



RHS Revista Humanismo y Sociedad

ISSN: 2339-4196

ISSN-L: 2339-4196

rhs_humanismoysociedad@uniremington.edu.co

Corporación Universitaria Remington

Colombia

Mazo Álvarez, Héctor Mauricio; Pérez Villa, Marjorie; Tapias Huertas, Valeria;
Carmona Ospina, Tatiana; Ossa Gaviria, María Fernanda; Herrera Gallo, Manuela
La depresión: un análisis documental integral de su concepto, historia y abordajes alternativos
RHS Revista Humanismo y Sociedad, vol. 13, núm. 2, e3, 2025, Julio-Diciembre
Corporación Universitaria Remington
Medellín-Colombia, Colombia

DOI: <https://doi.org/10.22209/rhs.v13n2a03>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=789683706008>

- ▶ [Cómo citar el artículo](#)
- ▶ [Número completo](#)
- ▶ [Más información del artículo](#)
- ▶ [Página de la revista en redalyc.org](#)

redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc

Red de revistas científicas de Acceso Abierto diamante

Infraestructura abierta no comercial propiedad de la academia

La depresión: un análisis documental integral de su concepto, historia y abordajes alternativos

Depression: A Comprehensive Documentary Analysis of its Concept, History, and Alternative Approaches

Héctor Mauricio Mazo Álvarez¹

mauricio.mazo@upb.edu.co

<https://orcid.org/0000-0002-5096-6618>

Marjorie Pérez Villa¹

marjorie.perez@upb.edu.co

<https://orcid.org/0000-0003-1021-7054>

Valeria Tapias Huertas¹

valeria.tapias@upb.edu.co

<https://orcid.org/0009-0009-1399-8643>

Tatiana Carmona Ospina¹

tatiana.carmonao@upb.edu.co

<https://orcid.org/0009-0007-4300-4895>

María Fernanda Ossa Gaviria¹

maria.ossag@upb.edu.co

<https://orcid.org/0009-0000-6886-4516>

Manuela Herrera Gallo¹

manuela.herrerag@upb.edu.co

<https://orcid.org/0009-0001-9861-6836>

<https://doi.org/10.22209/rhs.v13n2a03>

¹ Facultad de Enfermería, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia.

Recibido: abril 21 de 2025.

Aceptado: julio 16 de 2025.

Para citar: Mazo Álvarez, M., Pérez Villa, M., Tapias Huertas, V., Carmona Ospina, T., Ossa Gaviria, M. F., & Herrera Gallo, M. (2025). La depresión: un análisis documental integral de su concepto, historia y abordajes alternativos. *RHS-Revista Humanismo y Sociedad*, 13(2), 1-17. <https://doi.org/10.22209/rhs.v13n2a03>

Resumen

Este texto tiene como objetivo informar sobre la depresión un trastorno mental frecuente que causa gran sufrimiento. Se abordó su conceptualización, el desarrollo histórico de la enfermedad, la sintomatología, sus posibles causas, tratamientos más comunes y una visión alternativa de la depresión. Este es un trabajo se aborda desde el paradigma cualitativo y el enfoque histórico hermenéutico, por lo que se realizó un análisis documental de búsqueda en bases de datos como: Pubmed, Dialnet, Scielo y Scopus. Se llegó a la conclusión de que el tratamiento integral de la depresión se considera que es el de los fármacos y la terapia psicológica, pero a esto se pueden sumar otras acciones que pueden beneficiar a la persona que sufre de depresión. Una mayor asertividad en el reconocimiento y expresión de las emociones como la tristeza, resignificar el sentido de la vida y pasar de un estado de impotencia y victimización ante la enfermedad y asumir el papel de responsabilidad puede ser el comienzo de una auténtica curación.

Palabras clave: Depresión, salud mental, enfermedad y tratamiento.

Abstract

This text aims to provide information about depression; a common mental disorder associated with significant psychological distress. It explores the conceptualization, historical development, symptoms, possible causes and most common treatments for depression along with an alternative perspective, approached through a qualitative paradigm and a historical-hermeneutic lens. To this end, a documentary analysis was conducted using sources from the PubMed, Dialnet, Scielo, and Scopus databases. The findings suggest that comprehensive treatment for depression typically involves medication and psychological therapy. However, additional support strategies can enhance the healing process. This includes helping individuals more accurately identify and express emotions such as sadness, guiding them in redefining the meaning of life, and encouraging a shift from feelings of helplessness and victimization in the face of the illness to a sense of responsibility for their own well-being. Such strategies may contribute to initiating a more profound and authentic recovery.

Keywords: Depression, Mental health, Illness, Treatment.

Algunas cifras en el tema de la depresión

Actualmente, la depresión es la principal causa de discapacidad a nivel mundial, siendo una enfermedad crónica y altamente incapacitante. Se estima que más de 350 millones de personas la padecen en el mundo, lo que equivale a aproximadamente el 4% de la población mundial. Es más común en mujeres que en hombres. La Organización Mundial de la Salud (OMS) advierte que cada cuarenta segundos una persona se suicida en el mundo. Es la enfermedad psiquiátrica más frecuente y suele acompañarse de otras enfermedades mentales como trastornos de ansiedad y trastorno bipolar. Puede causar mortalidad prematura al incrementar el riesgo de suicidio. “En Colombia durante el año 2010 se presentaron 1684 suicidios, para una tasa de 4,10 por cada 100.000 habitantes, y es considerada como la cuarta causa de muerte, y aproximadamente 66.114 años de vida potencialmente perdidos” (Molina Gámez *et al.*, 2011, p. 14). A nivel mundial, las cifras son igualmente preocupantes, especialmente en el caso de los suicidios, ya que “las tres principales causas de mortalidad entre los adolescentes a nivel mundial son los traumatismos causados por el tránsito, el VIH/sida y el suicidio” (Ossa *et al.*, 2016, p. 39).

