

213
2es.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE PSICOLOGIA

"ACTITUDES HACIA LA DEPRESION
EN PAREJAS DE PACIENTES DEPRIMIDOS
Y SU INFLUENCIA EN LA EVOLUCION
DEL PADECIMIENTO"

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO • EN • PSICOLOGIA
P R E S E N T A
AMERICA • PERRUSQUIA • CASTRO

DIRECTOR DE TESIS: LIC. MA. ASUNCION VALENZUELA COTA
ASESOR METODOLOGICO: LIC. RAUL TENORIO RAMIREZ



MEXICO, D.F.

1998

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

259414



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**ACTITUDES HACIA LA DEPRESION EN PAREJAS DE PACIENTES
DEPRIMIDOS Y SU INFLUENCIA EN LA EVOLUCION DEL PADECIMIENTO**

AMERICA PERRUSQUIA CASTRO

DIRECTORA DE TESIS: PSIC. MA. ASUNCION VALENZUELA COTA.

ASESOR METODOLOGICO: PSIC. RAUL TENORIO RAMIREZ.

MEXICO, D.F. ENERO DE 1998.

Agradezco infinitamente su apoyo y contribución para la conclusión de la presente tesis:

A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO, ESPECIALMENTE A MIS MAESTROS DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA POR LA ENSEÑANZA DE SUS VALIOSOS CONOCIMIENTOS.

Al personal Médico, Paramédico y Administrativo del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos del ISSSTE, especialmente a la Dra. Ma del Pilar Somohano Montero, Subdirectora Médica; y al Dr. Alejandro Lloret Rivas, Jefe de Investigación en la Coordinación de Capacitación, Desarrollo e Investigación -CCAPADESI- ; en el año 1995; por todas las facilidades, asesoramiento, apoyo y aportaciones a la presente.

Al departamento de Becas de la Fundación UNAM, especialmente al Lic. Jorge Alvarez; por el apoyo económico que me fue otorgado.

Al Instituto Nacional de Salud Mental -InSaMe- DIF, por la impresión de los ejemplares y el presente apoyo.

A MI FAMILIA, COMPAÑEROS Y AMIGOS, POR TODA LA MOTIVACIÓN, RESPETO Y COMPENSIÓN EN LOS MOMENTOS MÁS DETERMINANTES.

A "Daddy", por sus originales ideas, su apoyo; pero sobre todo por su sincera amistad e infinita paciencia.

Gracias.

INDICE

	Pág.
I. RESUMEN	5
II. INTRODUCCIÓN	6
III. MARCO TEÓRICO	9
CAPITULO 1 DEPRESIÓN	9
1.1 Historia.	11
1.2 Concepto y clasificación de la depresión.	11
*Depresión	11
*Trastornos del humor (Episodios depresivos)	15
*Depresión neurótica o Distimia	17
*Otros trastornos del humor	17
*Reacción depresiva breve	17
*Reacción depresiva prolongada	18
*Depresión no clasificada en otra parte	18
*Duelo normal	18
*Duelo patológico	19
*Melancolía	19
1.3 Causas de la depresión.	19
*Causas orgánicas	20
*Causas psicológicas: Causas determinantes y desencadenantes	20
1.4 Cuadro clínico.	21
*Trastornos en la afectividad	21
*Trastornos cognitivos	22
*Trastornos de la conducta	23
*Trastornos somáticos	23
1.5 Tratamiento.	23
*Tratamientos psicológicos	23
*Tratamientos somáticos	29
1.6 Relación entre los estados depresivos y los estados de ansiedad.	31
1.6.1 Curso y pronóstico.	31

