

Campus de Quetzaltenango
Universidad Rafael Landívar
Facultad de Humanidades

The seal of Universidad Rafael Landívar is a large, circular emblem in the background. It features a central shield with a sun, a cross, and a chalice. The shield is flanked by two lions and a castle. Below the shield are two more lions and a central figure. The text "Universidad Rafael Landívar" is written in a gothic font around the top of the circle, and "Quetzaltenango" is written around the bottom. The year "1961" is also visible at the bottom.

**“Principales Factores Desencadenantes Externos en
Mujeres con Depresión”**

Marcela Eugenia Morales Camposeco

Quetzaltenango, agosto de 2009

Campus de Quetzaltenango
Universidad Rafael Landívar
Facultad de Humanidades

**“Principales Factores Desencadenantes Externos en
Mujeres con Depresión”**

TESIS

Presentada a Coordinación de Facultad de
Humanidades

Por:

Marcela Eugenia Morales Camposeco

Previo a conferirle el título de:

Psicóloga Clínica

En el grado académico de:

Licenciada

Quetzaltenango, agosto de 2009

**Autoridades de la Universidad Rafael Landívar
del Campus Central**

RECTOR (a.i)	P. Rolando Alvarado S.J
VICERRECTOR GENERAL	Ingeniero Jaime Carrera
VICERRECTOR ACADÉMICO (a.i)	Padre Marco Tulio Martínez S.J
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO	Licenciado Ariel Rivera
VICERRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA	Doctor Carlos Cabarrús S. J
SECRETARIA GENERAL	Licenciada Fabiola Padilla de Lorenzana

Autoridades de la Facultad de Humanidades

DECANO	Licda. Hilda de Mazariegos
VICE-DECANA	Dra. Hosy Orozco
SECRETARIO DEL CONSEJO	Lic. Ernesto Antonio Burgos Fetzer
DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO DE CIENCIAS DELA COMUNICACIÓN	Licda. Ancy Avedaño
DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN	M.a. Hilda Díaz Godoy
DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA	Dr. Vinicio Toledo
DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO DE LETRA Y FILOSOFÍA	Lic. Ernesto Loukota

Miembros del Consejo
Campus de Quetzaltenango

DIRECTOR DE CAMPUS	Arquitecto Manrique Sáenz Calderón
COORDINADOR ADMINISTRATIVO DE CAMPUS	Licenciado Alberto Axt Rodríguez
COORDINADOR ACADÉMICO DE CAMPUS	Ingeniero Jorge Derik Lima Par
COORDINADOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA DE CAMPUS	Msc. P. José María Ferrero S.J.
SECRETARIA DE CAMPUS	M.A. Bethzabé Chinchilla Escobar

Terna Evaluadora

Lic. Edy Jorge

Licda. Karina Juarez

Lic. Rosny Estiben Samayoa

Ítaca

Cuando emprendas tu viaje hacia Ítaca

debes rogar que el viaje sea largo,

lleno de peripecias, lleno de experiencias.

No has de temer ni a los lestrigones ni a los
cíclopes,

ni la cólera del airado Poseidón.

Nunca tales monstruos hallarás en tu ruta

si tu pensamiento es elevado, si una exquisita

emoción penetra en tu alma y en tu cuerpo.

Los lestrigones y los cíclopes

y el feroz Poseidón no podrán encontrarte

si tú no los llevas ya dentro, en tu alma,

si tu alma no los conjura ante ti.

Debes rogar que el viaje sea largo,

que sean muchos los días de verano;

que te vean arribar con gozo, alegremente,

a puertos que tú antes ignorabas.

Que puedas detenerte en los mercados de
Fenicia,

y comprar unas bellas mercancías:

madreperlas, coral, ébano, y ámbar,

y perfumes placenteros de mil clases.

Acude a muchas ciudades del Egipto

para aprender, y aprender de quienes
saben.

Conserva siempre en tu alma la idea de
Ítaca:

llegar allí, he aquí tu destino.

Mas no hagas con prisas tu camino;

mejor será que dure muchos años,

y que llegues, ya viejo, a la pequeña isla,

rico de cuanto habrás ganado en el camino.

No has de esperar que Ítaca te enriquezca:

Ítaca te ha concedido ya un hermoso viaje.

Sin ellas, jamás habrías partido;

mas no tiene otra cosa que ofrecerte.

Y si la encuentras pobre, Ítaca no te ha
engañado.

Y siendo ya tan viejo, con tanta experiencia,

sin duda sabrás ya qué significan las Ítacas.

Dedico el presente trabajo:

A Dios: Por permitirme palpar su existencia en la vida misma, en los ojos de los afligidos, en mi familia, en mis amigos, en cada persona que he conocido, en el silencio, en la amistad, en el dolor, en las pruebas. Porque cada experiencia que me ha proporcionado abre mi corazón a percibir la vida en el amor interminable que une a la existencia con el infinito.

A mi papá: Oscar Antulio Morales. Por transmitirme la vida, sus conocimientos y permitirme acceder a esta existencia para aventurarme en ella con madurez, carácter y valores.

A mi madre: Dora Eugenia Camposeco. Por proporcionarme la primera experiencia de amor desde mi concepción y ser ejemplo de fortaleza, trabajo y lucha; por brindarme la certeza de que los seres humanos somos valiosos por nuestro trabajo y el amor que pongamos en él.

A mis hermanos: Clara María, Rodrigo José, Ana Estefanía. Por ser la fuente inicial de convivencia en mi camino, en donde pude desarrollar las habilidades que ahora me acompañan y me permiten abrazar muchos corazones y almas heridas con ternura, paciencia, empatía y compasión. Los amo mucho.

A mis abuelos: Renato Antulio Morales (†), Clara Luz Girón de Morales (†), Arnoldo Camposeco(†), Dora Herlina Alvarez. Como una pequeña muestra de agradecimiento por su amor incondicional, su paciencia, sus cuidados, su sabiduría, su amistad y por haberme dado a mis padres como fruto del amor que en esta vida los unió.

A mis amigos: Ruth, Rudy, Gabriel y Marcela. Un agradecimiento muy especial por permitirme ser parte de su existencia y por honrarme en ser una parte muy importante de mi vida y mi formación profesional, gracias por ser ese hombre en el que reí, lloré, amé, descubrí y me impulsé para seguir adelante.

Quetzaltenango, 21 de Noviembre 2008

Licenciada Claudia Matta
Facultad de Humanidades
Universidad Rafael Landívar
Campus Quetzaltenango

Distinguida Licenciada Matta

Por este medio me dirijo de la manera más atenta a Usted, con el propósito de comunicarle que, he concluído la ASESORÍA de la Tesis de Grado en Psicología Clínica titulada "*FACTORES DESENCADENANTES EXTERNOS EN MUJERES DEPRESIVAS. (Estudio a realizarse con mujeres comprendidas entre 25 y 36 años de edad; atendidas en la consulta externa en el Hospital de Totonicapán*", por la estudiante MARCELA EUGENIA MORALES CAMPOSECO, Carné N° 1534604, previo a conferírsele el título de Licenciada en Psicología Clínica.

La tesis reúne todas la cualidades exigidas por la carrera de Psicología Clínica, por lo que doy mi APROBACIÓN, para que la misma continúe con los trámites correspondientes.

Agradezco la atención a la presente, y aprovecho la oportunidad para suscribirme de usted, atentamente,

“EN TODO AMAR Y SERVIR”


Dr. Juan Francisco González Zacarías
ASESOR



Universidad
Rafael Landívar
Tradición Jesuita en Guatemala...

CAMPUS DE QUETZALTENANGO
Coordinación Académica de Campus
Teléfono (502) 77229900 ext. 9863
Fax: (502) 77229864
14 Avenida 0-43 zona 3. Quetzaltenango
dlima@url.edu.gt

**COORDINACIÓN ACADÉMICA DE CAMPUS
UNIVERSIDAD RAFAEL LANDIVAR
CAMPUS DE QUETZALTENANGO**

De acuerdo con el dictamen recibido del (a) asesor (a) de tesis, Doctor Juan Francisco González Zacarías, del tema: **"PRINCIPALES FACTORES DESENCADENANTES EXTERNOS EN MUJERES CON DEPRESIÓN"** investigado por el (a) estudiante **Marcela Eugenia Morales Camposeco**, de la Licenciatura en Psicología, de la Facultad de Humanidades, esta Coordinación autoriza la impresión de la tesis, como requisito previo a su graduación profesional.

Quetzaltenango, 19 de agosto de dos mil nueve.

Ingeniero Jorge Derik Lima Par
COORDINACIÓN ACADÉMICA DE CAMPUS

NOTA: Únicamente el autor es responsable del contenido, doctrinas y criterios sustentados en su TESIS

Índice

I.	Introducción.....	1
1.1	Factor Desencadenante Externo.....	6
1.1.2	Factores Familiares.....	7
1.1.3	Factores Económicos.....	14
1.1.4	Factores Estacionales.....	14
1.2	Mujeres con Depresión.....	15
1.2.1	Humor o Estado del Ánimo.....	15
1.2.2	Tipos de Humor.....	16
1.2.3	Depresión.....	16
1.2.4	Episodio Depresivo Mayor.....	22
1.2.5	Trastornos Depresivos.....	24
1.2.6	Otros trastornos Depresivos.....	31
1.2.7	Aspectos hormonales y depresión.....	31
1.2.8	Tratamiento.....	39
II.	Planteamiento del Problema.....	46
2.1	Objetivo general.....	46
2.1.1	Objetivos Específicos.....	46
2.2	Hipótesis.....	47
2.3	Variables del Estudio.....	47
2.3.1	Definición de Variables.....	47
2.3.1.1	Definición Conceptual.....	47
2.3.1.2	Definición Operacional.....	47
2.4	Alcances y Límites.....	48
2.5	Aporte:.....	48
III.	Método.....	49
3.1	Sujetos.....	49
3.2	Instrumento.....	49
3.3	Procedimiento.....	50

3.4	Diseño y Metodología Estadística	50
IV.	Presentación de Resultados	52
V.	Discusión de Resultados	56
VI.	Propuesta	63
VII.	Conclusiones	70
VIII.	Recomendaciones	71
IX.	Bibliografía	72
Anexos	74

Resumen

El presente estudio se realizó con el objetivo de identificar los principales factores desencadenantes externos en mujeres con depresión que fueron atendidas en la consulta externa del Hospital de Tonicapán; estos fueron los principales aquellos que se relacionan con el trabajo, la economía y la familia.

La depresión es un trastorno psicológico. En este estudio el síntoma principal que aqueja a las mujeres comprendidas entre 25 y 36 años es la pérdida de interés en el aspecto sexual; aspecto que no se mencionó en clínica por tabús relacionados a su cultura.

Se realizó una investigación descriptiva acompañada de entrevista psicológica individual, boleta de encuesta y el IDB (Inventario de Depresión de Beck).

El estudio concluyó en que las 10 mujeres que participaron presentan factores desencadenantes en común que desencadenaron su depresión actual. De esta forma se aprueba la hipótesis del estudio.

Se propusieron estrategias de tratamiento que incluyeron técnicas conductuales y psicoanalíticas, principalmente.

I. Introducción

En la actualidad, la Organización Mundial de la Salud informa que la depresión se convierte en un trastorno cada vez más común alrededor del mundo. Niños, mujeres y hombres; sufren en algún momento de la vida por estar deprimidos.

Existen muchas etiologías con respecto a la depresión pero siempre, existe un factor externo que tiende a desencadenarla.

La depresión es una enfermedad. Es lo que los psicólogos denominan síndrome, un conjunto de signos y síntomas que conforman un patrón, en este caso de síntomas que incluyen un estado de infelicidad, ira, tristeza que se asienta y permanece cierto rango de tiempo en la persona.

Algunos estudios, han demostrado que después de la adolescencia, las mujeres se convierten en las poblaciones más vulnerables a padecer un trastorno depresivo principalmente por los cambios hormonales que ocurren en ese momento y que ocurrirán cada 28 días en el ciclo menstrual, síndrome pre menstrual, embarazo, postparto y, finalmente la menopausia.

Esta es una población vulnerable a desencadenar mayormente un trastorno depresivo, resulta importante conocer qué factores provocan la depresión en grupos específicos de mujeres, según la cultura y edad.

En Guatemala, se tiene muy poca información de los principales factores desencadenantes externos que pueden afectar a las mujeres. Resulta importante conocerlos porque esto contribuiría en buena parte a crear estrategias de abordaje psicoterapéutico más específicos que permitan una remisión más rápida y efectiva.

Como antecedentes de la investigación puede citarse a los siguientes autores:

El Diccionario Online Wikipedia página web www.Wikipedia.com (2008), Depresión; define la depresión como un estado de abatimiento e infelicidad, que puede ser transitorio o permanente. Puede tener muchas causas, desde el estrés hasta la genética; y manifestarse de muchas formas, desde la fatiga a la angustia más atroz. Puede tener graves

consecuencias sociales, desde la pérdida de horas laborables hasta el suicidio. El tratamiento incluye medicación y sicoterapia.

Salin-Pascual R. (1997), Concluye al decir que en el artículo sobre la Depresión: Tristeza llevada a los extremos y de los medicamentos que la controlan publicado en www.monografías.com y expone que la experiencia de estar deprimido, desde ligero a severo, se observa por lo menos una vez en la vida. Pero los enfermos con depresión tienen la aparición de cuadros clínicos frecuentes a lo largo de la vida. Es decir, tienen depresión por más de dos semanas de manera repetida, con intervalos de bienestar relativo, y reaparición de la manifestación de depresión con duraciones cada vez más prolongadas.

Rozados, (2007), en el artículo sobre Origen Psicosocial (acontecimientos vitales) publicado en la página www.depresion.psicomag.com comenta que los acontecimientos vitales más potentes para precipitar una depresión serían aquellos no deseados, no controlables, inesperados, y que suponen una amenaza o peligro importante para el sujeto; entre ellos, los acontecimientos que suponen una pérdida para el individuo (muerte del cónyuge o un familiar próximo, divorcio o separación, jubilación o pérdida de empleo, abandono del hogar por parte de algún miembro de la familia), son los más claramente asociados al inicio de un trastorno depresivo.

También se han de considerar los problemas de salud física por suponer igualmente una pérdida. Sin embargo, se ven muchos sujetos con trastornos afectivos en cuyos antecedentes no se detectan acontecimientos desfavorables y también se ven personas que padecen dificultades y pérdidas considerables sin que manifiesten síntomas de enfermedad. Existen también situaciones estresantes crónicas que requieren un gran esfuerzo del individuo para afrontarlas, y también podrían relacionarse con el inicio de la depresión.

Manrique (1999), en el artículo Conociendo la Depresión publicado en el portal www.acosomoral.org refiere que algunas pautas que pueden ser útiles para evitar caer en la depresión y facilitan salir de ella cuando esta recién asoma, es leve o moderada y se trata de una respuesta a una situación temporal: Como tratar de *establecer una red de soporte social y amistades*. Ejemplo: Refiere que es importante establecer una agrupación de ex alumnos, asistir a un colegio de profesionales, grupo parroquial, curso de idiomas, artes,

computación, trabajo social o colonia de extranjeros. *Ocupar el tiempo en actividades nuevas y productivas*, que de preferencia se traduzcan en nuevas rentas.

Existe un compuesto hormonal que está relacionado al "tono vital", se le llama endorfina, que junto con la serotonina son las "hormonas de la alegría", el cuerpo las sintetiza naturalmente (sin costo alguno) al realizar ejercicio muscular intenso en forma regular. También dice que los diferentes tipos de danza son una buena alternativa. El cuidado de la apariencia personal es importante, lo que a la vez hace que al verse al espejo o recibir comentarios al respecto se sienta peor todavía.

Aguilar (2007:29-30), en la tesis sobre Depresión y su incidencia en los Maestros Jubilados del Magisterio Primario Urbano, realizada con el objetivo de determinar si todos los maestros jubilados padecen depresión. Presenta alternativas de solución para evitar la depresión en maestros jubilados y propone estrategias que permitan mejorar la calidad de vida de los mismos; comenta que se han propuesto muchas teorías para explicar la etiología de la depresión, la mayoría de los estudios constatan que los pacientes deprimidos experimentan más acontecimientos vitales estresantes en los meses que preceden a la aparición de los síntomas, que los grupos controles de población general y que otros enfermos psiquiátricos no deprimidos.

El autor expone que según las diversas orientaciones se proponen diversos modelos psicológicos: La teoría cognitiva de Beck considera que las alteraciones cognitivas en forma de pensamientos distorsionados del propio sujeto sobre sí mismo y el entorno constituyen un factor etiológico de la depresión. Según Seligman quien desarrolla la teoría de la indefensión aprendida, plantea que la enfermedad depresiva está condicionada por el establecimiento de un patrón estable de conducta, que se caracteriza por la incapacidad para interrumpir el estímulo que se considera nocivo y reducir del evento traumático.

Existen factores adicionales que pueden causar la depresión, ya sean factores bioquímicos o ambientales que producen estrés y otros factores psicosociales. Se ha demostrado que la bioquímica del cerebro juega un papel significativo en los trastornos depresivos. Se sabe que las personas con depresión grave típicamente tienen desequilibrios de ciertas sustancias químicas en el cerebro conocidas como neurotransmisores.

Existen situaciones estresantes tales como muerte de un familiar próximo o de un amigo, una enfermedad crónica, problemas interpersonales, dificultades financieras, divorcio, entre otros, pueden ocasionar síntomas de depresión que sostenidos a lo largo del tiempo pueden desencadenar en una depresión clínica.

Canastuj (2007), en su tesis llamada Depresión de la Mujer Infértil, realizó el estudio con el objetivo de establecer en qué porcentaje la infertilidad condiciona la depresión de la mujer; indica que existen tres clases de depresión las más comunes son: Trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno bipolar. En cada una de estas tres clases de depresión, el número, la gravedad y la persistencia de los síntomas varían.

El trastorno depresivo mayor se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que antes eran placenteras.

El trastorno distímico es un tipo de depresión menos grave, incluye síntomas crónicos (a largo plazo) que no incapacitan tanto, pero sin embargo interfieren con el funcionamiento y el bienestar de la persona. La característica esencial de este trastorno es un estado de ánimo crónicamente depresivo que está presente la mayor parte del día, durante al menos dos años. Muchas personas con distimia también pueden padecer de episodios depresivos severos en algún momento de la vida.