La depresión puede volverse crónica, dificultando significativamente el desempeño de quien la padece. Aunque hoy se habla mucho de la depresión, hace apenas un par de décadas solo el 0,5% de la población mundial sufría esta enfermedad, teniendo una presencia social muy limitada. Actualmente, los datos sobre la depresión muestran un panorama completamente diferente. “Según la OMS, la depresión es un trastorno mental frecuente, en la actualidad, una de cada seis personas de la población, en algún momento en el curso de sus vidas sufrirán de depresión” (Pupo González *et al.*, 2022, p. 13). Se estima que aproximadamente 800.000 personas que padecen depresión se suicidan cada año. Esto no implica que toda persona con depresión intente suicidarse, pero sí es un síntoma recurrente en algunos tipos de depresión. “Según el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (...), en Colombia el suicidio ha incrementado considerablemente en los últimos años. En las estadísticas presentadas en los últimos 10 años han ocurrido 19.177” (Gómez Tabares *et al.*, 2020, p. 148).

Actualmente, la depresión se considera un problema de salud pública debido al aumento de casos a nivel mundial y al alto impacto que tiene en las personas, las familias y la sociedad en general. Esto ha impulsado acciones conjuntas para diseñar estrategias de intervención y prevención. Por lo tanto, cualquier esfuerzo por comprender esta enfermedad e intentar prevenirla es válido. “La depresión representa un problema de salud pública debido a su alta prevalencia alrededor del mundo. La etiología de la depresión es compleja ya que en ella intervienen factores psicosociales, genéticos, y biológicos” (Corea del Cid, 2021, p. 46).

¿Qué es la depresión?

La palabra depresión viene del latín *depressio, depressionis*, que significa hundimiento, zona de terreno hundida o hundimiento en sentido moral, está compuesta con el prefijo *de* que indica decaimiento o privación, como en decapitar, demolición y derrame. “Depresión, depresivo, deprimente, V. deprimir” (Alonso, 1987, p. 205). En la actualidad, desde la perspectiva de la psicología, la depresión se clasifica como un trastorno del estado de ánimo. Estos trastornos afectan la forma en que las personas se perciben y se sienten a sí mismos. Otros trastornos del estado de ánimo incluyen el trastorno bipolar, el duelo y el trastorno afectivo estacional, entre otros. El DSM-5 define los trastornos depresivos como aquellos caracterizados por una tristeza de intensidad o duración suficiente para interferir con la funcionalidad, y en ocasiones, por una disminución del interés o del placer en las actividades, “la depresión es una enfermedad recurrente, frecuentemente crónica y que requiere un tratamiento a largo plazo” (Botto *et al.*, 2014, p. 1297).

La depresión, en primera instancia, es una tristeza que no se puede controlar, aunque estar triste no significa estar deprimido, pues “la tristeza es parte inherente a la depresión, mas no es un sinónimo. Una vez que se entiende que la tristeza es una emoción y la depresión una enfermedad que, aunque incluye a la tristeza, no son lo mismo” (Cruz Pérez, 2012, p. 1322). Las emociones, incluida la tristeza, cumplen una función importante: sentirse triste en ciertos momentos de la vida es normal, y la mayoría de las personas superan estos estados. Sin embargo, algunas personas no logran salir de la tristeza, ya que esta emoción persiste durante períodos prolongados. “Se trata de un síndrome caracterizado por una tristeza profunda pero que además incluye la inhibición de las funciones psíquicas, a veces con trastornos neurovegetativos, siendo entonces cuando se requiere de un tratamiento farmacológico, además del psicológico” (Cruz Pérez, 2012, p. 1312). Un aspecto clave para diferenciar la depresión de la tristeza es la duración de los síntomas, así como la falta de energía para las actividades cotidianas. **“La presencia de abulia es característico de la depresión.** La abulia es la falta de voluntad o energía para hacer algo. Una persona con trastorno depresivo suele sentir que no existe nada por lo que merezca la pena actuar” (Hernández, 2018, p. 1).

La tristeza es una emoción básica, junto con el miedo, la ira, el asco, la felicidad y la sorpresa. Se manifiesta como una sensación anímica de sufrimiento e insatisfacción. Los seres humanos pueden experimentar tristeza cuando sus expectativas no se cumplen o cuando las circunstancias de la vida son más dolorosas que alegres. Situaciones de pérdida, separación o distanciamiento también pueden generar una profunda tristeza, “es un afecto o sentimiento que surge directamente de una circunstancia dolorosa; se sitúa en el polo contrario a la alegría; como el resto de afectos o sentimientos, la tristeza es de fiar y revela una verdad del sujeto” (Álvarez, 2013, pp. 1-2). Para experimentar la tristeza de manera saludable, es fundamental que las personas se permitan sentirla, aceptar el dolor y expresarlo para poder transitar hacia otras emociones. Cuando alguien se siente triste, debe explorar y vivenciar esa emoción profundamente. En la mayoría de los casos, es posible identificar el acontecimiento desencadenante que originó la tristeza.

En términos bioquímicos, la tristeza se asocia a niveles bajos de serotonina. Esta emoción abarca un espectro de estados en los que el dolor psíquico es desencadenado por una situación significativa para la persona. En ocasiones, la tristeza puede llevar a buscar la cercanía de otros en busca de consuelo. En otros casos, las personas se aíslan, por el contrario, la emoción puede manifestarse de forma incontenible, como un estallido de llanto. De hecho, en la vida, las personas son más propensas a experimentar emociones negativas que positivas. “Se ha de destacar que las emociones negativas duran más y son más frecuentes que las emociones positivas debido a que en la cotidianidad se suceden más hechos y situaciones frustrantes que satisfactorias” (Cuervo Martínez & Izzedin Bouquet, 2007, p. 37).

Es comprensible que una persona sin motivos aparentes para ser feliz desarrolle depresión. Sin embargo, hoy en día se observa que este trastorno es igual de común tanto en quienes carecen de las condiciones mínimas para una vida digna como en aquellos que poseen lo que muchos considerarían suficiente para ser felices. De hecho, numerosos artistas reconocidos han sufrido de depresión. “Artistas como Leonardo da Vinci, Rafael Sancio, Paul Gauguin, Claude Monet y Edouard Manet. Es necesario incluir en esta relación a Miguel Ángel, Rembrandt y Sandro Botticelli que padecieron síntomas más intensos de depresión” (Betancourt Torres, 2017, p. 80).