CAPITULO 2 ACTITUDES	32
2.0 Introducción	32
2.1 Conceptos	32
2.2 Componentes de las actitudes	33
2.3 Funciones de las actitudes	33
2.4 Organización de las actitudes	34
2.5 Variables de influencia en el cambio de actitudes	35
2.6 Investigaciones en el campo de las actitudes hacia la enfermedad mental, incluyendo a la depresión.	36
2.7 Actitudes en la depresión	36
2.8 Intervención en las actitudes	37
CAPITULO 3 PAREJA Y DEPRESIÓN	39
3.1 Generalidades de pareja	39
3.2 Psicopatología y pareja	40
3.3 Depresión y actitudes en la pareja	41
CAPITULO 4 PSICOLOGÍA CLÍNICA Y SALUD PUBLICA: EL CASO DE LA DEPRESIÓN. PROPUESTA PARA LA INVESTIGACIÓN	46
4.1 Psicología clínica	46
4.2 Salud Pública	47
4.3 El enfoque pragmático de la educación sanitaria en adultos	47
4.4 Taller de Orientación para la Pareja del Paciente Deprimido -TOPPD- . Propuesta psicodidáctica y psicoprofiláctica, paralela al tratamiento farmacológico para la depresión.	48
4.4.1 Justificación	48
4.4.2 Antecedentes	49
4.4.3 Propuesta	50
4.4.3.1 Objetivos	51
4.4.3.2 Actividades, estrategias y técnicas	51

IV. MÉTODO	52
PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	52
HIPÓTESIS	53
Hipótesis Conceptual	53
Hipótesis de trabajo	53
Hipótesis estadísticas	53
VARIABLES	54
Definición conceptual	54
Definición operacional	55
SUJETOS	56
MUESTREO	56
TIPO DE ESTUDIO	57
DISEÑO	57
TECNICAS E INSTRUMENTOS	57
PROCEDIMIENTO	60
ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE DATOS	62
1. Análisis de la escala de actitud hacia la depresión.	62
2. Análisis de los grupos control y experimental.	65
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	70
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	76
ANEXOS	81
1. Tablas de estudio de incidencia epidemiológica del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos del ISSSTE en 1994.	81
2. Escalas de Actitud Hacia la Depresión	82
a) Descripción de la Escala de Actitud Hacia la Depresión	82
b) Primer formato (30 reactivos) para 1er. Piloteo en 150 sujetos	83
c) Segundo formato (27 reactivos) para 2º piloteo en 79 sujetos	85

d) tercer formato (22 reactivos) Escala definitiva	87
e) Escala de actitud hacia la enfermedad mental de Steffany D.	89
3.Tabla A. Carta descriptiva: contenido temático del taller	95
4.Taller de Orientación para Parejas de Pacientes Deprimidos -TOPPD- contenido del taller	96
5.Hoja de criterios para la selección de pacientes.	105
6.Formato para el registro de los pacientes seleccionados.	106
7.Manual informativo de la depresión en la pareja.	107

ACTITUDES HACIA LA DEPRESIÓN EN PAREJAS DE PACIENTES DEPRIMIDOS Y SU INFLUENCIA EN LA EVOLUCIÓN DEL PADECIMIENTO

PERRUSQUÍA CASTRO AMÉRICA

I. RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue disminuir la sintomatología de los pacientes deprimidos, promoviendo en sus cónyuges un cambio de actitudes por medio de un taller de Orientación.

Para medir la depresión de los pacientes se utilizó la escala autoaplicable ZUNG, y para medir la actitud de los cónyuges se construyó la Escala de Actitud Hacia la Depresión -EAHD-; evaluando en forma pre-postest la evolución sintomática de 10 pacientes diagnosticados con depresión no psicótica, y la actitud hacia la depresión de sus respectivas parejas (N=20 Ss). De cada uno de estos grupos (pacientes/cónyuges), se asignó la mitad de los sujetos para formar los grupos experimental y control; en donde; los cónyuges del grupo experimental participaron en el Taller de Orientación para la Pareja del Paciente Deprimido -TOPPD-.

Para obtener los resultados estadísticos se utilizaron además de los estadígrafos, el coeficiente de correlación r de Spearman; para conocer la relación existente entre la depresión del paciente y la actitud de su cónyuge; y la prueba U de Mann-Whitney, para encontrar diferencias entre los grupos experimental y control: 1) en la depresión de los pacientes, y 2) en la actitud de los cónyuges.