El trastorno bipolar no es tan frecuente como los otros trastornos depresivos. El trastorno bipolar se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo: Fases de ánimo elevado o eufórico (manía) y fases de ánimo bajo (depresión).

Cordero (2007), en su tesis llamada Relación de las Dilaciones y un periodo de depresión en pacientes femeninas del San Juan de Dios, realizada con el objetivo de observar si las pacientes mujeres del Hospital San Juan de Dios comprendidas entre los 20 a 45 años, son vulnerables a la depresión después de una dilación larga de hospitalización menciona que los episodios depresivos en Guatemala al tomar los datos obtenidos en el Hospital Nacional de Salud Mental y al tomar en consideración los datos de estadística de consulta externa y emergencias por procedencia hasta el año 2004, se obtienen los siguientes datos de casos reportados, según edad y género, provenientes de toda la República de Guatemala.

En Guatemala los Episodios Depresivos representan el 8.63 % de los casos tratados en el Hospital Nacional de Salud Mental, para pacientes masculinos y el 19.93% para pacientes femeninas.

Los casos nuevos suman un total de 89 pacientes masculinos y 194 pacientes femeninas. Es marcada la diferencia entre pacientes hombres y mujeres. El tratamiento de elección es psicofármacos en conjunto con psicoterapia, lo que requiere una adecuada integración entre especialistas de la salud para el manejo de este tipo de casos.

También menciona que la depresión tiene un campo muy amplio en todas las sociedades, culturas y niveles económicos. Y que se puede dar por diversas causas, como se puede considerar, por herencia y/o biológicos. Y hace que cada día sean más las personas que sufren este mal, pero aun es más preocupante que los números de personas que sufren una depresión, como lo indican los estudios del Hospital de Salud Mental sean desafortunadamente las mujeres.

Silva (2008), en su artículo Farmacoterapia de los Trastornos Depresivos Unipolares en la Mujer; comenta que existen fundamentos epidemiológicos y clínicos que sustentan la convicción que los cuadros depresivos unipolares en la mujer son más frecuentes que en los hombres y que presentan características diferentes en aspectos etiológicos, fisiopatológicos, evolutivos y en la respuesta a tratamiento antidepresivo. Estas diferencias estarían específicamente asociadas a las dimensiones biológicas (genéticas, neurológicas, metabólicas) del género femenino, en particular a la influencia de varios sistemas hormonales tanto sobre la organización como sobre la actividad del sistema nervioso central.

La evidencia clínica demuestra, además, que existen, por un lado, estrechas relaciones entre la variabilidad hormonal fisiológica, los cambios anímicos normales, el desarrollo de trastornos del estado de ánimo en general (con la ciclación rápida y el patrón estacional en particular). Del mismo modo, las relaciones entre los ritmos circadianos y los factores medioambientales han permitido desarrollar métodos terapéuticos que se basan en la manipulación de estas variables, por ejemplo, en la luminoterapia y la privación del sueño.

En el artículo publicado sobre la Depresión en la mujer S.A en el portal web www.1mujer.es (2007), se plantea que según distintos estudios, la cantidad de mujeres depresivas dobla e incluso triplica en número al de hombres. Que las mujeres tiendan en mayor medida que los

hombres a padecer depresiones, tiene una explicación genética y social. La mayor vulnerabilidad de las mujeres ante la depresión se le ha atribuido al llamado "sistema nervioso excitable" que posee el sexo femenino por excelencia.

Las grandes diferencias con el sexo masculino como la menstruación, el embarazo y las cargas laborales, junto al cuidado de la familia, hacen que la mujer sea más propicia para este tipo de enfermedades.

Los factores que colocan a una mujer en alto riesgo de depresión pueden ser: Pérdida de un padre antes de los 10 años de edad, abuso físico o sexual cuando niña, historia de desórdenes de humor en tempranos años reproductivos, historia familiar de desórdenes de humor, uso de ciertos anticonceptivos orales, uso de ciertos tratamientos para la infertilidad, continuo estrés psicológico y social, pérdida del apoyo social.

1.1 Factor desencadenante externo

Batres (1998), menciona que algunas corrientes de pensamiento en psicología y psiquiatría tienen la virtud de haber incluido en el análisis de la enfermedad mental en el ejercicio de la práctica clínica numerosas categorías socioculturales, que defienden que los disturbios emocionales no son de origen individual e intrapsíquico sino que obedecen a normas que rigen la sociedad.

Sarason y Sarason (2000), Señala que es un elemento ambiental que causa o que contribuye a la producción de una enfermedad. A estos factores se les conoce también con el nombre de factores psicosociales.

Los factores psicosociales se consideran una de las principales causas que pueden desencadenar estrés y depresión. Dentro de los principales factores psicosociales que pueden influir se encuentran los factores familiares, económicos, estacionales y dolores en la infancia.

Se ha implicado a las circunstancias externas potencialmente productoras de estrés (los llamados acontecimientos vitales) como factores precipitantes de los trastornos afectivos. Estos acontecimientos vitales, al recaer sobre un individuo que ya tiene una vulnerabilidad de base, tenderán a desencadenar el inicio de una depresión.

Se piensa que los pacientes deprimidos experimentan más acontecimientos vitales en los meses que preceden al comienzo de los síntomas. Los acontecimientos vitales más potentes para precipitar una depresión serían aquellos no deseados, no controlables, inesperados, y que suponen una amenaza o peligro importante para el sujeto; entre ellos, los acontecimientos que suponen una pérdida para el individuo (muerte del cónyuge o un familiar próximo, divorcio o separación, jubilación o pérdida de empleo, abandono del hogar por parte de algún miembro de la familia) son los más claramente asociados al inicio de un trastorno depresivo. También se han de considerar los problemas de salud física por suponer igualmente una pérdida.

Sin embargo, se ven muchos sujetos con trastornos afectivos en cuyos antecedentes no se detectan acontecimientos desfavorables y también se ven personas que padecen dificultades y pérdidas considerables sin que manifiesten síntomas de enfermedad. Existen también situaciones estresantes crónicas que requieren un gran esfuerzo del individuo para afrontarlas, y también podrían relacionarse con el inicio de la depresión.

Esto se debe a que hay pasos intermedios entre el acontecimiento vital estresante y la elaboración de respuestas psicobiológicas por parte del organismo, en el que intervienen procesos de pensamiento y estrategias de afrontamiento para enfrentarse al estresor. En el inicio de un episodio depresivo, por tanto, hay que considerar, a parte de los acontecimientos estresantes, la intervención de varios niveles (biológico-psicológico-social)

1.1.2 Factores Familiares

1.1.2.1 Acontecimientos en la niñez

Batres (1998), comenta que así como la clase, la raza, la etnia y la edad, el género constituye otra fuente de opresión que determina la posición de las mujeres y los hombres dentro de la familia y en la sociedad. La familia es propuesta como un lugar en el que se produce la psicología interiorizada de la feminidad y en donde se legitima la explotación social y económica de la mujer.

Bloomfield (1996), refiere que la relación con los padres en la niñez también tiene mucha importancia en cuanto al riesgo de desarrollar depresión en el futuro. Si una persona durante la niñez pierde contacto con uno o con ambos padres (ya sea por fallecer o divorcio) o si la

relación con uno o ambos padres no es buena, el riesgo de padecer depresión puede aumentar.

No cabe duda de que la crianza y la educación marcadas por el autoritarismo y la frialdad hacen que una persona sea vulnerable a la depresión. Pero también existen otros factores durante la niñez que pueden ser una causa probable de depresión.

Las niñas y los niños están más expuestos al abuso por la edad, ya que pueden defenderse menos y son más dependientes de las personas adultas, pero sobre todo porque la sociedad los concibe como más débiles. Se les educa para obedecer, callar y no desafiar a los adultos. Hay varios tipos de abuso contra la niñez, el abuso sexual, el abuso físico y el abuso psicológico o emocional.

1.1.2.1.1 Incesto o abuso sexual

Batres (1998), refiere que a ojos de la ley y de los profesionales en la salud mental, incesto ha significado la actividad sexual entre una niña o niño y los padres, hermanos primos, abuelos o tíos. A la luz de la experiencia de las víctimas, incesto significa otra cosa.

La principal significación que se da por las sobrevivientes es la violación del lazo de confianza entre una niña o niño y quien los cuida, más que la relación consanguínea. El incesto es un crimen y constituye un abuso en una relación de poder. Es la traición de la confianza lo que más daña al niño o a la niña. Desde este abordaje, el perpetrador puede ser un padre, padrastro, madre, abuelo, doctor, sacerdote, ministro, vecino muy cercano, o amigo de la familia.

Actualmente la demografía del incesto indica que la mayoría de los perpetradores son hombres y las víctimas niñas y que en el 60% de los casos estos hombres son los padres y padrastros de las niñas, en América Latina.

El desarrollo cognoscitivo, emocional y la percepción del mundo se daña por la experiencia incestuosa. Aspectos como vínculos, confianza, autoestima, identidad y sexualidad serán afectados por el crimen del incesto.

1.1.2.1.2 Abuso físico hacia las niñas y los niños

Batres et al (2002) dice que es aquella violencia que ocurre cuando una persona que está en una relación de poder con un niño o niña, le inflige daño no accidental y le provoca lesiones internas, externas o ambas.

El castigo, que no es muy intenso pero es frecuente y que se conoce como castigo crónico no severo, también es un tipo de violencia física; incluye conductas como golpes en diferentes partes del cuerpo, con las manos o con objetos (varilla, palos, cables y/o faja) quemaduras con agua caliente, cigarrillos, plancha; jalones de pelo u orejas pellizcos, empujones, mordeduras.

1.1.2.1.3 Abuso Psicológico contra los niños y las niñas

Es toda acción u omisión que dañe la autoestima o el desarrollo de un niño o una niña. Dentro de las manifestaciones que se encuentran en este tipo de abuso se encuentran insultos constantes, no reconocimiento cualidades positivas, ridiculizarle frente a otras personas, gritarle en público y en privado, rechazar las muestras de afecto, manipularle con amenazas o castigos, compararle con otras personas, amenazarle con abandonarlo y/o retirarle el afecto.

1.1.2.2 Acontecimientos en la edad adulta

La gravedad del episodio depresivo mayor inicial parece ser predictora de la persistencia del trastorno. También las enfermedades médicas son un factor de riesgo para episodios más persistentes. A menudo, los episodios de trastorno depresivo mayor se producen después de un estrés psicosocial grave, como la muerte de un ser querido o el divorcio u otros acontecimientos de magnitud poderosa.

Las explicaciones psicosociales proponen que las desventajas sociales padecidas durante tanto tiempo por las mujeres y los cambios tan drásticos del rol femenino también han dado lugar a una alta frecuencia de depresión en este género. En este contexto se debe tomar en cuenta los abusos de poder que se dan por el machismo, que originan la violencia hacia las mujeres.

En las mujeres puede ser un factor estresante el vínculo madre e hijo, el replanteo madre e hijo(a), las relaciones con la pareja que vienen desde alcoholismo por parte del esposo, infidelidad, violencia intrafamiliar o abuso físico.

1.1.2.2.1 Abuso de poder

Batres et al. (2002), refiere que se considera abuso de poder la conducta dirigida a afectar, comprometer o limitar el libre desenvolvimiento de la personalidad de la mujer, por razones de género y da como resultado la reafirmación de actitudes y comportamientos que establecen la superioridad y la inferioridad en las relaciones. De aquí se origina la violencia hacia las mujeres.

1.1.2.2.2 Violencia intrafamiliar

Se refiere a cualquier acción u omisión que de manera directa o indirecta causare daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico o patrimonial, tanto en el ámbito público como en el privado, a persona integrante del grupo familiar, por parte de parientes o conviviente o ex conviviente, cónyuge o ex cónyuge o con quien se haya procreado hijos o hijas. Esta se encuentra dividida en violencia física, psicológica y patrimonial.

La violencia contra las mujeres resulta de la forma en que los hombres y las mujeres se relacionan. Los primeros asumen el poder y el control y las segundas introyectan la sumisión y subordinación.

Su origen está en la desigualdad de poder que existe entre los hombres y las mujeres, producto de la socialización diferenciada, en la que a través de los símbolos, los mitos, las normas, las instituciones y organizaciones sociales se va construyendo un "deber ser masculino" con las características más valoradas socialmente y, por ende, con poder sobre el género femenino. De la misma manera se va construyendo "un deber ser femenino", con las características menos valoradas socialmente, lo que determina la explotación, la discriminación y la violencia contra las mujeres, especialmente por parte de las personas del género masculino.

El propósito de la violencia contra las mujeres, y en este caso por parte de la pareja o ex pareja, tiene como objeto humillarlas, asustarlas, dominarlas y mantenerlas subordinadas. El

objetivo es controlar el comportamiento de las mujeres por medio de amenazas, inducción al temor o agresiones. Este control produce un estado de estrés y un sentimiento de inseguridad constantes. La naturaleza insidiosa, constante y cruel de estas agresiones debilitan la capacidad para pensar claramente, se crea así una atmósfera de amenaza a la vida.

El fenómeno de la agresión contra las mujeres es uno de los problemas más mal entendidos de la humanidad. Esta incompreensión, originada en factores de índole tanto ideológica como emocional, ha dejado como resultado una lamentable desprotección de las víctimas.

En América Latina, la violencia física contra las mujeres abarca hasta el 50% de las relaciones de pareja. La agresión de la pareja, en cualquiera de las manifestaciones, es muy peligrosa y un número alto de los homicidios son de naturaleza doméstica.

En un tercio de las familias en que la agresión hacia la esposa es un problema, también se da el abuso infantil y se ha demostrado que las niñas y los niños que crecen en ambientes violentos, con frecuencia desarrollan serios problemas emocionales a mediano y largo plazo. En los medios de comunicación regionales aparecen, con mayor frecuencia, noticias sobre mujeres agredidas que fueron asesinadas por los compañeros y ex compañeros o sobre mujeres que asesinaron a los agresores.

1.1.2.2.3 Violencia Física

Toda acción u omisión que produce un daño o menoscabo a la integridad corporal de la mujer, no tipificada como delito en el Código Penal. Dentro de las manifestaciones que se encuentran en la violencia física existe pegar, morder, patear, escupir, quemar, tirar objetos y/o amenazar con arma mortal.

1.1.2.2.4 Violencia Psicológica

Toda acción u omisión cuyo propósito sea degradar o controlar las acciones, comportamientos, creencias y decisiones de la mujer, por medio de la intimidación, manipulación, amenaza directa o indirecta, humillación, aislamiento, encierro o cualquier otra conducta u omisión que implique un perjuicio en la salud psicológica, el desarrollo integral o la autodeterminación de la mujer.

La violencia psicológica se manifiesta cuando el hombre insulta, humilla, avergüenza, se burla, se niega a dar cariño, descuidar de la esposa en caso de enfermedad, amenazarla a golpes y/o no permitir que trabaje.

Una de las violencias psicológicas más comunes es que el hombre sea infiel a la mujer y que éste realice comparaciones hacia la pareja o que, mantenga una relación con ambas de la cual la mujer deba permitir o aceptar esta relación por temor a ser abandonada.

1.1.2.2.5 Violencia Sexual

Toda acción u omisión cuyo propósito sea degradar o controlar las acciones, comportamientos, creencias y decisiones de la mujer, por medio de la intimidación, manipulación, amenaza directa o indirecta, humillación, aislamiento, encierro y/o cualquier otra conducta u omisión que implique un perjuicio en la salud psicológica, el desarrollo integral y la autodeterminación de la mujer.

Esta puede identificarse en forzar a la mujer a tener relaciones sexuales, forzarla a participar en actos sexuales, criticar el desenvolvimiento sexual, la obliga a tener relaciones que lastiman.

1.1.2.2.6 Violencia Patrimonial

Es toda acción u omisión que cause daño, pérdida, disminución o retención de objetos, documentos personales, bienes y valores.

1.1.2.2.7 Abuso sexual

Se da desde la creencia que el hombre es superior y que, como es lo único fuerte y que vale, debe someter a las mujeres para la satisfacción sexual. Es impresionante confirmar cómo, actualmente, las sociedades latinoamericanas mantienen espacios sin libertad y equidad para las mujeres, que alimentan prejuicios contra ellas y fomentan una masculinidad abusiva.

En el machismo, el hombre debe satisfacer las necesidades propias de sí mismo y la mujer está para suplirlas a cualquier costo. Y por ser ella inferior, es un objeto de su pertenencia

del cual él puede disponer a su sabor y antojo. De aquí que el hombre cometa estos abusos y que la mujer deba callarlos.

1.1.2.2.8 Alcoholismo

En las culturas occidentales, el uso del alcohol se relaciona con un papel social sobre celebración y poder que corresponde al papel masculino como un símbolo que proporciona sensación de bienestar y liberación.

Se tiene la creencia, de que el alcoholismo es un factor que desencadena la depresión, pero este, es solo una consecuencia o un síntoma en algunos casos de una depresión enmascarada y de un patrón cultural.

Las mujeres consideran que el alcohol es una causa que desencadena la violencia hacia ellas y esto es un mito; debido a que el alcohol lo único que hace es reforzar las conductas abusivas del hombre que ejerce los abusos de poder.

1.1.2.2.9 Relaciones madre-hijo

Franco (2006), refiere que el desempeño del rol de madre supone una conmoción intensa en la vida de la mujer. Implica cumplir determinadas funciones con un nuevo ser que aun no se conoce, y que posee sus propios códigos y que quizá no responda a sus cuidados.

Así la atención debe dirigirse a alguien distinto de sí misma, que la absorbe y demanda totalmente. Estas nuevas funciones pueden hacerla sentir insegura o incapacitada para la tarea, y por ende, provocar conductas negativas de los hijos hacia ella como desprecio, malos tratos, desvinculación y que esto pueda derivar en una depresión.

El rol de madre puede provocar una revisión de los afectos y los conflictos que experimentó de niña, específicamente en la relación con su propia madre. Por ejemplo, el tipo de comunicación que tenían, la admiración o la agresividad dirigidas hacia ella.

De seguro, la madre tome a la propia madre como modelo de identificación o como ejemplo de lo que no habría que hacer. Ambas actitudes pueden anular el desarrollo de

conductas creativas o de un modelo propio, que incluya las pautas educativas propuestas por su pareja.

