



CUANDO EL CANSANCIO ES NEUROLÓGICO:

EL IMPACTO DE LOS TRASTORNOS INVISIBLES Y
LA URGENCIA DE EDUCAR CON EMPATÍA

ARLEM ALEIDA CASTILLO-AVILA
BENEMÉRITA UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA DE PUEBLA

SEMBLANZA

Arlem Aleida Castillo-Avila es doctora en Sistemas y Ambientes Educativos por la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP) y maestra en Ciencias por el Instituto Nacional de Astrofísica Óptica y Electrónica (INAOE). Actualmente

se desempeña como profesora de Ciencias de la Computación y Diseño UX en la BUAP y la Universidad de las Américas de Puebla (UDLAP). Su línea de investigación se centra en la Interacción Humano-Computadora y el cómputo afectivo para el desarrollo de sistemas empáticos con impacto social. En el ámbito personal, es madre de una adolescente y de tres gatos. Disfruta equilibrar su vida académica mediante la práctica de la natación, las clases de canto y su gusto por la ciencia ficción.

RESUMEN

El Trastorno de Depresión Persistente (TDP) es una condición clínica crónica e invisibilizada que frecuentemente se confunde con rasgos de personalidad. A través de una narrativa autobiográfica, se expone cómo esta neurodivergencia agota la energía mental sin incapacitar por completo, obligando a la persona a sobrevivir bajo una máscara de funcionalidad dentro de entornos de alta exigencia. El texto concluye destacando la importancia de promover una cultura de paz que desestigmatice la salud mental y combata, mediante una empatía radical, las violencias invisibles de un sistema académico inflexible y capacitista.

Palabras clave: salud mental, empatía institucional, neurodivergencia, capacitismo, cultura de paz

El Trastorno de Depresión Persistente (TDP) aparece como el eco crónico de una depresión que no fue tratada de manera oportuna y efectiva. A nivel global, se estima que afecta aproximadamente al 3% de la población adulta. Sin embargo, las y los pacientes suelen tardar hasta una década en buscar ayuda o recibir un diagnóstico correcto, precisamente porque los síntomas se asumen como “rasgos de personalidad” (Niculescu y Akiskal, 2001). Esta situación convierte al TDP en una condición frecuentemente invisibilizada.

Abordo esta problemática desde mi propia experiencia, la cual me ha llevado a re-



Mientras el resto de mi generación avanzaba rápidamente hacia otra etapa, yo me aferraba a la esperanza de regresar al tiempo en el que era feliz, aun cuando mi razonamiento me indicaba que ello era imposible”

flexionar sobre la realidad que enfrentan muchas personas, tanto el estudiantado como el personal docente y administrativo. Compañeras y compañeros que viven sin saber cómo nombrar a un conjunto de síntomas que terminan aceptando como parte de su personalidad, o como defectos propios.

Fui una niña profundamente plena y feliz. Desarrollé una identidad sólida y un fuerte sentido de pertenencia a mi grupo escolar y a mi comunidad, dentro de una dinámica familiar estable y bajo los estándares de lo que la sociedad considera “normal”. Sin embargo, con la transición hacia la adolescencia, experimenté un choque emocional inesperado. Mi generación ya no compartía mis gustos, aún infantiles, y el sentido de pertenencia se transformó en desconexión. Mientras el resto de mi generación avanzaba rápidamente hacia otra etapa, yo me aferraba a la esperanza de regresar al tiempo en el que era feliz, aun cuando mi razonamiento me indicaba que ello era imposible. Lloré, me aislé y desarrollé un profundo rechazo hacia mi entorno. Estaba atravesando un episodio de depresión mayor, una reacción que puede presentarse cuando los factores ambientales favorecen este tipo de afectaciones emocionales.

El problema fue que, aunque el fuego de la crisis aguda se extinguió con el tiempo, las heridas siguieron abiertas y el dolor se volvió cotidiano. La crisis dejó de ser visible, pero el pesimismo, la fatiga mental y una leve sensación de tristeza se instalaron permanentemente en mi cerebro. Poco a poco las manifestaciones se volvieron más sutiles, pero no menos destructivas. Con el TDP puede surgir una incapacidad para tomar decisiones sin experimentar crisis de ansiedad paralizantes, así como periodos de hambre incontrolable o de completa inapetencia (Uchida et al., 2024). Pasaron años en los que creí que todo esto era parte de mi forma de ser. Cargué con la culpa de no ser tan funcional como las demás personas, pese a no tener un impedimento físico o circunstancial evidente, ignorando que todos los días mi organismo libraba una batalla contra un trastorno que me acompañaría hasta las aulas universitarias, primero como estudiante y ahora como docente.