Tanto las emociones como las patologías son estigmatizadas en nuestra cultura. A las personas no les gusta sentirse tristes o deprimidas y están dispuestas a hacer lo que sea para eliminar la tristeza, tal como lo harían con una enfermedad. Sin embargo, las emociones son la expresión más genuina de cada individuo, y el camino más directo para el autoconocimiento. Negar la experiencia plena de una emoción es negar nuestra propia esencia. “Las emociones son formas de manifestar el sentir e impulsan las actuaciones. De aquí, la importancia de analizar la relación entre emoción, salud y cognición” (Olivo Álvarez, 2018, p. 182).

Otro elemento diferenciador de esta enfermedad es el motivo de la aflicción. La depresión produce una serie de reacciones, casi siempre identificadas por pensamientos negativos, que conllevan a la falta de motivación para realizar actividades. Por ello, muchas personas deprimidas dejan de arreglarse o interactuar con otros. Además, la depresión puede alterar significativamente otras facetas de la vida, como el sueño, el estudio o el trabajo. “Con frecuencia, las alteraciones del sueño se detectan en la mayoría de los pacientes con trastornos mentales y, a su vez, los trastornos psiquiátricos tienden a ser comunes en pacientes con alteraciones del sueño” (Medina Ortiz, 2007, p. 702).

La depresión es un trastorno estrechamente relacionado con otras emociones como el miedo y el aburrimiento, su conexión más íntima se encuentra con la tristeza, aunque en muchas situaciones está relacionada con el estrés, siendo incluso difícil distinguir los límites entre estos conceptos. El estrés nos prepara para situaciones que requieren nuestra máxima atención, pero un estrés mal gestionado puede derivar en depresión o ansiedad, cuando ya no podemos responder a las situaciones que inicialmente generaron el estado de alerta. “Existe abundante

evidencia de que tanto estresores agudos y crónicos, como aquellos derivados de las relaciones sociales pueden tener efectos negativos tanto sobre la salud física como mental, ya sea por medio de mecanismos conductuales y/o mecanismos fisiológicos" (Ortiz, 2014, p. 767).

A pesar de los modelos psicológicos y psiquiátricos, los trastornos depresivos aumentan alarmantemente, con suicidios incluso en etapa de tratamiento. La ineficacia de las intervenciones actuales sugiere explicaciones reduccionistas, quizás esto se deba a etiquetas biomédicas o a la complejidad de la vida moderna y su impacto en la salud mental.

Un recorrido a través de la historia: la melancolía

En la Antigüedad, se utilizaba un concepto único para ciertas dolencias físicas y mentales, como la melancolía. Este término griego, que significa "bilis negra", designaba un fluido corporal considerado responsable de las dolencias melancólicas. El equilibrio o desequilibrio de estos fluidos determinaba la salud de la persona. La bilis negra se asociaba al elemento tierra y se caracterizaba por la sequedad y el frío. Estos líquidos, presentes en nuestro cuerpo, constituían nuestra esencia. "El cuerpo del hombre tiene en sí mismo sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra; éstos constituyen la naturaleza de su cuerpo, y a través de ellos él siente dolor o goza de salud" (Alby, 2004, p. 15).

La melancolía se entiende como la dificultad para procesar experiencias vividas, transformando así un concepto biológico en psicológico. Al igual que la incapacidad del sistema digestivo para procesar alimentos indica resistencia al cambio, la melancolía representa la incapacidad del sistema psíquico para procesar información y transformarla, manteniendo la situación estática. "El melancólico puede, asimismo, cansarse de una guerra en la que vencer es llanamente imposible y tomar otros caminos que la mortificación" (Fernández, 2007, p. 178). El exceso de este fluido se asociaba a una perturbación del alma que, paradójicamente, podía resultar en excelencia. Al observar que figuras destacadas en política, arte y guerra eran melancólicas, hombres como Aristóteles se preguntaban por qué estas personas compartían esta característica. Sin embargo, este término fue generando un sentimiento romántico hacia las personas depresivas, asociándolas con la creación artística hasta la cultura moderna: "El melancólico es extraordinario porque tiene una disposición natural a la concentración reflexiva" (Godina Herrera, 2002, p. 36).

En la Edad Media, la melancolía se asoció al pecado, especialmente a la acedia, y a una serie de comportamientos que desestabilizaban la fe. De hecho, se consideraba que el infierno era el lugar de los melancólicos, un sitio oscuro de continuos remordimientos, desesperanza y desilusión. "Uno de los más emblemáticos, esencialmente peyorativo, fue que el temperamento melancólico era concebido como enfermedad predispuesta, intrínsecamente mórbido y propenso a varias deficiencias físicas, así como a espantosos desórdenes mentales" (Aladro Font, 2005, p. 578).

Varios siglos después, en el Renacimiento, se retomaron las ideas de la Grecia clásica y se asoció la melancolía con la inspiración artística. En esta época, la melancolía se entendió como un camino hacia la aceptación del destino y, por ende, hacia la sabiduría. Posteriormente, los románticos llevaron al extremo la idea del artista, cuya inspiración emanaba del sufrimiento y la desesperación. Estos hacían especial énfasis en las emociones y sentimientos como los verdaderos legitimadores de la existencia. “El romántico se da cuenta, en el fondo de su alma, de que jugar a ser un nuevo Dios todopoderoso, solo en su remoto cielo, no es más que una compensación psicológica para escaparse de su horrible sensación de soledad humana” (Sebold, 2011, p. 313).

En el siglo XX, Freud, con su obra *Duelo y melancolía*, consideró la melancolía como una enfermedad compleja debido a su relación con el desarrollo de suicidios e intentos de suicidio. El melancólico se caracteriza por la falta de interés en las cosas y la pérdida de ilusión en el futuro. Se diferencia de la persona en duelo en que el melancólico ha perdido algo interno, mientras que la persona en duelo ha perdido un objeto externo. “En la melancolía el objeto triunfa y el yo se vuelve sombra del objeto como resultado de una identificación que no inscribe sus rasgos, es el mismo yo el que se vuelve el lugar opaco del objeto a secas” (Ortiz Zavalla *et al.*, 2013, p. 158). Hoy, la ciencia desmitifica el imaginario colectivo que relaciona la melancolía y el arte. No se puede afirmar que la melancolía favorezca la creatividad a nivel neurológico. El proceso creativo involucra el sistema límbico, el hipocampo, las cortezas cerebrales y el sistema de recompensa, es decir, áreas racionales y emocionales del cerebro. Esta interacción produce dopamina, que facilita la evaluación y factibilidad de las ideas. La dopamina, neurotransmisor asociado al placer, interviene en el movimiento, los procesos cognitivos (memoria, atención y aprendizaje), la sensación de placer y el sueño. Por lo tanto, un estado permanente de tristeza inhibe la producción de dopamina, dificultando el proceso creativo. “Estudios recientes afirman que la creatividad no es un don extraordinario, sino una capacidad básica de los seres humanos. Como se citó previamente, es una posibilidad inherente a la naturaleza humana y, en este sentido, todo hombre puede desarrollarla” (Rendón Uribe, 2009, p. 121).