En el marco de este conflicto entre el retorno afectivo al pasado y las exigencias y dificultades presentes, pueden surgir en depresión. En las culturas guatemaltecas, las abuelas cumplen un papel esencial en la maternidad de las hijas; sin embargo, no deben interferir en la relación de pareja ni poner la experiencia, ya que puede generar en la hija una postura de sumisión y de regresión a etapas infantiles en las que la madre decidía todo. Tales sentimientos y actitudes chocan con la realidad, que exige un gran esfuerzo de adaptación para conducir la nueva relación con el hijo.

1.1.3 Factores Económicos

En un mundo actual en donde la globalización toma su poder, hay diversas razones por las cuales las personas tienden a deprimirse. Se toma en cuenta que en la actualidad no existen fuentes de empleo que permitan a las mujeres un crecimiento laboral y contribuir en el sustento económico del hogar para proveer a sus miembros del sustento básico.

Se toma en cuenta que en las culturas occidentales las mujeres tienden a depender en el aspecto económico del hombre situación que impide el desarrollo personal y profesional de ellas. Generalmente lo que desencadena la depresión en ellas es principalmente en el momento de crisis económicas, en las que su contexto no les permite colaborar económicamente en el sustento familiar.

Otro tipo de factor que afecta es poseer dificultad para conseguir un empleo ya que existen presiones familiares como proporcionar alimento a los miembros de la familia, abrigo y techo adecuados. Así mismo, si una persona no se encuentra a gusto en el trabajo que desempeña ya sea porque no esté dentro de la vocación o sea un trabajo peligroso; la persona tenderá a sentir frustración personal y a deprimirse.

1.1.4 Factores Estacionales

En ciertos casos especiales, el otoño y el invierno o, en casos especiales, otras estaciones del año, pueden generar síntomas similares a la depresión. Una de las principales causas es que la luz solar es fundamental en la producción de hormonas en el cerebro.

Los expertos creen que los días más cortos y la mayor cantidad de horas sin sol, actúan sobre sustancias químicas del cerebro como lo son la melatonina y la serotonina.

Según este enfoque, un aumento en los niveles de melatonina y una baja en la proporción de serotonina crean condiciones biológicas para la depresión, que se desencadena por la respuesta del cerebro a la disminución de la exposición a la luz natural. Estas dos hormonas ayudan a regular los ciclos de sueño-vigilia, la energía y el estado del ánimo comenta Franco (2006).

Describir el trastorno estacional en Guatemala es difícil porque los ciclos del día y de la noche tienen diferencia a los países del norte o sur. Lo que si se advierte, es que a muchas personas deprimidas, tienen la tendencia a tener síntomas graves en estas épocas en las que se tiende a aislarse, a la soledad, a no salir de sus casas o a cubrirse de más porque sienten más intenso el frío, sonidos o el dolor.

1.2 Mujeres con depresión

Sarason y Sarason (2000), lo define como personas del sexo femenino que presentan un trastorno del humor caracterizado por una alteración significativa del estado del ánimo primordialmente compuesta de ansiedad y tristeza que puede asociarse a síntomas físicos: Cansancio, pérdida del apetito, insomnio, disminución del deseo sexual y una reducción significativa de la actividad social. Constituye junto con los trastornos de angustia, la disfunción más frecuente en la población en general.

1.2.1 Humor o Estado del Ánimo

Lammoglia (2001), dice que es la experiencia interna y personal, diferenciada, de la vitalidad y fluir personal. La disminución de esta experiencia se conoce como tristeza y la exaltación de esta se conoce como alegría. Estas se relacionan con el entorno circundante o interno.

En el humor alegre se expresa una claridad interior que se irradia al entorno y una extensión creadora de la individualidad. En el humor triste la vivencia es de oscuridad interior, agotamiento, abatimiento, aprensión, hundimiento y evasión del entorno.

Ambos estados de ánimo influyen de manera positiva o negativa en el resto de los procesos psíquicos y en su normalidad; guardan una adecuada referencia del y hacia el mundo. Algo alegre o entristece. En el estado de ánimo normal existe un tono estable, básico entre ambos que varía congruentemente en relación al entorno.

El humor se hace patológico por la exageración de las cualidades o por la pérdida de relación con el entorno. La exageración del ánimo alegre y la falta de referencia se conoce como hipomanía, si es moderada; y manía si es intensa. La disminución y falta de referencia del ánimo triste es depresión. La tristeza es una depresión con objeto y la depresión es una tristeza sin objeto.

1.2.2 Tipos de Humor

- Humor disfórico: Es un estado de ánimo displacentero en el que aparecen entremezclados síntomas de depresión, ansiedad e irritabilidad.
- Humor elevado Estado de ánimo que produce sentimientos de bienestar o euforia.
- Eufímico: Estado de humor normal
- Humor Expansivo: Se caracteriza por presentar ausencia de límites en la expresión de sentimientos.
- Humor Irritable: Se caracteriza por que la persona posee facilidad para ser perturbada y tener una expresión emocional de malestar.

1.2.3 Depresión

Un trastorno depresivo es una enfermedad que afecta el organismo, el ánimo, la manera de pensar y el autoestima. Un trastorno depresivo no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza; no indica debilidad personal, no es una condición de la cual el sujeto pueda liberarse a voluntad. Para poder identificar un episodio depresivo, resulta importante hablar de humor o estado de ánimo.

Franco (2006), define la depresión como un trastorno del estado de ánimo que se manifiesta de distintas formas. Puede aparecer a través de quejas referidas a un malestar físico, como es un dolor crónico sin causa orgánica que lo justifique, o estar enmascarada bajo la irritabilidad del ánimo, consumo excesivo de sustancias o alguna especie de adicción al trabajo.

1.2.3.1 Criterios para la depresión

Bloomfield (1996), comenta que la depresión se manifiesta en un desequilibrio en la bioquímica del cerebro. Se obtiene como resultante algo que se conoce como pensamiento falso. La combinación de desequilibrios biológicos y distorsiones psicológicas provoca el desorden depresivo que muchos padecen.

Puesto que la edad media en que se desarrolla la depresión es a mediados de los 20 años, la enfermedad puede tener consecuencias profundas en las transiciones importantes de la vida, como acabar los estudios, comenzar una carrera, ser padre y casarse y seguir casado. Además, sólo en Estados Unidos, la pérdida de productividad que genera la depresión cuesta 33,000 millones de dólares por año en salarios comenta Lubomirsky (2008).

El DSM IV (1994), indica que la persona padece de los siguientes ítems:

- a. Humor depresivo
- b. Pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas (anhedonia)
- c. Disminución de la vitalidad, que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo.

1.2.3.2 Síntomas de la depresión

Franco (2006), refiere que los signos de la depresión se dividen en dos grandes grupos según el área en que se expresen:

1.2.3.2.1 Área psíquica

Cada uno de los síntomas psíquicos, mentales o emocionales que se presentan en esta área tiene características particulares, y es preciso conocerlas para que sean detectadas.

- a. Tristeza:

Este síntoma se refiere a alteraciones del estado de ánimo que se manifiestan como decaimiento o abatimiento. En este caso, existen dos tipos de tristeza; la normal que se produce por un hecho deseable real que tengan importancia y hagan pasar al individuo de la alegría a la tristeza y la tristeza profunda, que es el síntoma fundamental de la depresión,

puede mostrarse también como abatimiento o pesar, esta se caracteriza por la intensidad y la continuidad en el tiempo.

b. Desinterés y abulia:

Este síntoma, uno de los más habituales de la depresión, paulatinamente hace que una persona se interese menos por las actividades o las personas que antes eran fuente de placer, abandone las amistades y se encierre cada vez más en la casa, pierda interés en relacionarse con amigos y familiares; de igual forma, la persona se cansa o se aburre de aquello que antes le resultaba placentero.

La abulia se manifiesta como una alteración de la voluntad, la persona no tiene ganas de nada. Las obligaciones habituales se ven afectadas, al igual que las actividades recreativas. El trabajo le resulta muy difícil y cada vez tenderá más a dejar de hacerlo. De aquí, que el aseo personal también puede reducirse.

c. culpa:

Las personas afectadas por una depresión pueden tener sentimientos de culpabilidad que, si bien son racionales, tal vez tengan una base real. Por lo general, tienden a culparse por lo negativo o inquietante de sus relaciones cercanas, exageran sus propios defectos y descartan sus posibles virtudes. También, tienen la tendencia a creer que los problemas que surgen en su entorno son provocados directa o indirectamente por ellas mismas; de aquí que su pensamiento se vuelve obsesivo, y temen recibir un castigo por sus faltas.

d. Inhibición y agitación psicomotriz:

Se manifiesta por retardo psicomotriz, esto es, lentitud de movimientos al caminar o hablar; pesadez al mover los brazos. También son lentas las reacciones en el plano psíquico, en el pensamiento, las ideas y la comprensión.

El síntoma de la inhibición se evidencia en el rostro, que apenas tiene expresión y carece de toda mímica. Si se observa al individuo sentado, se lo nota inmóvil, como si los miembros y todo el cuerpo pesasen. Algunas personas deprimidas llegan a padecer un estado llamado estupor, que se caracteriza por una inmovilidad casi completa. El estupor se manifiesta con el bloqueo de la comunicación verbal y corporal.

Por el contrario, la agitación psicomotriz es un estado de inquietud y movimiento permanente. Las personas con este síntoma no pueden estar sentadas o descansando; necesitan moverse, levantarse y sentarse, caminar, mover las manos, mirar a uno y otro lado.

e. Tendencia al suicidio:

En ocasiones, una persona con depresión siente que le resulta difícil vivir, que carece de proyectos y no le encuentra placer a la existencia. Por ende, el suicidio surge como la solución para poner fin a ese sufrimiento.

Por lo general, la dimensión psicológica que más se relaciona con el futuro suicidio es la desesperanza. El enfermo deprimido vive constantemente desesperanzado y, por eso, en determinados casos, tiende a la autoagresión.

f. Pérdida de la racionalidad y la autoestima:

Con frecuencia, una persona deprimida observa solo la parte negativa de cuanto la rodea. Todo se encuentra oscuro, sin sentido; estas personas tienen la convicción de una futura catástrofe. Cualquier plan o proyecto que le propongan le parecerá imposible de concretar, y aducir a razones poco probables por las que se producirá el fracaso.

Además, el individuo con este síntoma manifiesta autoacusaciones irracionales o triviales sobre problemas ocurridos en el pasado, en la infancia o referidas al hecho de haber defraudado a personas que han confiado en él. Esta distorsión de la realidad representa un obstáculo incluso para una posible curación. Entonces, cuando un enfermo comienza a hacer planes para el futuro y a organizar la vida con vistas al mañana, es señal de que está emergiendo de la depresión.

g. Indecisión:

Esta va unida tanto a la inhibición intelectual como al problema del juicio de realidad. Las dudas lo invaden por completo, y teme fallar o decidir erróneamente; la inhibición intelectual le bloquea y paraliza el curso y el desarrollo del pensamiento. De igual forma, le resulta difícil empezar a hacer las cosas, tiene la tendencia a retrasar sus objetivos; Únicamente actúa o decide algo cuando no le queda otra opción.

Estas personas, analizan un problema, no lo pueden resolver y comienza una rumiación mental; manifiestan dudas y diversas opciones sobre las que vuelve en forma particular.

h. Delirio:

Se define como una idea falsa originada patológicamente y que resiste a toda argumentación. Aparece en las depresiones graves, en las que suele referirse a temas de culpa, enfermedad y ruina.

Uno de los delirios más comunes es el de persecución, también llamado paranoide, que puede determinarse por la personalidad del individuo, un suceso traumático o la aparición de sentimientos de culpa. Estos delirios, aunque pueden sugerir otra enfermedad mental; aparecen, casi siempre, en las depresiones severas.

1.2.3.2.2 Área Corporal

Franco (2006), comenta que la depresión es considerada un trastorno mental; sin embargo, afecta de igual forma las funciones biológicas. A continuación se describen las principales alteraciones orgánicas.

a. Pérdida del apetito:

En más de la mitad de los casos de depresión, hay disminución o pérdida del apetito, y se vuelve difícil convencer a la persona deprimida de que coma lo indispensable. Este rechazo, llega a preocupar a la familia, y aun más, cuando va acompañado de pérdida de peso, que se recupera cuando el individuo experimenta una mejoría. En algunos casos, puede suceder que la persona tenga más apetito y busque alivio a la ansiedad, y lo encuentra de modo compulsivo en la comida. Esto se conoce como síntoma atípico de la depresión.

b. Trastornos del sueño:

Estos pueden manifestarse de dos maneras, una puede ser el insomnio que es una señal muy frecuente de la depresión. Es habitual que la persona deprimida duerma mal y muy pocas horas. Se conoce como insomnio tardío si la persona despierta muy temprano y presenta dificultad para poder dormir.

Se conoce como insomnio de conciliación cuando la persona tarda en quedarse dormida. Esto ocurre, sobre todo, en depresiones leves y moderadas. Por otro lado, algunas veces, los deprimidos presentan hipersomnias, es decir, duermen mucho tiempo. Parece que, de este modo, encuentran una forma de huir del mundo exterior real y se refugian en sí mismos.

Suelen dormir hasta muy tarde por la mañana, levantarse con sueño y estar somnolientos durante todo el día. En todos los casos, la sensación al despertar por la mañana es que no se ha descansado adecuadamente. Estas personas tienen la sensación de no haber dormido nada en días, y si bien, no es cierto, tienen esa impresión porque el sueño ha sido muy superficial, con interrupciones y poco reparador.

c. Disminución del deseo sexual:

Es normal que en la depresión esto ocurra tanto en hombres como en mujeres con depresión, disminuya el deseo sexual o incluso desaparezca. Por lo general, el hombre se preocupa porque espontáneamente se espacian sus relaciones sexuales y termina forzando el coito, ya que pretende conservarlas aun cuando no tenga deseo erótico.

La mujer, en cambio, directamente suele rechazar el contacto sexual. Como la recuperación es lenta, pueden surgir otros mecanismos que interfieren en las relaciones sexuales, y se presenta el peligro de que estos síntomas se vuelvan crónicos.

d. Síntomas orgánicos múltiples:

En algunos casos, una persona depresiva puede sentir malestares físicos. A estos casos se los denomina depresiones enmascaradas; por ejemplo, un dolor de cabeza o de columna, acompañado de dolor en el pecho o en los brazos. Estas personas suelen acudir, primero, al médico general quejándose del síntoma físico. El profesional con frecuencia diagnostica y trata al paciente solo por esta referencia a ese malestar. Únicamente cuando no muestre mejoría, se enviará a un especialista, hasta que se descubra que, en el fondo de todos aquellos dolores, existe una depresión.

Los síntomas que se mencionan con más frecuencia son trastornos digestivos, dolor de cabeza, malestar en la espalda o en los brazos, trastornos neurológicos y vegetativos, vértigo, problemas cardio circulatorios, caída del cabello, disfunción orgásmica o eréctil y eczemas, entre otros. En todos estos casos, los sentimientos de tristeza o abatimiento no ocupan el primer plano sino que se acompañan por los síntomas anteriores.

1.2.3.2.3 Factores de riesgo para la depresión

Un factor de riesgo es algo que aumenta la probabilidad de una depresión, sin llegar a provocarla necesariamente. Lubomirsky (2008), comenta que en la actualidad existe un

importante apoyo científico para considerar como factores de riesgo de la depresión, la poca sociabilidad, la timidez o el retraimiento y la dependencia excesiva a los demás.

Las personas pocos sociables poseen la tendencia de buscar la crítica de amigos y familiares; se acercan a las personas que rechazan. En el caso de las personas tímidas, evitan las relaciones sociales por temor a ser ridiculizados o a pasar una situación incómoda que les provoque depresión. Con relación a la dependencia interpersonal la persona presenta riesgo porque no puede hacer algo sin el apoyo de los demás por sí mismo; situación que provoca baja autoestima.

1.2.4 Episodio depresivo Mayor

La característica esencial de un episodio depresivo mayor es un período de al menos 2 semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades.

Lammoglia (2001), refiere que para indicar la existencia de un episodio depresivo mayor, un síntoma debe ser de nueva presentación o haber empeorado claramente si se compara con el estado del sujeto antes del episodio. Los síntomas han de mantenerse la mayor parte del día, casi cada día, durante al menos 2 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 con episodios leves la actividad puede parecer normal, pero a costa de un esfuerzo muy importante. Debe tomarse en cuenta el área recreativa para poder proporcionar un diagnóstico de depresión; esto se debe a que cuando una persona pierde el interés, lo pierde principalmente en el área de recreación.

La cultura puede influenciar la experiencia y la comunicación de los síntomas de la depresión. Si se tienen en cuenta las especificaciones étnicas y culturales que influyen en la presentación de un episodio depresivo mayor, se pueden reducir la infraestimación y los errores diagnósticos. Por ejemplo, en algunas culturas la depresión se experimenta en gran parte en términos somáticos, más que con tristeza o culpabilidad. La experiencia depresiva puede expresarse por las quejas de «nervios» y cefaleas (en las culturas latina y mediterránea), de debilidad, cansancio o «falta de equilibrio» (en las culturas china y

asiáticas), de problemas en el «corazón» (en las culturas del medio oriente) o de estar «acongojado» (entre los hopi).

1.2.4.1 Criterios para el episodio depresivo mayor

Según el DSM IV (1996), para determinar este episodio se debe cumplir con lo siguiente:

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

No incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

- a) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). Es importante tomar en cuenta que en los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable
- b) Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
- c) Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.
- d) Insomnio o hipersomnia casi cada día.
- e) Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
- f) Fatiga o pérdida de energía casi cada día.

- g) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
 - h) disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
 - i) Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.
- B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
- C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).
- E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o entretardamiento psicomotor.

Una proporción importante de mujeres refieren un empeoramiento de los síntomas del episodio depresivo mayor unos días antes del inicio de la menstruación. Los estudios que se realizaron indican que los episodios depresivos aparecen con el doble de frecuencia en mujeres que en varones.

1.2.5 Trastornos depresivos:

Según el DSM IV (1996), Las sub clasificaciones incluyen trastorno depresivo mayor y trastorno distímico.

1.2.5.1 Trastorno depresivo mayor

Según Tierney (et al), este consiste en al menos un episodio de depresión notable del estado de ánimo, que se produce en cualquier momento de la vida. Muchos consideran que una aberración fisiológica o metabólica es el origen. Las quejas varían ampliamente, pero con mayor frecuencia incluyen una pérdida de interés y placer (anhedonia), retracción de actividades y sentimientos de culpabilidad. También se incluyen incapacidad para concentrarse, cierta disfunción cognitiva, ansiedad, fatiga crónica, sentimientos de inutilidad, quejas somáticas (las no identificables suelen indicar depresión), pérdida del impulso sexual y pensamientos relacionados con la muerte.

