demás que antes.
 - He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
 - He perdido todo el interés por los demás.
- 13) .**
- Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
 - Evito tomar decisiones más que antes.
 - Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
 - Ya me es imposible tomar decisiones.
- 14) .**
- No creo tener peor aspecto que antes.
 - Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
 - Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
 - Creo que tengo un aspecto horrible.
- 15) .**
- Trabajo igual que antes.
 - Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
 - Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
 - No puedo hacer nada en absoluto.
- 16) .**
- Duermo tan bien como siempre.
 - No duermo tan bien como antes.
 - Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
- Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.
- 17) .**
- No me siento más cansado de lo normal.
 - Me canso más fácilmente que antes.
 - Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
 - Estoy demasiado cansado para hacer nada.
- 18) .**
- Mi apetito no ha disminuido.
 - No tengo tan buen apetito como antes.
 - Ahora tengo mucho menos apetito.
 - He perdido completamente el apetito.
- 19) .**
- Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
 - He perdido más de 2 kilos y medio.
 - He perdido más de 4 kilos.
 - He perdido más de 7 kilos.
 - Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.
- 20) .**
- No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
 - Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
 - Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
 - Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.
- 21) .**
- No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
 - Estoy menos interesado por el sexo que antes.
 - Estoy mucho menos interesado por el sexo.
 - He perdido totalmente mi interés por el sexo.

**Entrevista estructurada para descartar signos y síntomas psicóticos, hipomanía,
manía y trastorno disfórico premenstrual**

Esta entrevista estructurada se basa de acuerdo a la sintomatología establecida por el DSM V. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: _____ 2. Edad: _____

Sexo: _____ (1) Masculino _____ (2) Femenino

Escolaridad _____ . (Años de estudio)

_____ (1) Primaria _____ (2) Secundaria _____ (3) Bachillerato

_____ (4) Carrera Técnica _____ (5) Profesional _____ (6) Posgrado

1. ¿En el lapso de un mes a escuchado voces que le ordenan que hacer?
2. ¿Ha sentido que lo observan o conspiran en su contra en el último mes?
3. ¿Siente tener cierto talento o conocimiento de haber hecho algún descubrimiento muy importante?
4. ¿Tiene dificultades para hablar de tal modo que siente que su lenguaje es desorganizado o incoherente?
5. ¿Ha sentido en los últimos dos meses rigidez en todo su cuerpo de tal manera que no puede moverse?
6. ¿Ha sentido que su estado de ánimo ha sido extraño y persistentemente elevado, expansivo o irritable, durante, al menos 4 días?

7. ¿Siente que su autoestima aumenta de manera drástica que siente poder y grandeza?
8. ¿Tiene dificultades para relajarse o practicar juegos donde deba permanecer quieto?
9. ¿Está permanentemente en marcha, como si tuviera un motor por dentro?
10. ¿Habla demasiado de manera que a veces no puede explicar porque no puede dejar de hacerlo?
11. ¿Contesta o actúa antes de que se le terminen de formular las preguntas?
12. ¿Tiene dificultades para hacer filas o esperar turnos en los juegos?
13. ¿Interrumpe las conversaciones o los juegos de los demás?
14. ¿En la última semana antes del inicio de su ciclo menstrual se ha sentido triste o muy sensible?
15. ¿Durante la última semana antes del inicio de su ciclo menstrual ha sentido irritabilidad intensa o un sentimiento de desesperanza o ideas de auto desprecio?
16. ¿Durante la última semana antes del inicio de su ciclo menstrual ha sentido la sensación de estar exaltada o con los nervios de punta?
17. ¿Durante la última semana antes del inicio de su ciclo menstrual a sentido dificultad para dormir o conciliar el sueño?
18. ¿Durante la última semana de inicio de su ciclo menstrual a sentido disminución por las actividades habituales como el trabajo, la escuela amigos o aficiones?
19. ¿Durante la última semana de inicio de su ciclo menstrual a sentido sensación de estar agobiado o sin control?
20. ¿Durante la última semana de inicio de su ciclo menstrual a tenido dolores musculares o mamarios, o sensación de aumento de peso?