Sabemos que el sentido crítico, la capacidad de cuestionar el lugar en el cosmos y la indagación sobre el sentido de la vida son actitudes presentes en la creación artística y, frecuentemente, en personas con depresión. Aunque estas actitudes no son exclusivas de las personas depresivas, resulta interesante la alta frecuencia con que la depresión se presenta en este grupo. “El vacío existencial y la vida placentera sin valores acaba en la soledad del hombre promoviendo la infelicidad y provocando psicopatologías” (Armas Arráez & López Castedo, 2018, p. 58).

¿Cuáles son los síntomas más comunes de la depresión?

Los síntomas más comunes de la depresión incluyen tristeza, apatía, angustia, insomnio, ideación suicida, falta de energía para las actividades cotidianas, miedo, duda, cambios bruscos en el apetito y cansancio. Si bien es normal experimentar algunos de estos síntomas ante situaciones difíciles, diferenciar entre una emoción normal y un trastorno patológico es complejo para el profesional de la salud. Esta distinción no es sencilla, especialmente porque hasta hace poco tiempo se dependía exclusivamente del relato del paciente. Sin embargo, la tecnología de neuroimagen ha mejorado la precisión diagnóstica, ya que la depresión provoca irregularidades en la anatomía cerebral, especialmente inflamación en el hipocampo, área relacionada con el estrés. “Las técnicas de neuroimagen están haciendo avanzar nuestros conocimientos sobre la neurobiología de la depresión y podrían ayudarnos, en un futuro, en el diagnóstico y en el control del tratamiento” (Bello López, 2020, p. 27). El estrés excesivo desencadena la producción de hormonas que destruyen células en el hipocampo, bloqueando su función de respuesta ante situaciones estresantes. Asimismo, la corteza prefrontal, implicada en emociones y procesos cognitivos, también se ve afectada, con disfunción de las células gliales. Estas células dañadas por el estrés no se regeneran. “Los cambios estructurales es la reducción del hipocampo. El decremento promedio es del 8-10%, siendo el cambio tanto bilateral como sólo en uno de los hemisferios. También se reporta una reducción significativa únicamente en pacientes que tuvieron episodios depresivos recurrentes” (Cruzblanca Hernández *et al.*, 2016, p. 49).

También se ven afectados el lóbulo frontal que se ocupa de la toma de decisiones, los ganglios basales que se ocupan del movimiento, este retraimiento se daría por efecto del cortisol que se libera por las glándulas suprarrenales que se liberan en respuesta al estrés, este fenómeno se observa en las personas sufren de depresión, mientras que cuando la depresión desaparece los órganos vuelven a su tamaño normal, “el cortisol es una hormona esteroide que ejerce funciones adaptativas para responder a estímulos adversos tales como: movilización de glucosa, incremento en la actividad muscular y del tono cardiovascular, secreción de ácidos gástricos, etc.” (Cerdeña Molina *et al.*, 2017, p. 2).

La depresión produce un sentimiento de derrota en quien la experimenta, un vacío existencial, este sentimiento de abatimiento lleva a la persona a creer que nada vale la pena y que no puede salir del lugar en el que se encuentra, por esta razón la depresión se convierte en la puerta de entrada a la ideación suicida. “La planificación del suicidio implica un alto riesgo de muerte. La presencia de ideas suicidas es, en sí misma, un signo importante de angustia psicológica y requiere atención adicional en la evaluación clínica” (Amaral *et al.*, 2020, pág. 3). No se puede olvidar que las personas que experimentan ideación suicida, más que un deseo de morir, lo que quieren es dejar de vivir como están viviendo, el suicidio para estas personas representa la esperanza de algo de paz para sus vidas, la ideación suicida no es exclusiva de las personas con depresión, hay otros factores de riesgo que predisponen esta conducta como son el

alcoholismo, salud muy precaria, aislamiento, baja autoestima, sentimientos de rechazo familiar o social, entre otros. El suicidio se considera como la forma de violencia más extrema que una persona puede ejercer sobre sí misma, estas crisis no tienen un intervalo de tiempo definido algunas pueden durar poco tiempo y otras pueden durar mucho tiempo, sin embargo, hay algunas características a las cuales sí se debe estar atento como sentimientos alrededor de la muerte, poca comunicación y ambivalencia en la parte emocional; “las familias son una de las redes de apoyo que contribuyen a la prevención o rehabilitación de estas personas con ideación suicida” (Larrota, 2018, p. 23).

¿Cuál es el origen de la depresión?

El origen de la depresión es multifactorial. Puede radicar en la química cerebral, en factores psicológicos individuales o en la historia de vida del paciente. Hoy en día, se reconoce la influencia de la genética y los factores familiares. Además, la falta de un propósito o misión vital puede contribuir a la depresión, ya que dificulta el arraigo a la vida. “El desequilibrio que caracteriza las depresiones es consecuencia de la acción conjunta de la herencia, las condiciones histórico-sociales y la situación personal del paciente” (Bogaert García, 2012, p. 184).

El modelo psiquiátrico propone la hipótesis monoaminérgica, la cual sugiere que la depresión se origina por una alteración en los niveles de neurotransmisores como la dopamina, la noradrenalina y la serotonina. Esta hipótesis goza de amplia aceptación en el ámbito científico. Desde la neurofisiología, se ha observado que las personas con depresión presentan una menor secreción de serotonina y una menor activación en diversas áreas cerebrales, en comparación con individuos sin depresión. “La serotonina ejerce importante acción en el talante, conducta, movimiento, apreciación del dolor, actividad sexual, apetito, secreciones endocrinas, funciones cardíacas y el ciclo de sueño-vigilia” (Guadarrama *et al.*, 2007, p. 67).