Es común la variación diurna, con recuperación en el transcurso del día. Los signos vegetativos que se manifiestan con frecuencia son insomnio, anorexia con pérdida de peso y estreñimiento. Ocasionalmente existe una agitación intensa e ideación psicótica (pensamiento paranoide, delirios somáticos). Estos síntomas son más frecuentes en la depresión posmenopáusica (melancolía involucional). Los síntomas paranoides pueden variar desde sospecha general hasta ideas de referencia con delirios. Los delirios somáticos a menudo giran alrededor de sentimientos de amenaza de aniquilación o creencias hipocondríacas. Las alucinaciones no son continuas.

Las subcategorías incluyen Depresión mayor con manifestaciones atípicas caracterizadas por hipersomnia, sobrealimentación, letargia y sensibilidad de rechazo. La depresión mayor con inicio estacional (trastorno afectivo estacional) es una disfunción de los ritmos circadianos que se produce por lo general durante los meses de invierno, y se considera que se debe a la disminución en la exposición a la luz del espectro completo. Los síntomas habituales incluyen deseo vehemente de carbohidratos, letargia, hiperfagia e hipersomnia. La depresión mayor con inicio en el posparto suele presentarse de dos semanas a seis meses después del parto.

La mayoría de mujeres experimenta cierto decaimiento en el estado de ánimo en este periodo. En algunos de estos casos los síntomas son más intensos y similares a los que suelen verse en la depresión grave, enfatizando las preocupaciones relacionadas con el bebé (pensamientos obsesivos sobre lastimarlo o incapacidad para atenderlo).

El trastorno depresivo mayor puede empezar a cualquier edad, y la edad promedio de inicio es la mitad de la tercera década de la vida. Los datos epidemiológicos sugieren que la edad de inicio está disminuyendo entre las personas nacidas más recientemente. El curso del trastorno depresivo mayor, recidivante, es variable. Algunas personas tienen episodios aislados separados por muchos años sin síntomas depresivos, en tanto que otras tienen episodios agrupados, e incluso otras tienen episodios cada vez más frecuentes a medida que se hacen mayores. Algunos datos sugieren que, en general, los períodos de remisión duran más en las fases tempranas del curso del trastorno. El trastorno depresivo mayor suele consistir en uno o más episodios depresivos mayores separados, que se pueden distinguir de la actividad normal de la persona refiere Lammoglia (2001).

Algunos estudios sugieren que los acontecimientos psicosociales (estresores) desempeñan un papel importante en la precipitación del primer o el segundo episodios del trastorno depresivo mayor y que desempeñan un papel menor en el inicio de los episodios posteriores. Las enfermedades médicas crónicas y la dependencia de sustancias (especialmente la dependencia de alcohol o cocaína) pueden contribuir al inicio o la exacerbación del trastorno depresivo mayor.

1.2.5.1.1 Criterios para el diagnóstico de trastorno depresivo mayor, episodio único

En base al DSM IV creado por la American Psychiatric Association; los criterios para este trastorno consisten en:

- A. Presencia de un único episodio depresivo mayor.
- B. El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
- C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco.

Tener en cuenta que esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos o si se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Codificar el estado del episodio actual o más reciente:

- .0 Leve
- .1 Moderado
- .2 Grave sin síntomas psicóticos
- .3 Grave con síntomas psicóticos
- .4 En remisión parcial/en remisión total
- .9 No especificado

Especificar (para el episodio actual o para el más reciente): [Para CIE-9-MC Especificaciones de gravedad/psicosis/remisión] Crónico, con síntomas catatónicos, con síntomas melancólicos, con síntomas atípicos o de inicio en el posparto.

1.2.5.1.2 Criterios para el diagnóstico de trastorno depresivo mayor, recidivante

Según El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV), los síntomas pueden ser los siguientes:

- A. Presencia de dos o más episodios depresivos mayores. Para ser considerados episodios separados tiene que haber un intervalo de al menos 2 meses seguidos en los que no se cumplan los criterios para un episodio depresivo mayor.
- B. Los episodios depresivos mayores no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
- C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco.

Tener en cuenta que Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos, o si son debidos a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica. *Codificar* el estado del episodio actual o más reciente:

- .0 Leve
- .1 Moderado

- .2 Grave sin síntomas psicóticos
- .3 Grave con síntomas psicóticos
- .4 En remisión parcial/en remisión total
- .9 No especificado

Especificar (para el episodio actual o el más reciente): [Para CIE-9-MC Especificaciones de gravedad/psicosis/remisión

Crónico, Con síntomas catatónicos, Con síntomas melancólicos, Con síntomas atípicos, De inicio en el posparto

Especificar: Especificaciones de curso (con y sin recuperación interepisódica) Con patrón estacional.

1.2.5.2 Trastorno distímico

Para Wikinsky & Jufe (2005), la distimia es un estado afectivo generalmente duradero, más leve que la depresión mayor pero sumamente discapacitante a largo plazo. Con frecuencia aparece como telón de fondo de los distintos episodios depresivos.

Cuando el individuo parece estar siempre con un estado de ánimo decaído se considera que tiene un trastorno distímico. Son personas que difícilmente han conocido la verdadera alegría y es falso que sean así.

Los síntomas del trastorno distímico y los del trastorno depresivo son muy similares pero se distinguen principalmente por la gravedad, lo crónico en el mal y la presencia. En este trastorno, los síntomas depresivos son menos graves y crónicos, se han mantenido durante muchos años.

Los sujetos con este trastorno describen este estado de ánimo como triste o desanimado. Los síntomas se convierten en gran medida en una parte de la experiencia cotidiana, así, se refieren a los síntomas como pérdida de interés, aislamiento y aumento de la autocrítica; es común escuchar decir a estos pacientes que estos síntomas son un estado de su personalidad.

En este trastorno, los síntomas como alteraciones de sueño, apetito, cambio de peso y alentamiento o agitación parecen ser menos frecuentes que en los sujetos con un episodio depresivo mayor. El inicio de este trastorno es temprano e incidioso así como un curso crónico. Cuando éste es de muchos años de duración, la alteración del estado de ánimo no puede distinguirse con facilidad del funcionamiento normal de la persona.

Después de los primeros años con trastorno distímico, puede añadirles un episodio depresivo mayor que suele ser la razón por la que las personas buscan tratamiento. Una persona con este trastorno no es feliz, pero puede sobrellevar su condición por años, cuando se presenta un episodio depresivo mayor el dolor se vuelve intolerable refiere Lammoglia (2001). Las mujeres son dos o tres veces más propensas que los varones a presentar un trastorno distímico.

Al momento de diagnosticar este trastorno, es importante especificar si es de Inicio temprano. Se debe usar esta especificación si el inicio de los síntomas distímicos se produce antes de los 21 años. Estos sujetos tienen más probabilidades de desarrollar episodios depresivos mayores, o Inicio tardío. Se debe usar esta especificación si el inicio de los síntomas distímicos se produce a los 21 años o con posterioridad.

1.2.5.2.1 Criterios para el diagnóstico de trastorno distímico

Según el DSM IV (1994), toma en cuenta los siguientes criterios para el diagnóstico:

A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años.

En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año.

B. Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:

- a) Pérdida o aumento de apetito
- b) Insomnio o hipersomnia
- c) Falta de energía o fatiga
- d) Baja autoestima

- e) Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones
- f) Sentimientos de desesperanza

C. Durante el período de 2 años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.

D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración (1 año para niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.

Es importante tener en cuenta que antes de la aparición del episodio distímico pudo haber un episodio depresivo mayor previo que ha remitido totalmente (ningún signo o síntoma significativos durante 2 meses). Además, tras los primeros 2 años (1 año en niños y adolescentes) de trastorno distímico, puede haber episodios de trastorno depresivo mayor superpuestos, en cuyo caso cabe realizar ambos diagnósticos si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.

G. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

H. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. *Especificar* si: Inicio temprano: Si el inicio es antes de los 21 años. Inicio tardío: si el inicio se produce a los 21 años o con posterioridad *Especificar* (para los últimos 2 años del trastorno distímico): Con síntomas atípicos.

1.2.6 Otros trastornos depresivos:

1.2.6.1 Desorden afectivo estacional:

Bloomfield (1996), menciona que se asocia a la reducción de horas de luz diurna durante el invierno.

En ciertos casos especiales, el otoño y el invierno pueden generar síntomas similares a la depresión. Si estos persisten durante más de dos semanas durante la temporada invernal, y más de dos años consecutivos, se sospecha que la persona padece depresión estacional. Por lo general, esta sintomatología desaparece al comienzo de la primavera y no se presenta en otras épocas del año.

Los principales cambios que pueden observarse son: Alteraciones en el sueño o hipersomnia, aumento en el apetito, sobre todo, azúcares simples, esta alteración puede acarrear un aumento de peso durante los meses de invierno; otro síntoma que se presenta es la dificultad de concentración y un cambio en el estado del ánimo. Como parte de estos cambios, la persona aumenta la autocrítica, se muestra más sensible o irritable de lo inusual y presenta llanto.

Según este enfoque, un aumento en los niveles de melatonina y una baja en la proporción de serotonina, crean condiciones biológicas para la depresión, que se desencadena por la respuesta del cerebro a la disminución de la exposición a la luz natural. Estas dos hormonas ayudan a regular los ciclos de sueño-vigilia, la energía y el estado de ánimo.

Para combatir este trastorno, basta con una mayor exposición a la luz durante los meses del invierno.

1.2.7 Aspectos hormonales y depresión

1.2.7.1 Premisas conceptuales

Franco (2006), comenta que resulta importante conocer el papel que ha jugado el género femenino en la historia. Se debe recordar que en todas las culturas de las jerarquías religiosas

aceptaban, en términos generales, la presencia de una gran diosa madre de la cual surgían los pequeños dioses o semidioses que no eran capaces, por sí mismos, de crear nada.

Es mayor el número de mujeres que son víctimas de la depresión, buscan ayuda médica para resolver sus problemas. Las dos principales causas de su participación desproporcionada en la población deprimida son de tipo biológico y psicosocial.

Con las dosis justas del medicamento adecuado, los médicos pueden esperar una evolución satisfactoria en la mayoría de las pacientes mujeres. Muchos estudios epidemiológicos en países de Europa, Estados Unidos y Asia se ha visto que la depresión afecta más a mujeres que a varones, y que se aumenta el riesgo de desarrollar padecimientos afectivos en parientes de primer grado de pacientes con depresión; lo que sugiere la presencia de un factor genético.

Se encuentra que el mismo nivel de tensión resulta un mayor número de síntomas en mujeres que en hombres, lo que sugiere que las mujeres presentan un umbral más bajo.

Otro factor que determina la depresión en las mujeres es que ésta coincide con eventos asociados a la capacidad de reproducción: Menstruación, inicio de suspensión de fármacos anticonceptivos, embarazo, período postparto y menopausia.

Gándara (2000), menciona que toda la comunidad científica y no científica dice, sabe y acepta que la mujer padece el doble de depresiones que el hombre, pero el interés por saber algo no debe limitarse a constatarlo, aceptarlo y resignarse. En realidad, tener la certeza "de un hecho obliga a plantearse algunas cuestiones, como por qué ocurre, qué repercusión tiene y si es posible hacer algo por mejorarlo. Así pues, las cuestiones clave que se plantean son:

- Alcanzar un conocimiento cualitativo y cuantitativo de las necesidades de la población femenina en esta materia, conocimiento que permitirá la fijación de prioridades y la implantación u ordenación de los recursos sanitarios.
- Posibilitar la identificación de grupos y factores de riesgo y la aplicación de programas de prevención primaria y secundaria.
- Aportar datos al conocimiento de la etiología, los factores de vulnerabilidad y protección, y aquellos otros factores que modulan la respuesta a los tratamientos.

En definitiva, se trata de ajustar los conocimientos científicos a las peculiaridades de los estados depresivos en la mujer. Conocer cómo, cuándo y por qué acontecen estos estados en determinadas mujeres y no en otras, para lo cual el punto de referencia no debe ser el hombre, sino la mujer no enferma depresiva.

1.2.7.2 Observaciones epidemiológicas

En las mujeres, la edad más común en la que surge el primer episodio depresivo es de los 15 a los 30 años. En esta etapa cuando la mujer empieza a ascender hacia la cúspide sexual, que alcanzará unos años después.

En este período se producen, además, varios cambios mentales, muchos de ellos culturales. Dada la insistencia en los varones de la juventud y la apariencia juvenil, muchas mujeres, una vez que pasan los 25 años, empiezan a creer que se ha iniciado ya la decadencia, idea que se refuerza porque a esta edad inician los primeros signos del envejecimiento.

Cuando las emociones se aparejan a los cambios metabólicos que se producen en el organismo, muchas mujeres caen en depresión comenta Lammoglia (2001). Puede aceptarse que cualquier factor de riesgo, sumado a la condición de pertenecer al género femenino, incrementa notablemente la incidencia, la prevalencia y las repercusiones negativas de la morbilidad depresiva.

En todos los estudios epidemiológicos nacionales e internacionales existe práctica unanimidad a la hora de señalar que las tasas de depresión son mayores en las mujeres, sea cual fuere el tipo de indicador que se use y el tipo de depresión que se evalúe. Algunas de las cifras más ilustrativas y aceptadas internacionalmente son las que se recogen de estudios epidemiológicos serios realizados con los sistemas de detección y clasificación de las depresiones más aceptados, incluyendo datos del estudio ECA americano y datos españoles del grupo de Cantabria

1.2.7.2.1 Pubertad, menarquía y depresión

En la actualidad se observa un incremento alarmante de las consultas psiquiátricas en las edades peripuberales y pospuberales en relación con los trastornos de la alimentación. En muchos de estos estados se observan alteraciones emocionales graves, con síntomas como

tristeza patológica, anhedonia, impulsividad, ideación suicida o intentos, etc. Una explicación posible para esta epidemia psíquica es que en muchos casos se trate de una forma de expresión (patoplastia) de estados depresivos, es decir, de una forma de manifestación matizada y mediatizada por las modas y condicionantes sociales.

Ningún estudio ha podido relacionar el aumento de vulnerabilidad depresiva con los cambios hormonales femeninos propios de la menarquía, pero sí que es evidente que el desarrollo de los caracteres sexuales implica un gran cambio en la propia imagen corporal y se proyecta sobre la imagen pública, y que ambas imágenes se relacionan a su vez íntimamente con la autoestima, todo lo cual condiciona una serie de exigencias adaptativas psíquicas de importancia para las que no todas las chicas están preparadas. La presión social sobre los adolescentes es, en este sentido, evidente, y al parecer es mayor la influencia sobre las chicas que sobre los chicos, lo cual se ha asociado con un riesgo mayor de depresión.

Otro factor relacionado con el incremento del riesgo psicopatológico a esta edad es la mayor frecuencia de abusos sexuales. Los factores de riesgo de abuso sexual son: El género femenino (el riesgo de sufrir abusos es tres veces superior en chicas que en chicos), la edad (el riesgo aumenta con la edad y el inicio es más precoz en niñas) y las minusvalías (ceguera, sordera y retraso mental).

Es evidente que no se puede aceptar que los cambios hormonales por si solos conlleven un riesgo mayor de depresión, pero la relación entre ellos y los cambios biológicos y sociales constituye un factor de riesgo general especialmente entre las jóvenes psíquicamente más vulnerables.

1.2.7.2.2 Anticoncepción y depresión

En la actualidad, el riesgo de embarazo en chicas jóvenes con trastornos psíquicos (de la aumentación, depresión,) es un problema alarmante, pese a que se dispone de métodos anticonceptivos eficaces y seguros. En España, la utilización de anticonceptivos alcanza al 50 % de las mujeres en edad fértil (21 % preservativo, 14% anticonceptivos hormonales orales o AHO, 5 % dispositivo intrauterino o DiU, 5 % ligadura); por edades, el 25 % de las mujeres que los usan son menores de 25 años, el 50 % tienen entre 25 y 40 años, y el 25% son mayores de 40 años.

La valoración de aspectos psicológicos y psiquiátricos de la anticoncepción es importante tanto en salud mental como en ginecología. Además, Las mujeres que padecen un trastorno psiquiátrico deben ser consideradas como de alto riesgo en relación con el embarazo, tanto por las consecuencias que éste puede tener sobre la enfermedad como por el tratamiento farmacológico, la relación con los hijos y su cuidado. Durante décadas, el uso de anticonceptivos en pacientes psiquiátricos ha sido controvertido. Las dudas acerca del correcto cumplimiento, las interferencias farmacológicas y los hallazgos iniciales sobre un posible efecto depresógeno de la anticoncepción hormonal influyeron negativamente en las indicaciones de estos métodos. Sin embargo, hoy se sabe que estos aspectos no justifican la no utilización de anticonceptivos.

La planificación familiar en enfermas mentales es un aspecto prácticamente por estudiar, y los datos sobre planificación familiar en este tipo de enfermas crónicas de otros países indican que sigue siendo insuficiente, pese a que es imprescindible. Se sabe que el 73 % de estas mujeres tiene algún embarazo el 31% algún aborto, el 45 % tiene hijos, entre otros datos, y todo ello coincidiendo con la existencia de una enfermedad con frecuencia grave e invalidante que hace que el 60 % de ellas necesite cuidados de otras personas y que, a pesar de todas las recomendaciones, el 73% mantenga relaciones sexuales y el 35-40 % de las sexualmente activas no use anticonceptivos. Sólo el 11 % son informadas por sus psiquiatras sobre la necesidad y posibilidades de hacer anticoncepción.

Con frecuencia se ha relacionado la anticoncepción hormonal con la depresión, y se ha especulado sobre diversos mecanismos neurobiológicos por los que podrían producirse las alteraciones afectivas. Sin embargo, una lectura atenta de la bibliografía más relevante y rigurosa informa de que no se puede asociar anticoncepción con riesgo de depresión. Los estudios más interesantes sobre esta cuestión en pacientes psiquiátricas ambulatorias.

Las conclusiones globales de estos y otros estudios podrían sintetizarse en los siguientes términos:

- No hay evidencias de que el uso de AHO agrave o cause depresión mayor.
- La utilización de AHO se asocia a un posible incremento de síntomas depresivos o ansiosos aislados y leves.
- Persiste cierta polémica sobre los anticonceptivos progestagénicos puros de alta potencia.