Durante mi adolescencia y juventud, me volví propenso a buscar escapes en distintas conductas autodestructivas, a agotarme con una facilidad sorprendente y a sentir una necesidad incontrolable de dormir frente a situaciones de gran presión. El sueño era el mecanismo de supervivencia que mi organismo activaba para protegerse del peligro; entraba en una especie de estado de hibernación. El gran reto con el TDP, es que rara vez alcanza un nivel tan crítico como para encajar en el estereotipo clínico de la tristeza profunda que imposibilita salir de la cama o detona pensamientos autodestructivos graves, síntomas característicos de un episodio depresivo mayor agudo, pero no del TDP (APA, 2022). Tampoco debe confundirse con el trastorno bipolar, en el que pueden presentarse picos de euforia que arrojan a la persona un estado evidente de hiperactividad y conductas impulsivas (Pradeep, 2025).

La depresión persistente oscila de forma constante en el umbral inferior, justo en la frontera entre la depresión clínica y la estabilidad emocional (APA, 2022). En la literatura médica también se le conoce como el “síndrome del mal humor”, ya que quien lo

experimenta siente un hastío generalizado hacia todo, sin poder identificar una causa específica (Gallardo-Moreno et al., 2013).

LA SUPERVIVENCIA ACADÉMICA: ENTRE LA INCONSTANCIA Y LA CULPA

El letargo no detuvo mi crecimiento, pero sí lo distorsionó. Al ingresar a la preparatoria, la necesidad de sentirme aceptada por la sociedad me empujó a desarrollar un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA). Esta comorbilidad entre los trastornos del estado de ánimo crónicos y los TCA es tristemente común durante la adolescencia, ya que las conductas restrictivas suelen surgir como mecanismos para afrontar la inestabilidad emocional y la presión por alcanzar la validación social (Medina-Gómez et al., 2019). Al ser menor de edad, mi acceso a métodos restrictivos no incluía medicamentos, pero el daño psicológico ya estaba sembrado.

Llegar a la universidad también fue, en gran medida, una decisión tomada por inercia. No tenía un interés particular por alguna profesión, solo la convicción de que era mi responsabilidad terminar una carrera como retribución al esfuerzo de mi madre y mi padre. Una vez matriculada en la Ingeniería en Ciencias de la Computación, el choque entre mi realidad neurológica y las exigencias del sistema académico se volvió insostenible.

La depresión persistente se sitúa en un límite especialmente cruel: no incapacita por completo, pero drena la energía física y mental. Quienes vivimos con este trastorno no carecemos de capacidad intelectual; por el contrario, con frecuencia desarrollamos estrategias de aprendizaje que nos permiten sobrevivir en el entorno académico. Mis calificaciones demostraban que entendía perfectamente los temas, sin embargo, fuera del aula enfrentaba días de inactividad absoluta. No lograba entregar tareas a tiempo ni levantarme temprano. Para mis profesoras y profesores, para el sistema universitario y, lo que resulta más doloroso, para mí misma, esa incapacidad de mantener el ritmo no fue interpretada como el síntoma de un cerebro exhausto, sino como una etiqueta de irresponsabilidad, inconstancia y desinterés.

La inestabilidad y la falta crónica de autoestima me hicieron particularmente vulnerable y me llevaron a sostener relaciones interpersonales complejas que culminaron en un embarazo durante mi etapa estudiantil.

Gracias a la red de apoyo de mi familia, logré desvincularme de esa relación y asumir -sola- la crianza de mi hija. Muchas jóvenes, sin embargo, no cuentan con ese respaldo y enfrentan situaciones de juicio y discriminación.

La depresión persistente puede arrebatarnos incluso los picos emocionales que la sociedad exige. Aún me duele admitir que, cuando nació mi hija, no experimenté esa euforia desbordante que suelen imponer los estereotipos de la maternidad. Sentí un amor profundo y real hacia ella, pero la ausencia de ese “amor desenfrenado” me llenó de culpa. ¿Por qué, si reconocía su inmenso valor, mi cerebro era incapaz de generar la euforia esperada?

EL ANCLA Y LA VOCACIÓN

A pesar de esa niebla bioquímica, mi hija se convirtió en mi ancla absoluta. Luché con más fuerza que nunca contra la fatiga cognitiva y mi último año de carrera fue casi impecable. Sostuve simultáneamente los roles de estudiante y madre; por la madrugada, combinaba mis tareas de programación mientras alimentaba a mi bebé. Me gradué con un promedio superior a 9.

Fue en medio de ese esfuerzo gigantesco donde encontré mi vocación: la Interacción Humano-Computadora (IHC). Me fascinó la filosofía de adaptar la tecnología a la persona usuaria partiendo de la premisa de que todas las personas somos diferentes. Esa área de la ciencia reflejaba mi propia necesidad vital: yo no lograba encajar en la rigidez burocrática del sistema educativo.