La información se transmite a lo largo de una neurona mediante un impulso eléctrico. Sin embargo, las neuronas no forman una red continua; entre ellas existe un pequeño espacio llamado hendidura sináptica, que la corriente eléctrica no puede atravesar. Es aquí donde intervienen los neurotransmisores. Cuando el impulso eléctrico alcanza el límite de la hendidura sináptica, se liberan moléculas que cruzan el espacio y alcanzan la membrana de la siguiente neurona. Allí, se unen a sus receptores específicos, desencadenando una serie de eventos que continúan el impulso eléctrico. Una vez cumplida su función, las moléculas de neurotransmisor son recapturadas por las neuronas, evitando así la estimulación continua y la transmisión de señales posteriores. “Estas catecolaminas se concentran en vesículas en la región terminal de las neuronas y son liberadas durante el proceso de transmisión nerviosa, permitiendo la transmisión del impulso nervioso de una neurona a la otra” (Sequeira Cordero & Fornaguera Trías, 2009, p. 467).

La hipótesis monoaminérgica postula que la depresión se debe a un desequilibrio de neurotransmisores, específicamente dopamina, noradrenalina y serotonina. Este último neurotransmisor interviene en funciones fisiológicas como la regulación del sueño, el apetito, el estado de ánimo, la presión arterial y la secreción hormonal. Además, modula la actividad motora y sexual. En la depresión, se observa una disminución en los niveles de serotonina. “Desde el punto de vista bioquímico, parece que la depresión se produce cuando el cerebro no dispone de suficientes neurotransmisores o cuando estos, por alguna razón, no pueden ligarse con los receptores” (Bogaert García, 2012, pp. 190-191). La serotonina también influye en el córtex cingulado anterior, área responsable de la motivación, la expresión emocional y la memoria. Además, afecta al cuerpo estriado, relacionado con la modulación del movimiento, cuya alteración puede manifestarse como cansancio y enlentecimiento psicomotor. Por último, incide en la amígdala, encargada de regular la vida emocional. Los cambios en los niveles de serotonina en esta área pueden producir tristeza, ansiedad e ideación suicida. “Niveles altos de serotonina conducen a una disposición alegre y a la capacidad de soportar la tensión diaria, y niveles bajos se relacionan con depresión u otros trastornos como ansiedad social, trastorno obsesivo-compulsivo, anorexia, bulimia, fobias o trastorno bipolar” (León García, 2015, p. 43).

La depresión también puede surgir de la falta de amor propio. Cuando una persona no se acepta, valora ni ama, se desarrolla una autovaloración negativa. Aquellos que carecen de fortaleza interior buscan reconocimiento externo, un camino que inevitablemente conduce al encuentro con sus propios miedos, fantasmas e inseguridades. Delegar la responsabilidad del bienestar personal en otros solo lleva a confrontar la propia vulnerabilidad. Con el tiempo, la falta de herramientas para afrontar estas dificultades intensifica el encuentro con uno mismo, pudiendo sumir a la persona en la más profunda oscuridad del alma. “Un puente inicial entre los conceptos “Noche oscura” y “depresión” es el término “sufrimiento”. En las dos encontramos sufrimiento y este es un fenómeno que acontece en toda vida humana, es inseparable del hecho de estar vivos” (Rodríguez Fernández, 2019, pp. 86-87).

El origen de una enfermedad mental puede residir en la toxicidad del círculo inmediato de una persona, siendo la familia el más común. En ocasiones, la familia puede ser fuente de desafíos significativos, proporcionando simultáneamente las herramientas para el aprendizaje vital. Si bien la familia puede ser tóxica, es importante recordar que no se está obligado a repetir los comportamientos indeseados de su entorno familiar. “Investigaciones previas han evidenciado que la ausencia de figuras de autoridad de uno o ambos progenitores por separación o divorcio afecta de forma significativa el bienestar psicológico de cada uno de los integrantes que hacen parte de la familia” (Buitrago *et al.*, 2017, p. 297).

Es muy importante estar alerta a estos síntomas, pero siempre se debe tener presente que la presencia de estos no es determinante para diagnosticar una depresión, muchos de ellos se traslapan de otros trastornos del estado de ánimo o enfermedades que afectan directamente la salud mental de las personas.

¿Cómo se trata la depresión?

La depresión no siempre requiere tratamiento farmacológico. Los medicamentos antidepresivos deben ser prescritos y supervisados por un psiquiatra. En casos de depresión leve, la psicoterapia suele ser suficiente. Los antidepresivos se utilizan para la depresión moderada o profunda, ayudando a restablecer los procesos químicos cerebrales al modificar la producción de ciertos neurotransmisores en el sistema nervioso central. “El mecanismo preciso por el cual los antidepresivos modulan el estado de ánimo aún permanece desconocido. Cuando se habla de tratamiento farmacológico puramente, éste se reserva para casos de moderados a severos” (Piñar Sánchez *et al.*, 2020, p. 610).

Los antidepresivos tricíclicos, fármacos más antiguos, incluyen medicamentos como la amitriptilina y la clomipramina. Estos medicamentos se utilizan con menor frecuencia en la actualidad debido a sus efectos secundarios, como sedación y sensación de embotamiento. “Los tricíclicos están contraindicados en las cardiopatías severas, con cautela en el glaucoma y prostatitis.” (Cordero Jiménez *et al.*, 2006, p. 76), Posteriormente, surgieron los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), que actúan sobre la serotonina y son ampliamente utilizados en la actualidad. Entre estos medicamentos se encuentran la fluoxetina (Prozac) y la sertralina (Zoloft), entre otros. Finalmente, los antidepresivos de acción dual, como la duloxetina y la venlafaxina, representan una opción más actual. “Los esfuerzos más recientes en investigación acerca de la neurobiología subyacente al constructo clínico de la depresión, han permitido la expansión de blancos terapéuticos, incluyendo actualmente al sistema glutamatérgico” (Pérez Estrada, 2017, p. 15).