- No hay relación aparente entre el uso de AHO y la esquizofrenia, e incluso se ha descrito que la estabilidad es mayor y el riesgo de recaídas menor por efecto sinérgico de los estrógenos y la dopamina.
- No hay relación aparente entre los AHO y el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de pánico, trastornos somatoformes y trastornos del sueño.

Recientemente se han introducido en el mercado los anticonceptivos hormonales de depósito, de larga duración, cuyo uso en psiquiatría podría ser especialmente interesante, sobre todo en los casos más graves (psicosis, retraso mental, etc.). Aunque la experiencia es todavía escasa, no se ha evidenciado ningún aumento de riesgo psicopatológico con el uso durante 1-2 años de implantes de acetato de medroxiprogesterona de depósito (DMPA) o levonogestrel.

Otro tema importante son las interacciones entre anticonceptivos hormonales y psicotropos. Se sabe que el uso combinado de ambos puede disminuir la eficacia de la anticoncepción, especialmente si se trata de benzodiazepinas, antipsicóticos clásicos y antidepresivos clásicos. Por otra parte, también se observan cambios en la eficacia de psicofármacos como antidepresivos, benzodiazepinas y antiepilépticos o estabilizadores del estado de ánimo, pero éstos son mínimos o clínicamente irrelevantes.

Se puede decir entonces que existen evidencias fiables de que los anticonceptivos hormonales combinados no producen síntomas depresivos; todo lo contrario, la terapia estrogénica puede ser coadyuvante en algunos trastornos depresivos asociados a los ciclos reproductivos de la mujer. Sería importante que los psiquiatras prestasen mayor atención a la anticoncepción, y que los ginecólogos se ocuparan de su indicación en enfermas mentales. En general, no hay problemas para usar la anticoncepción hormonal, aunque en caso de duda se pueden usar métodos alternativos. Si se utilizan junto con psicofármacos, conviene recomendar antidepresivos inhibidores selectivos (ISRS o venlafaxina).

1.2.7.3 Menstruación y cambios hormonales

1.2.7.3.1 Trastorno disfórico premenstrual

Los mitos relacionados con la menstruación como circunstancia crítica o peligrosa son ubicuos e intemporales. En este ámbito conceptual, no es extraño que uno de los problemas

que más controversias ha suscitado sea el del llamado síndrome premenstrual o trastorno disfórico premenstrual (TDP). En torno a este fantasmagórico padecimiento se han creado numerosos mitos o ideas erróneas, como por ejemplo las siguientes:

- Que no existe o que es muy infrecuente.
- Que no es más que el resultado de la presión social «machista».
- Que el diagnóstico es incierto e inestable.
- Que se trata de una mera depresión encubierta, imposible de diferenciar de otros problemas emocionales.
- Que los criterios que se usan en investigación no se ajustan a las quejas reales de las mujeres.
- Que se trata de una afectación únicamente endocrina, sin ninguna vertiente psíquica, y que, por lo tanto, las hormonas son el tratamiento de elección.
- Que cualquier tratamiento funciona, incluso el placebo, razón por la cual no debe tomarse este trastorno muy en serio, etc.

Como casi siempre ocurre, sin embargo, estas opiniones se fundamentan más en la ignorancia que en lo que realmente se sabe y está bien establecido a nivel científico. De modo sintético se expone a continuación lo que hoy día puede aceptarse sobre el TDP:

Se sabe que el TDP es un trastorno frecuente que se detecta en mujeres de todas las culturas y ámbitos geográficos. En general, el 80 % de las mujeres padece al menos de uno a dos síntomas todos los meses, el 3% padece tantos síntomas o tan graves que resultan incapacitantes durante unos días, y del 10 al 30 % solicita y requiere tratamiento.

Existen algunos datos muy reveladores, concretamente de dos estudios que informan que el 65-85 % de las mujeres menstruantes presenta al menos un síntoma todos los meses. Además, entre el 21 y el 28% cumple criterios de TDP según el DSM-IV, del 10 al 41 % sufre interferencia social o laboral mensual, el 16 % solicita tratamiento y el 9 % recibe algún tratamiento inespecífico

El TDP tiene un curso clínico muy característico: Se inicia generalmente en la menarquía, pero sobre todo entre los 25 a 30 años de edad; después se produce un agravamiento progresivo, de forma que aparecen más síntomas o los existentes se manifiestan con mayor intensidad, al tiempo que se da una mayor interferencia personal y social. Los síntomas están

claramente ligados a la fase luteínica y desaparecen tras la menopausia, aunque pueden reaparecer si se inicia tratamiento hormonal secuencial.

A menor paridad, más ciclos menstruales y mayor riesgo de padecer el trastorno o de que sea grave. No se ha podido establecer una relación directa entre síntomas y niveles plasmáticos de hormonas sexuales, y se sabe que el uso crónico de anticonceptivos conlleva menos cambios hormonales y, por tanto, menor riesgo.

Otra de las críticas se refiere a la escasa consistencia del diagnóstico, pero en realidad los estudios indican que la concordancia y estabilidad del diagnóstico es alta (0,80). Muchos expertos han querido ver en el TDP un tipo de trastorno emocional indiferenciable de otros trastornos afectivos o de las fluctuaciones catamenciales de las depresiones.

En realidad, la diferenciación con otros trastornos afectivos es muy segura, aunque también es cierto que en las mujeres con TDP grave se observan tasas más altas de distimia, fobias, manía, obsesiones y abuso de sustancias. Además, el 30% de las mujeres con TDP sufren depresión mayor, y el 50-60 % de las mujeres afectadas por depresión mayor manifiestan agravamientos premenstruales de la misma.

Los síntomas son muy diversos, pero los más frecuentes son de tipo físico: Fatiga, dolores, distensión, edemas. Dentro de los síntomas emocionales se encuentran: Irritabilidad ansiedad y tristeza. Los síntomas cognitivos pueden ser: Disminución de la concentración, bajo y bajo rendimiento. Los síntomas conductuales pueden incluir (impulsividad, ingesta de glúcidos). Una circunstancia curiosa es que, pese a la gran variabilidad, cada mujer suele mostrar un patrón típico y reiterativo de síntomas, cada mes los mismos.

1.2.7.3.2 Depresión posparto

Brizendine (2006), comenta que uno de cada diez cerebros femeninos tendrá depresión dentro del primer año de haber dado a luz. Por alguna razón, este 10% de mujeres tiene cerebros que no se reequilibran por entero después de los enormes cambios hormonales que siguen al parto. Los cambios psiquiátricos posparto comprenden desde melancolías de la maternidad hasta psicosis, pero el más común es la depresión posparto.

Según se estudió en la Universidad Commonwealth de Virginia, las mujeres que lo padecen sufren de un aumento de la susceptibilidad genética a caer en depresión por efecto de cambios hormonales. Refiere que puede haber genes que alteran el riesgo de depresión en la respuesta de una mujer a las hormonas sexuales cíclicas, en especial, en el período posparto.

Estos resultados sugieren que los cambios en el estrógeno y la progesterona intervienen para precipitar los síntomas propios del talante entre las mujeres con depresión posparto. El cerebro de una mujer vulnerable se vuelve hiperreactivo al estrés y ella produce demasiado cortisol, la hormona del estrés.

Los predictores de la depresión después de dar a luz, comprenden una depresión previa, la depresión durante el embarazo, la falta del apoyo emocional adecuado y un estrés agudo en el hogar. Los síntomas depresivos posparto a menudo permanecen ocultos, porque las mujeres se avergüenzan de ellos; como se presume que han de estar felices por el nacimiento del hijo.

Algunos científicos entienden que la lactancia materna podría proteger contra la depresión posparto en ciertas mujeres. Durante la lactancia las madres muestran respuestas neuroendocrinas y de conducta bajas ante cierto tipo de agentes de estrés.

1.2.8 Tratamientos

1.2.8.1 Tratamiento hormonal

En cuanto a los tratamientos, durante muchos años se ha defendido que el tratamiento de elección eran los progestágenos, pero un reciente meta análisis a partir de una selección de los estudios mejor realizados entre los que han utilizado progesterona y progestágenos cuestiona en cierta forma esta idea.

Para la selección de los estudios se aplicó una evaluación de criterios de calidad, y finalmente se incluyeron: 10 estudios de 14 con progesterona (531 casos) y 4 estudios de 15 con progestágenos (378 casos). La conclusión fue que, aun cuando los progestágenos son en general el tratamiento más utilizado, no hay resultados clínicamente significativos al

respecto ni suficientes evidencias que apoyen el uso de estos fármacos. Igualmente se defendió que los estrógenos podrían ser muy útiles.

Pero los escasos estudios controlados existentes han resultado poco concordantes y en el momento actual no es posible defender que éstos sean el tratamiento de elección. Además, como consecuencia de las dificultades de uso que en ocasiones implican pueden resultar poco satisfactorios.

La segunda línea terapéutica son los ISRS. Otro metaanálisis sólo aceptó como válidos 15 estudios doble ciego de un total de 29 realizados, que incluyeron un total de 904 mujeres (570 tratadas con fármaco activo y 435 con placebo). En los resultados se observó una reducción significativa de las escalas de TDP a favor de los ISRS, que fueran eficaces tanto en síntomas físicos como psíquicos; no hubo diferencias entre pauta de tratamiento continuo e intermitente, ni entre estudios independientes y de compañías farmacéuticas.

Además de estos dos modelos terapéuticos, se ha propuesto el uso de todo tipo de sustancias activas e inactivas, estrategias higiénicas y dietéticas, entre otras, pero ninguna merece credibilidad suficiente, y no pasan de meras anécdotas, si acaso útiles en los casos más leves.

Teniendo en cuenta todo esto, parece poco discutible que los ISRS y la venlafaxina son fármacos más recomendables para el tratamiento del TDP. En la mayoría de estudios se han utilizado dosis semejantes a las indicadas en depresión, y no parece que el hecho de utilizar dosis menores o mayores comporte una cantidad mayor de ventajas. En el caso del TDP, se suele observar mejoría desde el primer ciclo tratado, lo cual posiblemente se deba a que el *mecanismo neurobioológico de acción es diferente que en la depresión*. En este aspecto coinciden prácticamente la totalidad de los estudios, tanto los ensayos clínicos controlados como los observacionales.

El tratamiento debe mantenerse a largo plazo, ya que si se retira reaparece la sintomatología a los dos o tres ciclos. En este sentido, Pearlstein y Stone apreciaron en su estudio con 60 casos tratados durante 2 años con fluoxetina que sólo se mantiene la mejoría si se mantiene el tratamiento. Otro estudio, encontró algo similar en 11 casos tratados durante 20 meses.

El tratamiento puede aplicarse también de forma intermitente, y en la mayoría de los estudios publicados con diferentes fármacos, tanto con diseños abiertos como controlados, se ha comprobado que la eficacia de aplicar el tratamiento activo durante todo el ciclo o aplicarlo sólo en fase luteínica es similar.

1.2.8.2 Tratamiento farmacológico del trastorno depresivo

Wikinski & Jufé (et al), 2005, comenta que dentro del espectro de los trastornos afectivos, el trastorno depresivo mayor es considerado el más frecuente. Si bien en los últimos años ha crecido la prevalencia de los trastornos bipolares a expensas de las depresiones unipolares o recurrentes; la depresión mayor sigue liderando en el ranking de los trastornos del estado de ánimo.

Desde el punto de vista de la salud pública es un motivo importante de preocupación ya que causa importantes costos personales y sociales, y como las edades de comenzó son progresivamente menores, las proyecciones al futura auguran un mayor número de individuos afectados en relación con la población general.

Una pregunta importante frente a un paciente deprimido es si es o no necesario el tratamiento farmacológico. La psicoterapia es efectiva si la depresión es leve, sobre todo en pacientes con baja tasa de recurrencia. Es más, algunos autores observaron que la administración de placebo, acompañada de un seguimiento clínico que no incluía ni siguiera una psicoterapia formal, proporcionaba alivio sintomático duradero, proporcionaba alivio sintomático duradero alrededor del 50% de los pacientes con depresión leve.

A la hora de indicar un tratamiento farmacológico se debe tener en cuenta los siguientes factores: A la hora de indicar un tratamiento farmacológico: Cronicidad de la depresión, presencia de síntomas residuales entre los distintos episodios, recurrencias frecuentes, antecedentes familiares de trastornos afectivos, severidad de los síntomas, comorbilidad médica o psiquiátrica, respuesta a tratamientos previos y preferencia del paciente. Esta última puede y debe ser tomada en cuenta cuando el cuadro lo permite, pero cuando el malestar del paciente compromete la vida cotidiana, y con más razón cuando las ideas de muerte o de suicidio se hacen presentes, el tratamiento farmacológico resulta imprescindible.

También es importante tenerlo en cuenta en pacientes en psicoterapia en los que los síntomas no se resuelven satisfactoriamente, ya que la experiencia indica que la asociación de antidepresivos con psicoterapia muchas veces no sólo mejora el desempeño del paciente en la vida diaria, sino también el proceso psicoterapéutico.

1.2.8.3 Tratamiento psicológico para la depresión

Tierney (et al), comenta que pocas veces es posible ingresar a un individuo a psicoterapia penetrante durante la etapa aguda de alguna depresión severa. Mientras los fármacos actúan al disminuir la intensidad de la depresión, se requiere de un procedimiento de apoyo para reforzar las defensas existentes y la consideración apropiada de la necesidad continua del paciente para funcionar en el trabajo, realizar actividades recreacionales, etc. Si el paciente no se encuentra deprimido intensamente, a menudo es muy apropiado iniciar esfuerzos psicoterapéuticos, ya que los periodos flujo son un buen momento para realizar el cambio.

Puede ser benéfica una catarsis de ira y culpabilidad reprimidas. El tratamiento durante o inmediatamente después de la etapa aguda puede centrarse en la adopción de técnicas, con cierta práctica de elecciones alternativas. Cuando la falta de autoconfianza y los problemas de identidad son factores de la depresión, puede orientarse la psicoterapia individual a formas de mejoría de la autoestima, aumento de la agresividad y disminución de la dependencia.

1.2.8.3.1 Perspectiva psicodinámica

Existen dos fases según este enfoque para resolver la depresión. Sarason & Sarason (1996), propone que la primera fase en la terapia psicodinámica es revelar los procesos inconscientes que determinan el comportamiento del paciente. Por lo general, estos descubrimientos se realizan mediante la plática y la interpretación de los pensamientos y sentimientos del paciente en la interacción con el terapeuta. Cuando las evidencias surgen de las distorsiones de la realidad, quizá con base en relaciones anteriores, el terapeuta ayuda al paciente a comprender las distorsiones.

La segunda fase del tratamiento consiste en ayudar al paciente a comprender la forma en que el presente es distinto del pasado distante en el cual carecía de autonomía y control.

1.2.8.3.1.1 Psicoterapia interpersonal

Se continúa exponiendo que esta psicoterapia cuenta con algunos de los mismos conceptos básicos del tratamiento psicodinámico más tradicional. Los terapeutas que emplean esta estrategia creen que la depresión se comprende mejor en un contexto interpersonal que hace énfasis tanto en la efectividad social de la persona como en el grado en el cual experimenta el apoyo social. Este planteamiento terapéutico centra la atención en ayudar a que las personas aprendan a ser más efectivas en el aspecto social.

La terapia que centra la atención tanto en los sentimientos acerca del pasado como en las habilidades interpersonales parece ser apropiada para el tratamiento contra la depresión, porque las personas deprimidas tienden a provenir de escenarios problemáticos y a tener la dificultad particular con las relaciones estrechas o íntimas con los demás.

Para muchas personas que se sienten deprimidas, el tratamiento efectivo a largo plazo parece estar relacionado con el mejoramiento de sus relaciones con las personas más importantes para ellas.

Tierney (et al), comenta que esta terapia ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de la depresión aguda, ya que ayuda a los pacientes a acoplarse a los factores estresantes interpersonales y a crear nuevas estrategias de adaptación.

1.2.8.3.2 Perspectiva conductual

1.2.8.3.2.1 Entrenamiento en habilidades sociales

Es una de las técnicas conductuales básicas que se emplean para dar tratamiento a los pacientes deprimidos. Este entrenamiento consta de cuatro partes:

- a) Se enseñan al paciente las habilidades sociales verbales y no verbales que se centran en pequeños segmentos del comportamiento deseado y después, cuando éstas se aprenden, el paciente practica de manera gradual al juntar los segmentos.
- b) Después de ensayar estas partes con el terapeuta, se asigna al paciente una "tarea" en la cual el objetivo es adaptar la nueva habilidad de modo que sea útil en el entorno cotidiano.

- c) A continuación, se entrena al paciente para que sea más perceptivo acerca de las señales que dan otras personas en el entorno y aprende cómo transformar su comportamiento de acuerdo con estos cambios ambientales.
- d) Por último, el paciente aprende a adoptar criterios realistas para el desempeño y se le enseña a ser un reforzador propio.

Los terapeutas que emplean la estrategia del entrenamiento en habilidades sociales por lo general se dan cuenta de que funciona bien con los pacientes deprimidos. Si ocurren problemas, tienden a entrar en ciertas categorías. Es probable que los pacientes se nieguen a representar papeles o a realizar tareas. La representación de papeles es necesaria para que el paciente obtenga la práctica que se requiere para realizar comportamientos nuevos en las situaciones de la vida real que se incluyen en las tareas.

La práctica que se obtiene de esas tareas es a su vez crucial para el éxito en el aprendizaje de hábitos nuevos. Es probable que también surjan problemas si el paciente experimenta una serie de crisis que requieren de atención, lo que quita la concentración del tratamiento. Desde luego, si el terapeuta no presta atención a la crisis, puede surgir una situación grave.

Algunos pacientes llevan a la terapia nuevas crisis de manera continua, con la consecuencia de que nunca aprenden las habilidades para resolver los propios problemas. Por tanto, al tratar la crisis de la vida de un paciente, el terapeuta debe buscar un equilibrio entre concentrarse en forma exclusiva en el entrenamiento de habilidades sociales y prestar atención a la crisis de ese momento.

Por último, se pueden presentar los problemas en este tipo de planteamiento terapéutico si el especialista trata de avanzar en el entrenamiento con demasiada rapidez para resolver el problema básico que enfrenta el paciente. Esta prisa casi siempre da como resultado que el paciente vuelva a caer en los métodos antiguos e ineficaces de tratar a las personas.