Gracias al compromiso y la empatía de quienes participaron en mi formación académica, encontré una meta en la investigación. Comprendí que, para alcanzar un impacto similar al que observaba en mis mentores, necesitaba cursar un posgrado de excelencia, lo que me llevó a postularme a la maestría en un centro público nacional de investigación y posgrados de excelencia.

EL COLAPSO METABÓLICO Y LA REVELACIÓN BIOQUÍMICA

La maestría no fue difícil por su exigencia académica, sino por la logística que destrozó mi reserva de energía. Viajaba cuatro horas diarias para ir y venir del instituto, y terminaba sin recursos cognitivos para pensar, justo cuando mi hija más necesitaba de mi presencia.

Mi mente colapsó. Desaparecí del instituto durante tres meses, caí en un episodio de depresión mayor. Me refugié en mi casa, dedicándome a cualquier tarea que me mantuviera alejada de mis actividades académicas. El autosabotaje, estudiado como autolimitación o *self-handicapping*, constituye una manifestación disfuncional constante del TDP (Barutçu Yıldırım y Demir, 2020). Aun así, logré graduarme a tiempo.

Esta experiencia revela una verdad incómoda sobre la academia: la procrastinación depresiva suele acompañarse de un procesamiento constante “en segundo plano”. Cuando la fecha límite se vuelve inminente, el trabajo bajo presión extrema puede resultar efectivo, pero esa efectividad dista mucho de ser saludable. Pasar noches enteras sin dormir para compensar meses de inactividad altera el ciclo circadiano, es decir, el reloj biológico interno encargado de regular el sueño, las hormonas y el metabolismo en periodos de 24 horas. Esta privación aguda de sueño sobrecarga las vías de estrés del organismo, lo que conlleva consecuencias metabólicas devastadoras a largo plazo (Hirotsu y Andersen, 2015).

Durante esos tres meses de ausencia ocurrió el punto de quiebre. En un intento por mantenerme activa, y aun arrastrando mi TCA, me inscribí en un gimnasio. Aquí surge una contradicción perversa: para las instituciones educativas y la sociedad en general, los gimnasios y centros deportivos suelen considerarse espacios seguros, alejados de los “puntos rojos” asociados con las adicciones. Sin embargo, en la práctica, y desde una experiencia personal, la venta de sustancias nocivas operaba con total normalidad bajo la bandera de las “buenas intenciones” del *fitness*. De forma irrespon-



sable, me ofrecieron pastillas con efedrina para bajar de peso, prometiéndome un pico de energía como una señal “positiva” para ejercitarme. Al consumirlas, no experimenté nada de eso. Lo que sentí fue una calma inusual, una quietud mental que me permitió enfocarme. Hasta podría llamarlo “felicidad”.

Uno de los efectos biológicos más notorios fue la modificación en mi percepción visual. No me había percatado de que percibía todo con una tonalidad azul grisácea, como mirar a través del plástico con que forrar libros. El estimulante quitó ese velo y los colores se volvieron intensos. Con el tiempo descubrí que había una razón biológica detrás de ese cambio: cuando los niveles de dopamina y serotonina disminuyen anormalmente, la sensibilidad al contraste visual en la retina se reduce, alterando físicamente la forma en que el sistema nervioso procesa la intensidad de la luz y los colores (de ahí que en inglés la expresión *I'm blue* se asocie a la tristeza) (Bubl et al., 2010). La explicación bioquímica le dio sentido a mi realidad.

Ese efecto paradójico fue mi mayor revelación, descubrí que mi cerebro necesitaba urgentemente atención clínica para funcionar con normalidad. No era cuestión de “echarle ganas” ni de fuerza de voluntad.

Ya siendo adulta y con ingresos propios, busqué atención psiquiátrica. Cuando relaté mi experiencia, incluso antes de iniciar formalmente el proceso diagnóstico, la especialista manifestó una profunda indignación. Me explicó que me habían vendido sustancias muy peligrosas disfrazadas de productos inofensivos y que, de haber continuado consumiéndolas, me habrían provocado adicción, deterioro de funciones neurológicas y daños cardíacos irreversibles. Esa consulta me salvó la vida. Ese día, el agotamiento de mi adolescencia, la culpa asociada a mi maternidad y las crisis que atravesé durante la universidad recibieron por fin un nombre clínico.

LA REVELACIÓN EN EL AULA Y EL ESPEJISMO DE LA FUNCIONALIDAD

El tratamiento para el TDP es integral: busca equilibrar la bioquímica al tiempo que brinda apoyo psicológico. No obstante, no existe una cura definitiva. Se trata de una condición crónica que puede agravarse ante determinados factores. Tampoco existe un tratamiento universal; la búsqueda de los fármacos y las estrategias terapéuticas adecuadas suele ser un proceso de “prueba y error”. A lo largo de los años he tenido recaídas en mi esfuerzo constante por mantener la estabilidad.