Asimismo, es crucial tomar conciencia de las causas subyacentes de la depresión, identificando los factores que generaron la angustia. Una vez lograda esta conciencia, la persona debe implementar mecanismos para restablecer el equilibrio. Los medicamentos ayudan a este proceso, actuando sobre la neurofisiología cerebral. Sin embargo, los desencadenantes deben ser identificados y transformados mediante la psicoterapia. “Hay abundante evidencia de que la psicoterapia y la farmacoterapia, sobre todo cuando se usan de forma conjunta, son eficaces en el alivio temporal de la depresión” (Carrasco, 2017, p. 82). Aunque lo recomendable en términos de tratamiento para las personas que sufren de depresión es combinar los medicamentos con la terapia psicológica, “conviene recordar que en psiquiatría, la medicación no es más que un momento del tratamiento del enfermo mental y que el tratamiento de fondo sigue siendo la psicoterapia” (Roudinesco, 2000, p. 22).

Una estrategia útil para las personas con depresión es establecer metas a corto plazo. Dado que los tratamientos psiquiátricos y psicológicos suelen mostrar resultados a mediano y largo plazo, alcanzar pequeñas metas ayuda a transformar la sensación de desvalimiento propia de la depresión. Estas pequeñas victorias resignifican el sentimiento de impotencia, “partiendo

de la aceptación radical de las situaciones que están fuera de su control, así como el manejo de situaciones críticas o estresantes con una actitud nueva, que le permita mejorar su salud mental” (Silva Paredes, 2022, p. 76).

Una dieta equilibrada puede beneficiar tanto al cuerpo como al estado de ánimo. Se recomienda incluir prebióticos, lactobacilos y bifidobacterias, chocolate negro, con bajo contenido de azúcar y leche. Alimentos como el plátano, el queso, las almendras, el pescado y los guisantes, ricos en triptófano (un aminoácido que se transforma en serotonina en el cerebro), nutren el cerebro y estimulan la producción de serotonina. Asimismo, consumir frutas amarillas por la mañana puede ser beneficioso. “La deficiencia de ácidos grasos omega-3 ha sido identificada como un factor que contribuye a trastornos del estado de ánimo, ofreciendo un potencial enfoque de tratamiento” (Márquez, 2016, p. 2). De igual forma, hay alimentos que se deberán evitar, por ejemplo, el azúcar es tan perjudicial para nuestro cerebro como lo es el estrés, se debe evitar las bebidas azucaradas, el consumo de cafeína, y especialmente las carnes rojas, de igual forma se debe evitar el consumo de alcohol y de sustancias alucinógenas.

Es fundamental identificar los hábitos arraigados que puedan estar contribuyendo a la depresión y cultivar aquellas acciones que favorezcan la recuperación. “Estas incluyen un amplio abanico de conductas, desde dejar de fumar, perder peso, hacer ejercicio hasta comer adecuadamente” (Becoña Iglesias & Vázquez, 1999, p. 179). Es importante considerar que los estados emocionales **configuran** un modo de ser y estar, atrayendo a personas con experiencias similares. Esta predisposición emocional **aumenta la percepción** de estímulos y personas que reflejan las emociones predominantes en la vida del individuo. Por ello, es crucial filtrar la información recibida, ya que esta **moldea** nuestra realidad. Si nos alimentamos de información negativa, nuestra realidad se tornará negativa; si recibimos información positiva, nuestra energía se elevará.

Practicar la entrega a los demás es fundamental. Al cultivar la compasión, se comprende que existen realidades más allá del propio sufrimiento. Esta comprensión permite expresar amor y compasión hacia los demás, resignificando el dolor como una experiencia vital, no como la vida misma. Descubrirse como un agente de bienestar en medio de la tristeza y la depresión permite reescribir la propia historia. Aquellas personas que trascienden su ensimismamiento, particularmente su tristeza, y proyectan emociones positivas hacia otros, suelen recuperarse con mayor rapidez. “La compasión es el lazo que nos permite vibrar al mismo nivel que otro ser humano. La compasión es una forma de recibir la realidad del otro como propia, como no ajena.” (Centeno Cortés, 2017, p. 291).

Una de las herramientas más efectivas para combatir la depresión es incorporar una rutina de movimiento diario de al menos 20 minutos. La actividad física es especialmente beneficiosa; caminar a paso rápido durante este tiempo reduce la influencia del cortisol en el organismo y ayuda a regular los niveles de azúcar, mejorando la función pancreática y facilitando la eliminación de toxinas. Además, aumenta la secreción de sustancias asociadas al bienestar, como

la adrenalina y las endorfinas, lo que disminuye dolores articulares y musculares, y reduce la sensación de cansancio. Otras actividades físicas, como el yoga o los ejercicios de estiramiento, relajan los músculos y activan el sistema nervioso parasimpático, responsable de inducir un estado de relajación en el cuerpo. “La práctica físico-deportiva tiene un efecto positivo sobre la salud física y mental debido a que produce liberación de endorfinas, lo que conlleva a una reducción de la ansiedad, la depresión y el estrés” (Barbosa Granados & Urrea Cuellar, 2018, p. 144).

Es fundamental tener paciencia con las personas que padecen depresión. No es que no quieran estar bien, sino que no encuentran cómo lograrlo. Sin embargo, existen muchas formas de acompañar a quien sufre esta enfermedad. La mejor ayuda siempre será escuchar sin prejuicios. El discurso de una persona deprimida suele ser repetitivo, por lo que es fácil caer en la tentación de descalificarla o de ofrecer consejos no solicitados. La compasión es crucial con este tipo de pacientes. Se debe respetar su silencio, incluso su negativa a recibir ayuda, ya que pueden no comprender lo que les sucede. Obligarles a expresarse solo aumentará su sensación de incompreensión. Es importante reconocer los pequeños logros de una persona deprimida, ya que su autoestima suele ser baja. Celebrar sus avances en la recuperación es esencial. También se debe respetar su espacio personal, evitando crear dependencia o agobiarles con nuestra presencia. “El cuidar del paciente depresivo es una responsabilidad que implica seriamente la estabilidad emocional de sus cuidadores, puesto que éstos tienen contacto con vivencias altamente demandantes y con un impacto dramáticamente negativo” (Blanco Julio, 2013, p. 49).