1.2.8.3.3 Perspectiva cognitiva

1.2.8.3.3.1 Terapia cognitiva para la depresión

Con facilidad, la terapia cognitiva se conoce como terapia conductual cognitiva porque emplea ambos tipos de teorías. La proporción de técnicas cognitivas y conductuales que se

utilizan depende de las habilidades del paciente y el grado de depresión, así como de los objetivos que se eligen para la terapia. En esos casos, los primeros objetivos serían hacer que el paciente desempeñara tareas sencillas de autoayuda.

Más adelante, conforme el paciente mejore, el terapeuta puede empezar a trabajar para ayudar a cambiar algunos pensamientos disfuncionales al desafiar algunas partes del sistema de creencias del paciente.

1.2.7.3.3.1.2 Programación de actividades

Dentro de esta terapia, el paciente plantea el empleo del tiempo y después lleva un registro de la forma en que lo utilizó. La lista de actividades es en especial útil para los pacientes que se sienten muy agobiados por la vida. Tomarse el tiempo para hacer una lista de lo que en realidad se debe lograr cada día les ayuda a planear un programa realista.

La programación de actividades también es útil para la evaluación por parte del paciente de la efectividad con la que se realizó cada actividad y la clase de respuesta emocional que generó. Se pide al paciente que asigne dos calificaciones numéricas para cada actividad con respecto de la efectividad o dominio y placer personales. El terapeuta también asigna al paciente tareas que se enfocan hacia los problemas particulares. Estas labores tienen una dificultad que va de la mínima a la máxima y van de acuerdo con el nivel de funcionamiento del paciente.

Al igual que el entrenamiento en habilidades sociales, el terapeuta pide al paciente que ensaye y represente el papel de la forma en que se manejan las situaciones que considera difíciles. El terapeuta puede servir como modelo para mostrar al paciente cómo comportarse y también puede proporcionar retroalimentación útil. Los planteamientos son idénticos al planteamiento conductual que se estudió antes. Lo que agrega la terapia cognitiva es una prueba de los significados personales que designa el paciente al comportamiento y el cuestionamiento de la evidencia que emplea el paciente para evaluar una situación.

II. Planteamiento del Problema

La depresión en la mujer es un trastorno que es muy común por cuestiones de tipo fisiológico y de género.

Se caracteriza principalmente por un estado de abatimiento e infelicidad, que puede ser transitorio o permanente. En la mayoría de los casos, el paciente describe el estado, y así lo ven los demás, como derribado, socavado en la potencialidad, debilitada la base de sustentación afectiva, desplazado su eje de acción usual, desganado, hipoérgico. Es uno de los más importantes depredadores de la felicidad humana.

Otra razón por la que la depresión es un aspecto que debe observarse en la vida de una mujer es porque los factores hormonales, dentro de la etapa fértil, se encuentran involucrados en los cambios abruptos de un estado de ánimo, que combinados con un factor externo pueden tener como resultado un acontecimiento devastador en la salud mental de estas.

Es importante identificar los principales factores externos que contribuyen a que la mujer desencadene depresión y así, buscar soluciones que le brinden una mejor calidad de vida y que de esta forma, se pueda contribuir a la prevención del trastorno depresivo o a el perfeccionamiento de los métodos psicoterapéuticos que pueden utilizados según los principales factores desencadenantes externos que se detecten en las pacientes.

Por lo anterior se plantea la siguiente pregunta de investigación la cual será respondida al finalizar el estudio. ¿Cuáles son los principales factores externos que desencadenan la depresión en la mujer?

2.1 Objetivo general:

Identificar los principales factores desencadenantes del trastorno depresivo en las mujeres atendidas en la consulta externa del Hospital de Totonicapán.

2.1.1 Objetivos Específicos:

- Determinar el nivel de depresión de las pacientes evaluadas por medio de la escala Beck
- Establecer el predominio de síntomas depresivos, según la escala Beck.

- Identificar los principales factores desencadenantes externos en las mujeres con depresión.
- Establecer estrategias de tratamiento que sean efectivas para el trastorno depresivo.

2.2 Hipótesis:

Hipótesis alterna: Las mujeres con depresión atendidas en consulta externa del hospital de Totonicapán presentan los mismos factores externos desencadenantes.

Hipótesis nula: Las mujeres con depresión atendidas en consulta externa del hospital de Totonicapán no presentan los mismos factores externos desencadenantes.

2.3 Variables del Estudio

- Factor Desencadenante Externo
- Mujeres con depresión

2.3.1 Definición de Variables

2.3.1.1 Definición Conceptual:

Factor Desencadenante Externo: Sarason y Sarason (2000) señala que es un elemento ambiental que causa o que contribuye a la producción de una enfermedad.

Mujeres con Depresión: Sarason y Sarason (2000) lo define como personas del sexo femenino que presentan un trastorno del humor caracterizado por una alteración significativa del estado del ánimo primordialmente compuesta de ansiedad y tristeza que puede asociarse a síntomas físicos: Cansancio, pérdida del apetito, insomnio, disminución del deseo sexual y una reducción significativa de la actividad social. Constituye junto con los trastornos de Angustia, la disfunción más frecuente en la población en general.

2.3.1.2 Definición Operacional:

Las variables del estudio se operacionalizarán a través de un formato de psicoterapia individual, basado en entrevista clínica y observación, se administrará el test IDB Inventario

de Depresión de Beck. Posterior a establecer el diagnóstico, se aplicará una boleta de encuesta utilizando la escala de Likert con 4 posibles respuestas, en la que se conocerán los factores más comunes referidos por las pacientes.

2.4 Alcances y Límites

El estudio se llevará a cabo con mujeres comprendidas entre 25 y 36 años de edad, pertenecientes al área rural y urbana del departamento de Totonicapán que asisten a la consulta externa del Hospital Nacional "Dr. José Felipe Flores" situado en el municipio de Totonicapán de este departamento.

El hospital no cuenta con un departamento de Psicología, es el primer trabajo que se realiza sobre depresión en mujeres pertenecientes a este departamento; por lo cual, a través de la atención a pacientes que manifiestan este trastorno, únicamente se realizará el estudio con un número de 10 pacientes.

2.5 Aporte:

El principal aporte es brindar datos estadísticos de los principales factores externos desencadenantes de la depresión en mujeres comprendidas entre 25 y 36 años que asisten a la consulta externa del Hospital de Totonicapán.

De igual forma, a las personas que brindan atención psicoterapéutica, para mejorar las técnicas que se utilicen dentro del proceso, a mujeres depresivas y que presentan similares factores externos desencadenantes de este trastorno.

Al mismo tiempo, a las mujeres depresivas para mejorar su calidad de vida mediante un proceso terapéutico adecuado; y como antecedente a los estudiantes en futuras investigaciones.

Se espera que las pacientes depresivas mejoren la calidad de vida mediante la integración a un proceso de psicoterapia en el cual se puedan proporcionar las técnicas y herramientas adecuadas conforme a los resultados obtenidos en el presente estudio.

III. Método

3.1 Sujetos:

El estudio estará conformado por 10 pacientes mujeres que presenten depresión; comprendidas entre 25 a 36 años de edad que asisten a consulta externa del hospital nacional "Dr. José Felipe Flores" del departamento de Totonicapán.

Totonicapán se encuentra situado en la región sur-occidental de Guatemala. Limita al norte con el departamento de Huehuetenango; al sur con el departamento de Sololá; al Este con el departamento de Quiché; y al oeste con el departamento de Quetzaltenango. La cabecera departamental se encuentra a una distancia de 203 Kilómetros aproximadamente de la ciudad capital.

3.2 Instrumento:

- Entrevista Psicológica individual: Se realiza al inicio de la psicoterapia con el objetivo de obtener datos importantes como la edad, motivo de consulta, antecedentes patológicos, etc., que ayuden al terapeuta a establecer un diagnóstico y tratamiento acertado.
- Boleta de Encuesta que constará de 10 preguntas con 5 posibles opciones en la que la persona elegirá la que más se acerque a su situación o al factor desencadenante que le haya provocado el trastorno depresivo.
- IDB (Inventario de Depresión de Beck), Es un cuestionario que contiene 21 grupos de enunciados, los cuales debe leer cuidadosamente. En cada grupo, debe elegir la respuesta que mejor describa cómo se ha sentido en las últimas semanas, incluyendo el día en que se realiza la prueba.

La puntuación al IDB-II se obtiene sumando los índices numéricos de los 21 ítems, estando cada ítem señalado con puntos del 0 al 3. Si un sujeto ha dado más respuestas a un ítem, se escoge sólo el índice más elevado. La puntuación directa máxima es de 63.

La elección de las puntuaciones de rangos debe fundamentarse en las consideraciones clínicas así como en el objetivo de la evaluación.

3.3 Procedimiento:

- Presentación del temario
- Elección de tema
- Búsqueda de Información Bibliográfica
- Formulación de Objetivos e hipótesis
- Definición de variables del estudio
- Elección de Instrumento
- Elección del diseño de Investigación
- Aplicación del instrumento
- Proceso Estadístico
- Presentación de resultados
- Discusión de resultados
- Aporte
- Conclusiones
- Recomendaciones

3.4 Diseño y Metodología Estadística

Para desarrollar este estudio, se utilizará una investigación explicativa de cohorte; con un diseño experimental no controlado ya que según (Oliva 2000), esta investigación, no solo describe, sino que trata de buscar las causas de los fenómenos y se realiza con un conjunto de individuos de una población que pertenecen al mismo grupo de edad, o curso; tal sea el caso.

Se hará una investigación descriptiva de tipo explicativa, para ello se utilizará la siguiente fórmula:

$$P = \frac{n.100}{N}$$

Y significación y fiabilidad, para determinar si existe una diferencia significativa entre medias obtenidas de los resultados de la escala Beck y la encuesta realizada que se trabajará con las siguientes fórmulas:

Error de proporción: $\sigma_p = \frac{\sqrt{p \cdot q}}{N}$

Porcentaje:

$$\% = \frac{f \cdot 100}{N}$$

Proporción:

$$P = \% \frac{f}{100}$$

Diferencia de proporción:

$$q = 100 - p$$

Error muestral:

$$E = \sigma_p \cdot z$$

Límite inferior

$$Li = P - E$$

Límite superior

$$Ls = P + E$$

Razón crítica

$$RC = \frac{P}{\sigma_p}$$

Media aritmética

$$x = \frac{\sum X}{N}$$

IV. Presentación de Resultados

Cuadro 1

Nivel de depresión de las pacientes evaluadas por medio de la escala Beck

Item	F	%	P	Q	Gp	E	Li	Ls	Rc	Sig	Fiab
Depresión leve	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00	0	No	No
Depresión moderada	3	30	0.30	0.70	0.14	0.36	-0.06	0.66	2.14	No	No
Depresión grave	7	70	0.70	0.30	0.14	0.36	0.34	1.06	5	Si	Si
	10	100	1								

El cuadro uno muestra que el nivel del de depresión que presentan las mujeres de este estudio corresponde a depresión grave.

Cuadro 2

Factores Generales

Item	f	%	Sig	Fiab
1	7	70	Si	Si
2	1	10	No	No
3	2	20	No	No
4	0	0	No	No
5	0	0	No	No
Total	10	100		

Cuadro 3

Factores Relacionados a Familia de Origen

Item	f	%	Sig	Fiab
1	0	0	No	No
2	3	30	Si	Si
3	0	0	No	No
4	2	20	No	No
5	5	50	Si	Si
Total	10	100		

Cuadro 4

Factores Relacionados al Aspecto Laboral

Item	f	%	Sig	Fiab
1	3	30	Si	Si
2	3	30	Si	Si
3	0	0	No	No
4	0	0	No	No
5	4	40	Si	Si
Total	10	100		

Cuadro 5

Factores Relacionados a la Salud

Item	F	%	Sig	Fiab
1	2	20	No	No
2	0	0	No	No
3	0	0	No	No
4	0	0	No	No
5	8	80	Si	Si
Total	10	100		

Cuadro 6

Factores Relacionados al Medio Ambiente/Estacional

item	f	%	Sig	Fiab
1	0	0	No	No
2	1	10	No	No
3	0	0	No	No
4	4	40	Si	Si
5	5	50	Si	Si
Total	10	100		

Cuadro 7

Factores Relacionados al Aspecto Económico

item	f	%	Sig	Fiab
1	3	30	Si	Si
2	2	20	No	No
3	3	30	Si	Si
4	1	10	No	No
5	1	10	No	No
Total	10	100		

Cuadro 8

Factores relacionados a la Infancia

Item	f	%	Sig	Fiab
1	2	20	No	No
2	2	20	No	No
3	0	0	No	No
4	1	10	No	No
5	5	50	Si	Si
Total	10	100		

Cuadro 9

Factores relacionados a la Pareja

Item	f	%	Sig	Fiab
1	3	30	Si	Si
2	1	10	No	No
3	3	30	Si	Si
4	1	10	No	No
5	2	20	No	No
Total	10	100		

Cuadro 10

Factores que tienen que ver a la relación madre e hijo

Item	f	%	Sig	Fiab
1	1	10	No	No
2	0	0	No	No
3	3	30	Si	Si
4	2	20	No	No
5	4	40	Si	Si
Total	10	100		

Cuadro 11

Factores relacionados al Aspecto Social

Item	f	%	Sig	Fiab
1	1	10	No	No
2	0	0	No	No
3	1	10	No	No
4	0	0	No	No
5	8	80	Si	Si
Total	10	100		

Fuente: Trabajo de campo, resultados obtenidos de encuesta.

V. Discusión de Resultados

En este estudio, para determinar la depresión, se utilizó la escala Beck de Depresión que divide los resultados de la prueba en depresión leve, depresión moderada y depresión grave acorde a los percentiles de dicha escala. Para este estudio, como se observa en el cuadro 1. El nivel de depresión que presentan las pacientes evaluadas por medio de esta prueba es grave y corresponde al 70% de las personas evaluadas; el resultado es significativo y fiable según el método de proporciones propuesto por Oliva (2002).

Según Lammoglia (2001), una persona presenta depresión grave, cuando refiere la mayor cantidad de síntomas y el malestar es clínicamente significativo. Los síntomas que se identifican para una depresión grave son: Sentimientos de tristeza y desesperanza, estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, pérdida de interés y placer en actividades que antes se disfrutaban, disminución del interés sexual, disturbios alimenticios que se identifican con pérdida o aumento de peso; insomnio o hipersomnia, agitación o enlentecimiento psicomotor, fatiga, debilidad, baja energía, sentimientos excesivos de inutilidad o culpa, disminución en la habilidad para pensar o concentrarse y/o pensamientos recurrentes de suicidio y muerte.

En el presente estudio se identificó que el síntoma depresivo que predomina en estas mujeres según los resultados que se obtuvieron en la escala Beck que se presentan en el cuadro 1 en anexos, se encuentra la pérdida en el interés sexual con un 8.79%. Durante las entrevistas, las mujeres no mencionaron presentar disminución en el interés sexual; sino que se refirieron a otro tipo de malestares físicos como el insomnio, el deseo de evocar el llanto, pérdida en el apetito, entre otros.

La razón por la que las mujeres no se refirieran a este síntoma como un factor importante a tomar en cuenta es que la cultura guatemalteca, es una cultura conservadora y el sexo, aun se considera tabú en nuestra sociedad y por ende, no debe expresarse. Otro razón se encuentra en nuestra cultura de machismo occidental, dentro del cual como refiere Batres (1998), la mujer es un instrumento de satisfacción sexual para el hombre y éste con el poder, dispone del cuerpo de la mujer y la voluntad sin tomar en cuenta las propias necesidades y la mujer que cumple con un patrón cultural de sumisión y complacencia, cederá a estos actos sin poner omisión.

Para obtener los resultados sobre los principales factores externos desencadenantes, se realizó una encuesta dentro de la cual se les presentaron a las pacientes diez preguntas cuyas respuestas contienen cinco opciones en las cuales, la paciente debía subrayar el aspecto que más se relacionara con el factor que había desencadenado la tristeza actual.

La primera pregunta de la encuesta, intenta tomar generalidades sobre los principales aspectos que desencadenaran la depresión. La primera opción corresponde a problemas familiares, la segunda dificultades laborales, la tercera, pérdidas humanas significativas, la cuarta que corresponde a dolencias de salud y por último la opción sobre ninguna de las anteriores. Este orden corresponde a todas las opciones de la encuesta.

Como se observa en el cuadro 2, el 70% de mujeres respondieron al ítem que corresponde a problemas familiares, identificándolo como un factor desencadenante externo que corresponde a la tristeza actual, Franco (2006) comenta que los seres humanos dependen totalmente de papá y mamá y, posteriormente, estos niños, se convertirán en padres o madres. Por lo tanto, la familia que se conforma por padre, madre y/o hermanos, resulta la principal columna de la que dependerá el funcionamiento psicosocial y cada conducta que se manifieste en este contexto ya sea positiva o negativa desencadenará en las personas una reacción favorable o desfavorable en el funcionamiento social.

La segunda pregunta, se relaciona a la familia de origen en donde la primera opción es problemas de relación de con los padres, presenciar violencia intrafamiliar, alcoholismo o adicciones de uno de ellos, enfermedad de un familiar o ninguna de las anteriores.

Se observa en el cuadro 3 que resulta significativo el resultado sobre la familia de origen en donde el 50% de las mujeres que respondieron que ninguna de las opciones anteriores implicaba un factor que desencadenara la tristeza.

Sin embargo, el 30% restante de las mujeres respondió sobre el factor que desencadenó la tristeza fue presenciar violencia intrafamiliar relacionada con la familia de origen. Como menciona Batres (2002), la violencia intrafamiliar se refiere a cualquier acción u omisión que de manera directa o indirecta causare daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico o patrimonial, tanto en el ámbito público como en el privado, a persona integrante del grupo familiar, por parte de parientes o conviviente o ex conviviente, cónyuge o ex cónyuge o con quien se haya procreado hijos o hijas.

La familia es muy importante para el desarrollo y formación de la personalidad, es quien brinda la cultura, tradición y busca satisfacer no sólo necesidades materiales y físicas; sino también las emocionales, aquí además de situar a la persona en un contexto se le enseña al individuo a vivir dentro de un grupo, lo cual brinda seguridad, ya que está satisfaciendo la necesidad de protección. Este núcleo brinda valores, reglas, límites y pautas de convivencia. Cuando surge la violencia, se genera frustración y deformación de las funciones tanto de la familia como de cada uno de sus miembros, dentro y fuera de ésta.