Hoy mi rol ha cambiado. Desde mi posición como docente, observo los rostros de mis estudiantes y reconozco, como un reflejo, ese mismo agotamiento silencioso. Veo a personas brillantes ser etiquetadas como irresponsables o problemáticas. Veo cómo se castigan a sí mismas, llamándose “flojas”, cuando en realidad libran una batalla bioquímica monumental tan solo para llegar a clase.

La verdadera crisis no radica solo el colapso individual, sino en la resistencia de un sistema educativo, familiar y social construido sobre bases profundamente capacitistas. Al mirar en retrospectiva, compren-

do que el mayor obstáculo que enfrenté no fue mi diagnóstico *per se*, sino la inflexibilidad de un entorno carente de preparación para adaptar, alojar y acompañar, desde la empatía, a quienes no funcionamos bajo sus estándares de normalidad.

El sistema penaliza la vulnerabilidad y asume que el estudiantado debe amoldarse a la burocracia, en lugar de que la institución provea un andamiaje seguro para la neurodivergencia. Aquí es donde la cultura de paz en la educación superior se vuelve una urgencia vital. La paz no consiste únicamente en la ausencia de conflictos, sino también en la erradicación de las violencias invisibles que el entorno nos empuja a ejercer sobre nosotras mismas en nombre de la productividad.

Necesitamos desestigmatizar la salud mental en las universidades. La justicia social empieza por comprender que los trastornos emocionales no se manifiestan siempre de forma estereotipada. Aunque clínicamente se defina como un trastorno del estado de ánimo, la depresión persistente funciona en la práctica como una neurodivergencia que altera la forma en que las personas procesan e interactúan con su entorno. No siempre se manifiesta mediante un llanto incontrolable y la incapacidad de salir de la cama. Muchísimas veces toma la forma de estudiantes -lo mismo hombres que mujeres-, o de colegas que cumplen con sus responsabilidades, pero viven en un estado de agotamiento crónico, sobreviviendo detrás de una máscara de funcionalidad. Romper este ciclo exige mirarnos con una empatía radical, reconociendo nuestra humanidad mucho antes que nuestras métricas de éxito.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2022). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5-TR) (5.ª ed., texto revisado). Editorial Médica Panamericana.
- Barutçu Yıldırım, F. y Demir, A. (2020). Self-handicapping among university students: The role of procrastination, test anxiety, self-esteem, and self-compassion. *Psychological Reports*, 123(3), 825-843. <https://doi.org/10.1177/0033294118825099>
- Bubl, E., Kern, E., Ebert, D., Bach, M., y Tebartz van Elst, L. (2010). Seeing gray when feeling blue? Depression can be measured in the eye of the diseased. *Biological Psychiatry*, 68(2), 205-208. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2010.02.009>
- Gallardo-Moreno, G. B., Jiménez-Maldonado, M., González-Garrido, A. A., y Villaseñor-Cabrera, T. de J. (2013). Dysthymia as a nosological entity. Some thoughts on its epidemiology, etiology and diagnostic usefulness. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 14(4), 215-222.
- Hirotsu, C., Tufik, S., y Andersen, M. L. (2015). Interactions between sleep, stress, and metabolism: From physiological to pathological conditions. *Sleep Science*, 8(3), 143-152. <https://doi.org/10.1016/j.slsci.2015.09.002>
- Medina-Gómez, María Begoña, Martínez-Martín, María Ángeles, Escolar-Llamazares, María del Camino, González-Alonso, Yolanda, y Mercado-Val, Elena. (2019). Ansiedad e insatisfacción corporal en universitarios. *Acta Colombiana de Psicología*, 22(1), 13-21. <https://doi.org/10.14718/ACP.2019.22.1.2>
- Niculescu III, A. B., y Akiskal, Hagop S. (2001). Proposed endophenotypes of dysthymia: evolutionary, clinical and pharmacogenomic considerations. *Molecular Psychiatry*, 6(4), 363-366.
- Pradeep, B. Vishwanath. (2025). Psychological research about persistent depressive disorder (dysthymia). *International Journal of Natural-Applied Sciences and Engineering*, 3(1), 26-29. <https://doi.org/10.22399/ijnasen.18>
- Uchida, Yuma, Hikida, Takatoshi, Honda, Manabu, y Yamashita, Yuichi. (2024). Heterogeneous appetite patterns in depression: computational modeling of nutritional interoception, reward processing, and decision-making. *Frontiers in Human Neuroscience*, 18, 1502508. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2024.1502508>