Una mirada alternativa a la depresión

Es importante recordar que toda emoción se convierte en percepción. Nuestra cultura tiende a ignorar o minimizar las emociones negativas, relegando las manifestaciones de tristeza y dolor a la más profunda intimidad, como si estas emociones perturbaran o incomodaran a los demás. Parece que la sociedad nos prohibiera sentirnos mal, exigiendo una rápida recuperación de estados como la tristeza, la depresión o la angustia, pues la felicidad se ha convertido en un imperativo social.

Cuando una persona sufre de depresión, se siente desorientada, inmersa en una oscuridad que impide la comprensión de lo que ocurre. A pesar de tener cierta noción de su estado, su ser parece resistirse a entenderlo. La persona deprimida ha perdido la energía para salir de esa oscuridad, sintiendo que la vida carece de sentido. No se trata de una cuestión de conciencia sobre el sentido de la vida, sino de una sensación visceral de su ausencia. La depresión no se cura, se acompaña. Como alguien que se ahoga, no se le saca del agua si tiene miedo, se le enseña a nadar. La pérdida de sentido invita a crear uno nuevo.

En la depresión, las personas sienten una fuerza externa que las hunde, obligándolas a descender a lo más profundo de sí mismas. Atribuyen esta fuerza a factores externos, culpando a otros de su sufrimiento. La familia, la pareja o el entorno se convierten en culpables de su enfermedad. Sin embargo, esta fuerza también reside en su interior. Al comprender esta dualidad, desaparecen los culpables externos y la persona asume la responsabilidad de su situación, convirtiéndose en la única capaz de superarla. Reconocer esta responsabilidad no implica una cura inmediata, pero sí una oportunidad de aprendizaje. La depresión puede convertirse en un maestro, revelando aspectos de la vida que requieren atención. Descender a lo más profundo de nosotros mismos puede ser un camino para reencontrarnos, un proceso que a menudo exige dejar atrás lo conocido para comenzar de nuevo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran la inexistencia de conflictos de interés de tipo personal o con institución o asociación comercial de cualquier índole.

Referencias

- **Aladro** Font, J. (2005). La melancolía de Alonso Quijano "el Bueno". *Príncipe de Viana*, 66(236), 577-588. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1710294>
- **Alby**, J. C. (2004). La concepción antropológica de la medicina hipocrática. *Enfoques*, XVI(1), 5-29.
- **Alonso**, D. (1987). Breve diccionario de la lengua castellana. En J. Coraminas, *Breve diccionario de la lengua castellana* (pp. 577-588). Gredos.
- **Álvarez**, J. M. (2013). La tristeza y sus matices. *Temas de psicoanálisis*, 6, 1-14.
- **Amaral**, A. P., Uchoa Sampaio, J., Ney Matos, F., Santos Pocinho, M., Fernandes de Mesquita, R., & Milanes Sousa, L. (2020). Depresión e ideación suicida en la adolescencia: implementación y evaluación de un programa de intervención. *Enfermería global*, 19(59), 1-35. <https://doi.org/10.6018/eglobal.402951>
- **Armas** Arráez, M. M., & López Castedo, A. (2018). El sentido de la vida: factor protector de ansiedad y depresión. *Cuarensia*, 13, 57-72. <https://doi.org/10.17398/2340-4256.13.57>
- **Barbosa** Granados, S. H., & Urrea Cuéllar, A. M. (2018). Influencia del deporte y la actividad física en el estado de salud físico y mental: una revisión bibliográfica. *Revista Katharsis*, 25, 141-160. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6369972>
- **Becoña** Iglesias, E., & Vázquez, F. (1999). Promoción de los estilos de vida saludables: ¿Realidad o utopía? *Revista de Psicología de la PUCP*, 12(2), 169-228. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4611602>

- **Bello** López, J. (2020). La depresión en el anciano con ojos de neurólogo. *Informaciones psiquiátricas*, 239, 27-36. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7835537>
- **Betancourt** Torres, I. (2017). Las enfermedades psiquiátricas y su impacto en la obra de genios de las bellas artes. *Edumecentro*, 9(2), 76-92. <https://www.medigraphic.com/pdfs/edumecentro/ed-2017/ed172g.pdf>
- **Blanco** Julio, J. L. (2013). Afrontamiento familiar del paciente con depresión. *Realitas. Revista de Ciencias Sociales, Humanas y Artes*, 1(2), 46-51. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4766799>
- **Bogaert** García, H. (2012). La depresión etiología y tratamiento. *Ciencias y sociedad*, 37(2), 183-197. <https://www.redalyc.org/pdf/870/87024179002.pdf>
- **Botto**, A., Acuña, J., & Jiménez, J. P. (2014). la depresión como un diagnóstico complejo. implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. *Revista de medicina de Chile*, 142(10), 1297-1305. <http://doi.org/10.4067/S0034-98872014001000010>
- **Buitrago**, J., Pulido, L., & Güichá Duitama, A. (2017). Relación entre sintomatología depresiva y cohesión familiar en adolescentes de una institución educativa de Boyacá. *Psicogente*, 20(38), 296-307. <https://doi.org/10.17081/psico.20.38.2550>
- **Carrasco**, A. (2017). Modelos psicoterapéuticos para la depresión: hacia un enfoque integrativo. *Revista Interamericana De Psicología*, 51(2), 181-189. <https://www.redalyc.org/pdf/284/28454546004.pdf>
- **Centeno** Cortés, C. (2017). Compasión corazón del ejercicio de la medicina. *Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid*, 54, 289-294. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7140191>
- **Cerda** Molina, A., Borraz León, J., Mayagoitia Novales, L., & Gaspar del Río, A. (2017). Reactividad del cortisol y salud mental en adultos expuestos a violencia temprana: revisión sistemática. *Revista panamericana de salud pública*, 41, e171. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2017.171>
- **Cordero** Jiménez, J. R., García Cordero, S., Fernández López, O., Cañedo Santana, L., & Santana Castellón, D. (2006). Manual de generalidades sobre psicofarmacología geriátrica. *Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos*, 4(1), 72-78. <https://www.redalyc.org/pdf/1800/180019846014.pdf>
- **Corea** del Cid, M. T. (2021). La depresión y su impacto en la salud pública. *Revista Médica Hondureña*, 89(Supl.1), 46-52. <https://doi.org/10.5377/rmh.v89iSupl.1.12047>
- **Cruz** Pérez, G. (2012). De la tristeza a la depresión. *Revista Electrónica De Psicología Iztacala*, 15(4), 1310-1325. <https://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/34739>
- **Cruzblanca** Hernández, H., Lupercio Coronel, P., Collas Aguilar, J., & Castro Rodríguez, E. (2016). Neurobiología de la depresión mayor y su tratamiento farmacológico. *Salud mental*, 39(1), 47-58. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.067>
- **Cuervo** Martínez, A., & Izzedin Bouquet, R. (2007). Tristeza, Depresión y Estrategias de Autorregulación en Niños. *Tesis Psicológica*, (2), 35-47. <https://www.redalyc.org/pdf/1390/139012670004.pdf>
- **Fernández**, F. (2007). La melancolía una pasión inútil. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 27(1), 169-184. <https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v27n1/v27n1a15.pdf>
- **Godina** Herrera, C. (2002). Sobre la melancolía. *La lámpara de Diógenes*, 3(5), 35-40. <https://www.redalyc.org/pdf/844/84430505.pdf>
- **Gómez** Tabares, A., Núñez, C., Agudelo Osorio, M., & Grisales Aguirre, A. M. (2020). Riesgo e ideación suicida y su relación con la impulsividad y la depresión en adolescentes escolares. *Revista iberoamericana de diagnóstico y evaluación*, 1(54), 147-164. <https://doi.org/10.21865/RIDEP54.1.12>