La razón por la que la violencia intrafamiliar provoca depresión en las mujeres, es debido a que durante la infancia e inicios de la adolescencia, el mundo se percibe desde un aspecto propiamente emocional en el cual, los pensamientos lógicos y las explicaciones sobre por qué ocurren las situaciones no existen. De esta forma, el ser parte de un círculo violento implica que la persona es sorprendida por una actitud agresiva en la que su persona está afectada; el no poder procesar esta emoción a una elaboración cognitiva representa una secuela emocional severa.

La tercera pregunta, corresponde al aspecto laboral en donde, como respuesta se proporcionaron a las mujeres opciones como no tener trabajo, dificultad para conseguir empleo, no tener el trabajo deseado, trabajo peligroso o ninguna de las anteriores.

En el cuadro 4 se presenta que el 60% de las mujeres manifiestan factores que se relacionan con el aspecto laboral el 30% de mujeres, respondió que su factor era no tener empleo y otro 30% respondió que el principal factor era tener dificultad para conseguir empleo.

Se toma en cuenta que en las culturas occidentales las mujeres tienden a depender en el aspecto económico del hombre situación que impide el desarrollo personal y profesional de las mismas. Generalmente lo que desencadena la depresión en ellas es principalmente en un momento de crisis económicas, en las que su contexto no les permite colaborar económicamente en el sustento familiar.

El aspecto de no tener empleo y dificultad para conseguir empleo se encuentra relacionado en el contexto cultural dentro del cual, el hombre es quien ocupa los cargos más importantes en el aspecto laboral y a las mujeres ser relegadas únicamente al plano doméstico el cual no es bien remunerado y no ofrece capacidad de desarrollo laboral en el contexto social en el que se desenvuelve.

La cuarta pregunta, corresponde al aspecto salud, en donde se les proporcionó a las mujeres las opciones sobre tener un estado de salud frágil, padecer una enfermedad grave, que alguno de los miembros de la familia padece una enfermedad incurable o ninguna de las anteriores.

Como se observa en el cuadro número 5, el 80% de las mujeres respondió de manera significativa, que la tristeza actual no se encuentra relacionada por ningún motivo a ningún aspecto de salud que se citó en la encuesta.

Esta respuesta se debe a que en el departamento de Totonicapán, las personas poseen la posibilidad de recibir atención médica gratuita gracias a los puestos estatales que brindan este servicio a la población.

En la quinta pregunta, que corresponde a factores del medio ambiente que pueden desencadenar depresión, se le proporcionó a las pacientes las siguientes opciones: Pérdidas materiales, desastres naturales, vivir en un lugar inseguro, sentirse triste en alguna estación del año, O ninguna de las anteriores.

En el cuadro 6, se muestra que para el 50% de las mujeres de una manera significativa y fiable el aspecto ambiental/estacional no representa un factor que desencadene la depresión actual. Sin embargo, el 40% de mujeres respondieron que el principal factor desencadenante es sentirse tristes en alguna estación del año.

Durante la entrevista, 75% respondió que la estación en la que se ven afectadas es el invierno.

La expresión emocional positiva o negativa en una fecha o estación del año se conoce desde la psicogenealogía como síndrome de aniversario y consiste en que todas las personas "cargan" con dinámicas inconscientes familiares, fechas, nombres, lugares, vivencias de generaciones que fueron precedidas y aún sin saberlo, éstas influyen sobre cada persona, en las elecciones, en el lugar que se ocupa en la familia, en los éxitos, fracasos, enfermedades y trastornos mentales. Entonces, al establecer lazos entre lo que sucede en el aquí y ahora de la vida de la persona con acontecimientos de la historia familiar-genealógica se recupera la memoria emocional- ancestral, lo que deviene en una experiencia profundamente sanadora y liberadora como comenta Van Ersel (2004).

La sexta pregunta corresponde al aspecto económico en donde se les presentó a las pacientes las opciones siguientes: Dependencia económica de una persona, deudas económicas, falta de recursos, falta de empleo o ninguna de las anteriores.

Como se presenta en el cuadro 7, el 60% de las mujeres de este estudio, respondieron que este es un factor que desencadena la tristeza de manera significativa. Un 30% considera que les entristece depender económicamente de una persona y otro 30% no poseer los recursos suficientes.

Estos factores se relacionan estrechamente con el factor cultural-familiar de las familias guatemaltecas; en el cual, el hombre es el proveedor económico del hogar y la mujer únicamente cumple con el papel en la crianza y cuidado de los hijos. Así mismo, las familias guatemaltecas tienden a ser numerosas y esto hace que la tarea de proveer alimentación, abrigo, vivienda y educación sea más difícil.

El problema del empleo en Guatemala, tanto en los aspectos cualitativos como cuantitativos, constituye uno de los elementos más esenciales que explican la situación de pobreza de muchas familias, en virtud de las características que en el medio presenta el mercado de trabajo y el nivel de las remuneraciones obtenidas. Las causas fundamentales del problema devienen del carácter de la estructura socioeconómica y del estilo de desarrollo.

Los términos y condiciones del empleo han sido, a lo largo de la historia, uno de los aspectos más controvertidos de esta problemática, dados los efectos sobre el nivel de vida de los trabajadores y el bienestar de la sociedad.

La problemática del empleo ha estado sujeta a numerosas intervenciones estatales; la igualdad de oportunidades y la legislación por los gobiernos para aumentar al máximo las oportunidades de empleo. El empleo como conflicto económico, no puede desvincularse del contexto social, cultural y político del país.

En la pregunta número 7 se cuestionan aspectos sobre la infancia, en el cual, se les presentaron las opciones siguientes: abuso sexual en la infancia hacia su persona, violencia intrafamiliar hacia usted, alcoholismo en la familia, maltrato físico hacia su persona o ninguna de las anteriores.

El cuadro número ocho, el 50% de las mujeres que respondieron, de forma significativa, no relacionan ninguna de los factores propuestos anteriormente como un factor actual en la tristeza.

Para ellas, resultó como factor que desencadena la tristeza, observar la violencia intrafamiliar en la familia de origen como se observa en el cuadro 3, anteriormente mencionado, que ser víctimas directas de estas situaciones.

La pregunta 8, toma en cuenta la relación de pareja, presentando los siguientes posibles factores: Infidelidad por parte del cónyuge, violencia física, alcoholismo, violencia psicológica de parte del cónyuge o ninguna de las anteriores.

En cuadro número 9 se presenta que para el 60% de las mujeres el factor sobre la relación de pareja provoca la tristeza actual. Para un 30% de las encuestadas, uno de estos factores tiene que ver con la infidelidad de la pareja y otro 30% identifican que es el alcoholismo del cónyuge.

En nuestras culturas occidentales, el matrimonio se percibe como un momento muy especial en la vida de las mujeres, en el que se realizarán como madres y esposas. Parte de la concepción matrimonial incluye valores como el respeto, la fidelidad y amor. La infidelidad resulta ser una agresión psicológica, porque transgrede los valores matrimoniales y provoca frustración, baja autoestima y una concepción errónea en las mujeres en donde, como ellas lo comentan, pasan de esposas a objetos que sirven y dan placer.

Por otra parte, Batres (2002), comenta que las conductas abusivas de un esposo, se ven reforzadas como consecuencia del alcoholismo. Las pacientes refieren que en el momento en el que el esposo se encuentra en estado eufórico, es cuando mayor agresión verbal y psicológica reciben. También, la mayoría de mujeres participantes del estudio entienden como violencia únicamente ser agredidas físicamente por el esposo; si esta situación no se lleva a cabo en el contexto familiar el esposo es un buen hombre que únicamente se pone muy agresivo cuando bebe.

La pregunta 9 corresponde al aspecto de relación entre padres e hijos en donde se les presentaron aspectos como aborto espontáneo, muerte de un hijo, comportamiento negativo de un hijo hacia ellas, enfermedad de un hijo o ninguna de las anteriores.

En el cuadro 10 se observa que para el 40% de las mujeres participantes las relaciones con los hijos, no les provoca depresión. Sin embargo, de una forma significativa, un 30% de ellas, como parte de la tristeza actual, se encuentra deprimida por la conducta negativa de un hijo hacia ellas.

Como propone Franco (2006), El rol de madre puede provocar una revisión de los afectos y los conflictos que experimentó de niña, específicamente en la relación con la propia madre. Por ejemplo, el tipo de comunicación que tenían, la admiración o la agresividad dirigidas hacia ella.

De seguro, la madre tome a la propia madre como modelo de identificación o como ejemplo de lo que no habría que hacer. Ambas actitudes pueden anular el desarrollo de conductas creativas o de un modelo propio, que incluya las pautas educativas propuestas por la pareja. En el marco de este conflicto entre el retorno afectivo al pasado y las exigencias y dificultades presentes, pueden surgir en depresión.

En la pregunta 10 se cuestionan aspectos relacionados al aspecto social en donde se proporciona a las pacientes elegir en los siguientes aspectos: Abuso sexual, asalto, acoso, amenazas o ninguna de las anteriores.

Como se presenta en el cuadro 11, para el 80% de las mujeres de una forma significativa, los aspectos relacionados con el entorno social no se relaciona con la tristeza actual.

Por lo anterior, se aprueba la hipótesis alterna debido a que todas las mujeres presentan los mismos factores externos desencadenantes que son problemas familiares, presenciar violencia intrafamiliar en la familia de origen, no tener trabajo y tener dificultad para conseguir empleo, sentirse tristes en una estación del año, depender económicamente de una persona, no poseer los recursos económicos necesarios, infidelidad por parte del cónyuge, alcoholismo y que un hijo presente conducta negativa hacia ellas.

Esto muestra que la depresión no tiene una causa específica, si no que se desarrolla con un integrado de factores externos que suceden a lo largo de la vida y la experiencia de las mujeres. El principal objetivo psicoterapéutico será desenredar la historia y resolver el primer factor que inició el malestar hasta el día de hoy, en este caso presenciar violencia intrafamiliar. Las pacientes refieren que los problemas económicos y laborales no fueran tan severos si no tuviesen factores familiares.

VI. Propuesta

“Abordaje en mujeres con depresión a consecuencia de desencadenantes familiares, económicos y laborales”

6.1. Justificación

En el presente estudio, En el estudio realizado sobre factores desencadenantes externos en mujeres con depresión, se identificó que no todas las mujeres comprendidas entre los 25 y los 36 años presentan los mismos factores externos desencadenantes, sin embargo, estos se encuentran estrechamente relacionados a el grupo primario de apoyo; ya sea la familia de origen o la familia de la que actualmente son el pilar y a su vez con el aspecto económico y laboral.

Estos tres factores, tienen estrecha relación porque los une un factor cultural y de historia familiar que obliga a las mujeres del área de Totonicapán a acomodarse en un ambiente que no es saludable para ellas y por ende, desarrollan depresión grave, según se identificó a través de la escala Beck.

Por lo anterior, se considera primordial que los profesionales de la salud mental conozcan técnicas psicoterapéuticas que resulten efectivas en el tratamiento de la depresión provocada por el ambiente familiar, económico y laboral en el proceso de psicoterapia individual. Las pacientes refieren que los problemas económicos y laborales no fueran tan severos si no tuviesen factores familiares, por lo que resulta fundamental que el enfoque hacia la familia sea la columna vertebral del tratamiento.

6.2 Objetivos:

6.2.1 General:

Que las mujeres que presentan depresión como consecuencia de problemas familiares, laborales y económicos, sean abordadas con técnicas psicoterapéuticas efectivas y enfocadas principalmente a sanar el aspecto familiar.

6.2.2 Específicos:

- Proporcionar herramientas para liberar ira a través de la catarsis.
- Abordar problemas generacionales que intervienen en el bienestar actual de las mujeres.
- Presentar técnicas utilizadas para lograr insight.
- Discutir ideas irracionales y emocionales que tienen raíz en la familia.
- Presentar el tratamiento farmacológico como apoyo en psicoterapia.

6.3 Técnicas específicas:

6.3.1 Catarsis:

En tratamiento que se proporciona en psicoterapia individual, el principal objetivo terapéutico es lograr que la paciente exprese catarsis en la primera sesión, ya que muchas de ellas presentan trastorno depresivo con años de evolución.

El fin principal, es identificar los malestares que aquejan a las pacientes y la emoción que este factor provoca en la paciente. Es importante tomar en cuenta que, aunque la herida sea la misma, no todas expresan de igual forma el malestar.

Tierney (et al), comenta que puede ser benéfica una catarsis de ira y culpabilidad reprimidas. El tratamiento durante o inmediatamente después de la etapa aguda puede centrarse en la adopción de técnicas, con cierta práctica de elecciones alternativas. Cuando la falta de autoconfianza y los problemas de identidad son factores de la depresión, puede orientarse la psicoterapia individual a formas de mejoría de la autoestima, aumento de la agresividad y disminución de la dependencia.

A través de lo que las pacientes puedan expresar, el terapeuta deberá elegir qué técnica utilizar para que la paciente logre insight y de esta manera se inicie un proceso de elaboración.

La principal columna sobre el tratamiento, es una historia clínica completa e identificar las principales emociones sobre los factores que desencadenan la depresión para poder brindar eficacia en la curación de las pacientes.

6.3.2 Técnicas Cognitivo-Conductuales

Los primeros objetivos fueron hacer que el paciente desempeñara tareas sencillas de autoayuda, que le proporcionaran placer y contribuyeran a un cambio en el estado de ánimo.

Al mismo tiempo, en cada sesión, se identificó el sistema de creencias de las pacientes para discutir al respecto y que la paciente pudiera darse cuenta de estas según refiere Sarason & Sarason (1996), que comenta la proporción de técnicas cognitivas y conductuales que se utilizan depende de las habilidades del paciente y el grado de depresión, así como de los objetivos que se eligen para la terapia. En esos casos, los primeros objetivos serían hacer que el paciente desempeñara tareas sencillas de autoayuda.

Más adelante, conforme el paciente mejora, el terapeuta trabajará sobre los pensamientos disfuncionales al desafiar algunas partes del sistema de creencias del paciente.

6.3.3 Técnicas Psicodinámicas

6.3.3.1 Psicogenología y constelaciones familiares

Se profundizó sobre los aspectos familiares, que fueron las principales causas sobre la depresión, a través del conocimiento de las dinámicas familiares de sus pacientes que contribuyó mucho a conocer los principales patrones, lealtades y nudos hacia seres queridos, en primera línea generaciones anteriores que debían ser rotas para que la paciente propiamente iniciara con la propia historia.

Un nudo, es un miedo cristalizado dentro de las familias. El origen de estos nudos se da desde el nacimiento, con las limitaciones que la familia pone en la persona según la creencia de esa familia y con la educación que se obtiene a lo largo de la vida. En psicoterapia lo que se hace es desenredar estos miedos y traerlos a la consciencia.

Se identifica, que las pacientes tienden a presentar patrones de conducta repetitivos e inconscientes de la historia de los padres y cuando se indaga sobre la historia de los abuelos, en la mayoría el patrón viene desde la tercera generación; a esto se le conoce como filiación.

La psicogenealogía parte de la premisa de que determinados traumas y comportamientos inconscientes se transmiten de generación en generación, por lo que para que un individuo tome consciencia de ellos y pueda desligarse de los mismos es necesario que estudie su árbol genealógico.

Se realiza un ejercicio en donde ellas describen las cualidades, defectos, anhelos y los sentimientos que dominaron en la infancia y luego, realizan lo mismo con el personaje de la familia que ellas consideren más significativo para ellas. De esta manera, se obtuvo el resultado sobre si la paciente sigue una lealtad de este ser querido con los anhelos y con lo que ha construido en la vida.

Posteriormente, se le pide a la paciente que profundice en la historia enlazando conductas que observe, se han repetido con los abuelos o problemas que la familia comparte en común con los demás miembros de la familia: Tíos, primos.

Como comenta Van Eersel (2004). El trabajo de constelaciones familiares es un método terapéutico fenomenológico que se aplica a nivel individual o grupal y que busca restablecer "El orden del amor" en los sistemas humanos. La trasgresión de los órdenes del amor en las interacciones humanas será el origen de los conflictos y las discordancias internas que pueden llegar a manifestarse como patologías individuales, familiares, grupales o sociales.

Pero también se heredan los conflictos no resueltos que se hayan podido generar en el seno de las familias debido a factores como pueden ser:

La violencia intra o extra familiar (guerras, asesinatos, suicidios, luchas de poder), pérdidas de seres queridos, abortos, separaciones traumáticas, abandonos, accidentes fatales, exclusión de personas de la familia, inversión del orden jerárquico dentro del seno familiar, secretos familiares, como pueden ser la de la existencia de relaciones vinculanter extramaritales, hijos no reconocidos, crímenes, etc.

Cuanto más desorden, cuanto más conflicto, más severas suelen ser las dificultades que se manifiestan en los seres y con frecuencia se enfrentan ante enfermedades crónicas, adicciones o problemas mentales graves, más conflictos, más guerras, mayor devastación, mayor problemática familiar, social, laboral, etc.

El objetivo principal al conocer las vinculaciones familiares y las dinámicas de estas, es que la paciente pueda llevar a un espacio consciente dicha situación para romper este patrón. Al momento de hacer conscientes las actitudes se empiezan a promover cambios en las constelaciones de las pacientes y por ende, en sus conductas hacia el entorno familiar actual.

6.3.3.2 Hipnosis Clínica

Se utilizó esta técnica para trabajar con las emociones destructivas que presentaban las pacientes, ya que muchas presentaban sentimientos de ira hacia el problema.

En la mayoría de los casos, no basta únicamente con que la paciente exprese sus emociones, sino que también es importante que ella pueda cambiar esa emoción que modifica completamente la percepción.

La mayoría de mujeres atendidas, tenían un nivel sociocultural bajo que impedía el insight a niveles conscientes, situación que dio lugar a la hipnosis para realizar un trabajo que llega directamente al inconsciente.

Para realizar la hipnosis el paciente debe estar en una posición cómoda, ya sea sentado o acostado en camilla, que es como se trabajó. El primer paso es relajar al paciente, el segundo es la visualización de la emoción y cambiarla; y por último, realizar la terapia que consiste en adecuar el ejercicio conforme la patología, emoción y gravedad de los síntomas.

Las sesiones repetitivas van permitiendo que se instalen las sugerencias que hacen remover la patología de que se trate, comenzando a actuar de acuerdo con las nuevas ideas instaladas. A cada inicio de sesión, se evalúan los síntomas del paciente y su avance durante la semana, esto indicará si se puede iniciar con otro aspecto o continuar con el mismo.

Como comenta Mateo (2006), La hipnosis clínica es un estado de somnolencia en el que las sugerencias van directamente al subconsciente. La hipnosis clínica no es regresar a la infancia por sistema y divagar sobre lo que aconteció; tampoco es realizar digresiones filosóficas sobre el mismo tema; por supuesto que no es poner a alguien en trance y darle consejos paternales o suministrar buenas ideas.

Es un conjunto de ejercicios, claros y concretos, que se mezclan para buscar la mejor efectividad y mayor potencia, para remover lo que atormenta, dificulta y hasta impide, realizar las tareas cotidianas con un mínimo de normalidad.

6.4 Metodología

- Se trabajará dentro del proceso de terapia individual con mujeres que presentan trastorno depresivo leve, moderado o grave y que solicitan atención clínica en consulta externa.
- Cada sesión será semanal con una duración aproximada de una hora, durante 10 semanas
- Se establecerá el plan terapéutico según historia clínica y examen mental, tomando en cuenta la severidad de los síntomas.

6.5 Ruta Clínica

No. Sesiones y Semanas	Objetivos terapéuticos	Duración	Responsable
1	Entrevista Clínica Desarrollo de Historia Clínica y examen mental Elaboración de Diagnóstico Inicio de proceso catártico	1 hora	Terapeuta
2	Identificación factor familiar desencadenante Identificación de sistema de creencias Tareas de autoayuda	1 hora	Terapeuta
3, 4, 5	Evaluación de tareas y evolución Búsqueda de patrones, lealtades y nudos familiares. A través de entrevista clínica y ejercicios Evolución	1 hora	Terapeuta

6	Evaluación del proceso Concientización al paciente sobre repeticiones transgeneracionales. Traer emociones relacionadas a los aspectos familiares actuales y pasados al presente.	1 hora	Terapeuta
7	Evaluación sobre evolución Abordaje con hipnosis clínica las emociones destructivas identificadas	1 hora	Terapeuta
8	Evaluación sobre evolución Abordaje con hipnosis clínica	1 hora	Terapeuta
9	Evaluación sobre evolución Abordaje con hipnosis clínica	1 hora	Terapeuta
10	Evaluación global del proceso	1 hora	Terapeuta

Nota: El número de sesiones puede variar, según el problema que presente la paciente y la capacidad del inconsciente de elaborar el pasado y las emociones destructivas.

6.6 Recursos

- Humanos
- Grabadora
- Ficha clínica
- Hoja de control de notas evolutivas
- Hojas de papel bond
- Camilla

VII. Conclusiones

- Los principales factores desencadenantes del trastorno depresivo en mujeres atendidas en el hospital de Totoncapán son problemas familiares en aspectos como familia de origen, relación madre-hijo, relación de pareja; factores laborales como no tener empleo y dificultad para conseguirlo y económicos porque dependen, en este aspecto, de una persona y no tienen los recursos para poder proporcionar lo necesario a la familia.
- Según los rangos obtenidos en mediante la escala de Beck, el 30% de las pacientes presentó depresión moderada y el otro 70% de las pacientes presentó depresión grave a consecuencia de un acomodamiento que las fuerza a no buscar ayuda hasta mucho tiempo después, cuando los síntomas empeoran y hay recidiva en los episodios depresivos
- Según la escala Beck, el síntoma que predomina en las pacientes es la pérdida de interés sexual, que no se menciona en psicoterapia como consecuencia del aspecto cultural, dentro del cual, el sexo es un tema tabú y únicamente el hombre puede sentir placer de una relación sexual por el contexto machista en el que ellas viven
- La estrategia más efectiva para el tratamiento del trastorno depresivo es la integración de un abordaje farmacológico y psicoterapéutico, esto se debe a que disminuye el malestar fisiológico como la pérdida de apetito, el insomnio, la pérdida de interés sexual, entre otros; y la psicoterapia modifica el comportamiento al resolver los conflictos internos que se desencadenan como consecuencia de los factores externos que se mencionan en este estudio.

VIII. Recomendaciones

- A los psicólogos que trabajan en centros asistenciales, abordar factores familiares, económicos y laborales de mujeres con depresión mediante técnicas cognitivo-conductuales y psicodinámicas que se basan en la identificación del problema principal, romper con las lealtades heredadas y la resolución de sus dolores internos.
- A los psicoterapeutas, profundizar en la evaluación clínica, no únicamente en los aspectos que manifieste la paciente, sino que indaguen más sobre el malestar y el contenido emocional que los síntomas representan para ellas, principalmente en la falta de deseo sexual como un síntoma clave que se identifica en la depresión.
- A los psicoterapeutas, trabajar interdisciplinariamente con el área de psiquiatría para contribuir al progreso de las pacientes y la disminución de síntomas fisiológicos.
- A los profesionales en salud mental que trabajan con mujeres deprimidas implementar herramientas terapéuticas contextualizadas a la cultura de las pacientes para optimizar el tratamiento.

IX. Bibliografía

- Aguilar H. (2007), **Depresión y su Incidencia en los Maestros Jubilados del Magisterio Primario Urbano**. Tesis Inédita. Universidad Rafael Landívar Quetzaltenango
- American Psychiatric Association (1994), **El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV)**. 1ra edición. Barcelona, España: Masson.
- Batres G. (1998), **Tratamiento Grupal: Adultas y Adolescentes Sobrevivientes de Incesto y Abuso Sexual**. 2da Edición. Costa Rica: ILANUD.
- Batres G. et al (2002), **Violencia de género, derechos humanos e intervención policial /ILANUD. Programa Regional de Capacitación contra la Violencia Doméstica: Modulos III y IV**. - San José, Costa Rica : ILANUD
- Bloomfield H. et al (1996), **Cómo Curar la Depresión**. 4ª Edición. Barcelona, España: Ediciones Obelisco.
- Brizendine L. (2007), **El Cerebro Femenino**. 1ª Edición. Barcelona, España: RBA Libros.
- Canastuj Y. (2007), **Depresión en la Mujer Infértil**. Tesis Inédita. Universidad Rafael Landívar. Quetzaltenango
- Cordero L. (2007), **Relación de las Dilaciones y Un Período de Depresión en Pacientes Femeninas del San Juan de Dios**. Tesis Inédita. Universidad Rafael Landívar. Guatemala
- Ferrer R. (2007), **Depresión, Cada Vez mayor en las Mujeres**. (En red), Consulta realizada 6 de febrero de 2008. Disponible en www.sallud.latino.msn.com
- Franco J. et al (2006), **Cómo Enfrentar la Depresión**. 1ª Edición. Buenos Aires, Argentina: Longseller.
- Gandora J. (2004), **La depresión en la mujer**. 2da. Edición. España: Urano.
- Lawrence T (2006), **Diagnóstico clínico y tratamiento**. Traducción de la 44ª. Edición en inglés. México: McGrawHill.

- Lammoglia E. (2001), **Las Máscaras de la Depresión**. 2da Edición. México: Grijalbo.
- Lyubomirsky S. (2008), **La ciencia de la felicidad** 1ra. Edición. España: Urano.
- Manrique R. (1999). **Conociendo la Depresión**. (en red) Consulta 15 de enero de 2008. Disponible en www.acosomoral.org
- Oliva A. (2000), **Folleto Para Validar Estudios de Tesis**. Universidad Rafael Landívar, Guatemala, C.A.
- Pamela G (2007), **Depresión y Suicidio**. (en red) Consulta realizada 10 de febrero de 2008. Disponible en www.monografias.com
- Rozados R. (2007), **Origen Psicosocial: Acontecimientos vitales**. (En red) consulta 10 de febrero de (2008). Disponible en www.depresion.psicomag.com
- S.A (2007), **Depresión en la Mujer** (en red) Consulta realizada 3 de febrero de 2008 Disponible en www.1mujer.es
- Salín, Pascual R. (1997), **La Depresión Tristeza llevada a los Extremos y de los Fármacos que la Controlan** (en red) consulta 8 de enero de 2008. Disponible en www.monografias.com
- Sarason Irwin & Sarason Barbara (1996). **Psicología Anormal: El Problema de la Conducta Inadaptada**. 7ª Edición. Barcelona España: Pearson Higer Education.
- Silva G. (2008), **Farmacoterapia de los Trastornos Depresivos Unipolares en la Mujer**. (en red) Consulta realizada 3 de abril de 2008. Disponible en www.mujer.org
- Van Ersel C. (2004), **Mis Antepasados me Duelen: Psicogenealogía y Constelaciones Familiares**. 3ª Edición. Barcelona, España: Ediciones Obelisco.
- Wikinski S. (2006), **El tratamiento farmacológico en psiquiatría**. 1ra. Edición. Buenos aires Argentina: Panamericana.
- Wikipedia Enciclopedia Libre (2008). **Depresión**. (en línea) Consulta 2 de febrero de 2008. Disponible en : www.wikipedia.com

Anexos

Anexo 1

Encuesta para detectar los principales factores externos desencadenantes en mujeres con depresión.



Nombre _____ Edad _____ Estado Civil _____

Dirección Actual _____

A continuación se le presenta un cuestionario que contiene diez preguntas de las cuales usted deberá subrayar la que más se relacione con el factor que ha desencadenado su bajo estado de ánimo actual.

1. ¿Con cuál de los siguientes aspectos ha notado que ha iniciado su tristeza?:

- Problemas Familiares
- Dificultades Laborales
- Pérdidas humanas Significativas
- Dolencias de Salud Ambientales
- Ninguna de las anteriores

2. ¿Qué tipo de las siguientes situaciones con su familia de origen la han afectado?

- Problemas de relación entre sus padres
- Presenciar violencia Intrafamiliar
- Enfermedad de un familiar
- Alcoholismo o adicciones de uno de los miembros
- Ninguna de las anteriores

3. ¿Cuál de los siguientes aspectos laborales la han afectado su estado de ánimo?

- No tener trabajo
- Dificultad para poder conseguir empleo
- No tener el trabajo deseado
- Trabajo Peligroso
- Ninguna de las anteriores

4. **¿Alguno de los siguientes factores han influido en su cambio anímico?**
Estar expuesto a Contaminación en su ambiente social
Tener un estado de salud frágil
Padecer una enfermedad grave
Alguno de los miembros de su familia se encuentra en riesgo o padece una enfermedad incurable
Ninguna de las anteriores
5. **¿Alguno de los siguientes factores naturales le han influido en su tristeza?**
Estar expuesto a contaminación
Perdidas materiales
Desastres naturales
Vivir en un lugar inseguro
Sentirse triste en alguna estación del año
Ninguna de las anteriores
6. **¿Cuál de los siguientes situaciones económicas le han creado dificultades en su estado de ánimo?**
Depender Económicamente de una persona
Deudas económicas
Falta de recursos económicos
Falta de Empleo
Ninguna de las Anteriores
7. **¿Alguna de las siguientes situaciones de su infancia han determinado su tristeza actual?**
Abuso Sexual en la Infancia hacia su persona
Violencia Intrafamiliar hacia usted
Maltrato físico hacia su persona
Alcoholismo en la familia
Ninguna de las anteriores
8. **¿Alguno de los siguientes aspectos de relación de pareja desencadenaron su bajo estado de ánimo?**
Infidelidad por parte de su cónyuge
Violencia física

Alcoholismo

Violencia psicológica de parte de su cónyuge

Ninguna de las anteriores

9. ¿Cuál de las siguientes situaciones relacionadas con sus hijos le han afectado?

Aborto espontáneo

Muerte de un hijo

Comportamiento negativo de un hijo hacia usted

Enfermedad de un hijo

Ninguno de los anteriores

10. ¿Cuál de los siguientes aspectos sociales han iniciado su tristeza?

Abuso sexual/violación

Asalto

Acoso

Amenazas

Ninguna de las anteriores

Anexo 2

Cuadro de Porcentajes sobre Predominio de Síntomas Obtenido de la escala Beck.

No.	Síntoma	f	%
1	Tristeza	5	5.49
2	Pesimismo	4	4.40
3	Fracaso del pasado	4	4.40
4	perdida de placer	5	5.49
5	Sentimientos de culpa	2	2.20
6	Sentimiento de punición	5	5.49
7	Sentimientos negativos de si mismo	4	4.40
8	Actitud Critica hacia sí mismo	4	4.40
9	Pensamiento o deseos de suicidio	3	3.30
10	llanto	3	3.30
11	Agitación	3	3.30
12	Pérdida de Interés	6	6.59
13	indecisión	6	6.59
14	Devaloración	5	5.49
15	Pérdida de Energía	4	4.40
16	Cambio de Hábitos del Sueño	5	5.49
17	Irritabilidad	3	3.30
18	Cambios en el Apetito	4	4.40
19	Dificultad de Concentración	3	3.30
20	Fatiga	5	5.49
21	Perdida de interes sexual	8	8.79
		91	100

Anexo 3

Cuadros de procedimientos de significaciones y fiabilidades individuales obtenidas de encuesta

Cuadro 1. Problemas Familiares

Item	f	%	P	Q	Gp	E	Li	Ls	Rc	Sig	Fiab
1	7	70	0.70	0.3	0.1	0.27	0.43	0.97	5	Si	Si
2	1	10	0.10	0.9	0.1	0.18	-0.08	0.28	1.11	No	No
3	2	20	0.20	0.8	0.1	0.24	-0.04	0.44	1.67	No	No
4	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	No	No
5	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	No	No
Total	10	100	1								

Cuadro 2. Familia de Origen

Item	f	%	P	Q	Gp	E	Li	Ls	Rc	Sig	Fiab
1	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0	No	No
2	3	30	0.30	0.70	0.14	0.27	0.03	0.57	2.14	Si	Si
3	0	0	0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0	No	No
4	2	20	0.20	0.80	0.12	0.24	-0.04	0.44	1.67	No	No
5	5	50	0.50	0.50	0.22	0.43	0.07	0.93	2.27	Si	Si
Total	10	100	1								

Cuadro 3. Aspecto laboral

Item	f	%	P	Q	Gp	E	Li	Ls	Rc	sig	fiab
1	3	30	0.30	0.70	0.14	0.27	0.03	0.57	2.14	Si	Si
2	3	30	0.30	0.70	0.14	0.27	0.03	0.57	2.14	Si	Si
3	0	0	0.00	0.00	0	0	0	0	0	No	No
4	0	0	0.00	0.00	0	0	0	0	0	No	No
5	4	40	0.40	0.60	0.15	0.29	0.11	0.69	2.67	Si	Si
Total	10	100	1								

Cuadro 4. Aspecto Salud

Item	F	%	P	Q	Gp	E	Li	Ls	Rc	Sig	Fiab
1	2	20	0.20	0.80	0.12	0.24	-0.04	0.44	1.67	No	No
2	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0	No	No
3	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0	No	No
4	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0	No	No
5	8	80	0.80	0.20	0.12	0.24	0.56	1.04	6.67	Si	Si
Total	10	100	1								

Cuadro 5. Aspecto Medio Ambiente/Estacional

item	f	%	P	Q	Gp	E	Li	Ls	Rc	Sig	Fiab
1	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0	No	No
2	1	10	0.10	0.90	0.1	0.18	0.08	0.28	1.11	No	No
3	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0	No	No
4	4	40	0.40	0.60	0.2	0.29	0.11	0.69	2.67	Si	Si
5	5	50	0.50	0.50	0.2	0.29	0.21	0.79	3.33	Si	Si
Total	10	100	1								

Cuadro 6. Aspecto Económico

item	f	%	P	Q	Gp	E	Li	Ls	Rc	Sig	Fiab
1	3	30	0.30	0.70	0.14	0.28	0.02	0.58	2.07	Si	Si
2	2	20	0.20	0.80	0.13	0.25	0.05	0.45	1.58	No	No
3	3	30	0.30	0.70	0.14	0.28	0.02	0.58	2.07	Si	Si
4	1	10	0.10	0.90	0.09	0.19	0.09	0.29	1.05	No	No
5	1	10	0.10	0.90	0.09	0.19	0.09	0.29	1.05	No	No
Total	10	100	1								

Cuadro 7. Infancia

item	f	%	P	Q	Gp	E	Li	Ls	Rc	Sig	Fiab
1	2	20	0.20	0.80	0.1	0.25	0.05	0.45	1.58	No	No
2	2	20	0.20	0.80	0.1	0.25	0.05	0.45	1.58	No	No
3	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0	No	No
4	1	10	0.10	0.90	0.1	0.19	0.09	0.29	1.05	No	No
5	5	50	0.50	0.50	0.2	0.31	0.19	0.81	3.16	Si	Si
Total	10	100	1								

Cuadro 8. Relación de Pareja

item	f	%	P	Q	Gp	E	Li	Ls	Rc	Sig	Fiab
1	3	30	0.30	0.70	0.1	0.28	0.02	0.58	2.07	Si	Si
2	1	10	0.10	0.90	0.1	0.19	0.09	0.29	1.05	No	No
3	3	30	0.30	0.70	0.1	0.28	0.02	0.58	2.07	Si	Si
4	1	10	0.10	0.90	0.1	0.19	0.09	0.29	1.05	No	No
5	2	20	0.20	0.80	0.1	0.25	0.05	0.45	1.58	No	No
Total	10	100	1								

Cuadro 9. Relación Madre-hijo

item	f	%	P	Q	Gp	E	Li	Ls	Rc	Sig	Fiab
1	1	10	0.10	0.90	0.1	0.19	0.09	0.29	1.05	No	No
2	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0	No	No
3	3	30	0.30	0.70	0.1	0.28	0.02	0.58	2.07	Si	Si
4	2	20	0.20	0.80	0.1	0.25	-0.5	0.45	1.58	No	No
5	4	40	0.40	0.60	0.2	0.30	0.10	0.70	2.58	Si	Si
Total	10	100	1								

Cuadro 10. Aspecto Social

Item	f	%	P	Q	Gp	E	Li	Ls	Rc	Sig	Fiab
1	1	10	0.10	0.90	0.1	0.19	-0.09	0.29	1.05	No	No
2	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0	No	No
3	1	10	0.10	0.90	0.1	0.19	-0.09	0.29	1.05	No	No
4	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0	No	No
5	8	80	0.80	0.20	0.1	0.25	0.55	1.05	6.32	Si	Si
Total	10	100	1								