- **Guadarrama**, L., Escobar, A., & Zhang, L. (2007). Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión. *Revista facultad de medicina UNAM*, 49(2), 66-72.
- **Hernández**, A. (15 de octubre de 2018). *Diferencias para no confundir tristeza con depresión*. El diván de Alejandra. <https://www.hernandezpsicologos.es/blog/diferencias-para-no-confundir-tristeza-con-depresion/>
- **Larrotta**, K. E. (2018). Ideación suicida en una muestra de jóvenes víctimas de cyberbullying. *Revista Psicoespacios*, 12(20), 19-34. <https://doi.org/10.25057/issn.2145-2776>
- **León** García, M. (2015). Serotonina, ciclo menstrual y síndrome premenstrual. *Medicina naturista*, 9(2), 43-48. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5171319.pdf>
- **Márquez**, M. (2016). Depresión y calidad de la dieta. revisión bibliográfica. *Archivos de medicina*, 12(1), 1-9. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5457000>
- **Medina** Ortiz, Ó. S. (2007). Alteraciones del sueño en los trastornos psiquiátricos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36(4), 701-717. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v36n4/v36n4a09.pdf>
- **Molina** Gámez, J., Gutiérrez Gámez, Y., & Oviedo Noreña, E. (2011). Depresión autoestima y su relación con la ideación suicida en estudiantes de un colegio privado de la ciudad de Ciénaga Magdalena. *Duazary*, 8(1), 13-19. <https://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/1662>
- **Olivo** Álvarez, S. C. (2018). Manejo de las emociones negativas desde el aula: un reto para el equilibrio, salud y conocimiento. *REDHECS. Revista electrónica de humanidades educación y comunicación social*, 13(25), 180-196. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6865950>
- **Ortiz** Zavalla, G., Berdullas, P., & Malamud, M. (2013). El objeto en la melancolía. Anuario de investigaciones, 20, 157-161. <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139949030.pdf>
- **Ortiz**, M. S. (2014). How stress gets under the skin o cómo el estrés psicológico se introduce bajo la piel. *Revista médica de Chile*, 142(6), 767-774. <http://doi.org/10.4067/S0034-98872014000600011>
- **Ossa**, A. M., Sánchez Ochoa, A., Mejía, C. E., & Bareño, J. (2016). Prevalencia de depresión y sus factores asociados en adolescentes entre 13 y 17 años en Colombia año 2003. *CES Salud Pública*, 7(1), 37-48. <https://doi.org/10.21615/cessp.7.1.4>
- **Pérez** Estrada, R. (2017). Tratamiento farmacológico de la depresión actualidades y futuras direcciones. *Revista de la facultad de medicina de la UNAM*, 60(5), 7-16. <https://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v60n5/2448-4865-facmed-60-05-7.pdf>
- **Piñar** Sancho, G., Suárez Brenes, G., & De la Cruz Villalobos, N. (2020). Actualización sobre el trastorno depresivo mayor. *Revista Médica Sinergia*, 5(12), e610. <https://doi.org/10.31434/rms.v5i12.610>
- **Pupo** González, L., Parra García, M., Salgado Fernández, Z., Gómez Ali, Y., & Hernández Utria, M. (2022). Caracterización de los Familiares de Pacientes Ingresados con Diagnóstico de Depresión. *Revista Científica Hallazgos21*, 7(1), 1-21. <https://doi.org/10.1177/2158244018765608>
- **Rendón** Uribe, M. A. (2009). Creatividad y cerebro bases neurológicas de la creatividad. *Aula*, 15, 117-135. <https://doi.org/> <https://doi.org/10.14201/8946>
- **Rodríguez** Fernández, M. (2019). Noche oscura y depresión. *Revista de espiritualidad*, 78(310), 117-137. <https://libreriasiglo.com/196017-noche-oscura-y-depresion?srsId=AfmBOopbV-1KFNXSH5An5FHiZLtQ1C8eBtiq2-zRKvE8E1q5ilzvEI4T>
- **Roudinesco**, E. (2000). *¿Por qué el psicoanálisis?* Paidós.

- **Sebold**, R. P. (2011). La cosmovisión romántica siete síntomas y cinco metáforas. *Castilla. Estudios de Literatura*, 2, 311-323. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3738745>
- **Sequeira** Cordero, A., & Fornaguera Trías, J. (2009). Neurobiología de la depresión. *Revista mexicana de neurociencias*, 10(6), 462-478. <https://hdl.handle.net/10669/73689>
- **Silva** Paredes, C. (2022). Estrategias de terapia dialéctica conductual para depresión en adolescentes: una propuesta teórica. *Revista de Investigación Talentos*, 9(2), 84-100. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8630064>