Se encontró, que hubo diferencias estadísticamente significativas en los grupos experimental y control, en cuanto a la depresión de los pacientes, y que incluso, ésta disminuyó considerablemente en el grupo experimental. No siendo así para las otras dos hipótesis. Además, en el análisis de la Escala de Actitud Hacia la Depresión, se encontró que de acuerdo con la población general, la depresión no es una patología tan estigmatizada como lo son otras enfermedades mentales, y su *curación* es considerada como altamente probable. Sin embargo, en cuanto a la responsabilidad de la persistencia y complicaciones de la patología, se responsabiliza directamente al paciente "*por no tener la fuerza de voluntad*" para rehabilitarse.

II. INTRODUCCIÓN

La depresión es un padecimiento de elevada incidencia mundial, se calcula que la prevalencia de casos puede oscilar entre los 120 y 200 millones; lo que supone una tasa bruta del 3 al 4% (Martí-Murcia, 1988). Weisman y Myers dan un porcentaje del 6.8%, que desglosan entre depresiones *mayor* 4.3% y depresiones *menor* 2.5%.

A partir de un estudio de incidencia de los trastornos mentales en el servicio de psiquiatría del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos (H.R.A.L.M.) del ISSSTE, realizado en el año 1994 (se anexan cuadros), se encontró que en un total de 697 pacientes vistos por primera vez, la depresión no psicótica representa el 27.69% (N=193). De esta cifra, la depresión neurótica representa el 30.05% (N=58), la depresión reactiva prolongada ocupa el 24.35% (N=47), la depresión reactiva breve es igual al 5.70% (N=11), y los otros tipos de depresión no psicótica sin especificación ocupan el 39.90% (N=77).

El porcentaje encontrado en el estudio de incidencia del H.R.A.L.M. del ISSSTE, entre los 18 a 50 años dentro del diagnóstico de depresión no psicótica, representa el 54.92% (N=106).

Los factores demográficos de riesgo asociado al desorden afectivo depresivo: en cuanto a género encontramos que la estadística se eleva casi al doble para el sexo femenino; las cuales se encuentran entre los 18 y 44 años de edad; encontrando frecuentemente en su estado civil a: solteras, separadas, viudas o divorciadas (Beach y cols. 1990). En el estudio realizado en el H.R.A.L.M se encontró que de un total de 697 pacientes, el 36% (N=250) eran hombres y el 65% (N=447) mujeres; y que el 47% (N=334) de ellos se encontraban en un rango de edad de 18 a 50 años.

Pocos desórdenes han tenido tanto impacto en las relaciones interpersonales, como la depresión (González N. 1992). La sintomatología inherente a los estados depresivos (específicamente el aislamiento, irritabilidad, negativismo, etc.) provocan diversas reacciones de aquellos que conviven con el paciente deprimido, estas reacciones pueden ir desde la sobreprotección hasta la ira o el rechazo total (Gutierrez-Pozos 1983), (Jackson 1989), (Castañeda 1991), (Calderón N. 1987).

Dentro de las relaciones interpersonales que se llevan a cabo en diferentes etapas del desarrollo, es de interés especial, la que se forma en la etapa adulta: la pareja. Para madurar y desarrollarse, el ser humano necesita poseer diferentes parejas a lo largo de su existencia. El "otro" es parte esencial de nuestra existencia y sin él no podríamos sobrevivir, ni crecer, ni aprender. La pareja es fuente de enriquecimiento de la vida, pero también puede ser de enfermedad, desequilibrio y muerte (González N. 1992).

Beach, Sandeen, O'Leary (1990), que estudian la depresión en el matrimonio, están de acuerdo en que la relación matrimonial puede jugar un rol poderoso en el

desarrollo y mantenimiento de la depresión, así como también puede ser potencialmente útil, para promover la recuperación y mantenerla. La sintomatología depresiva, altera el comportamiento y las pautas establecidas dentro de la pareja que invariablemente tienden a crear malos entendidos entre los miembros de este particular grupo; y en consecuencia a estos problemas generadores de estrés aunado a su alteración afectiva, la evolución del paciente queda afectada.

En la literatura psiquiátrica existen claras pruebas de que las relaciones entre individuos deprimidos y sus parejas pueden ser problemáticas. Es ampliamente aceptado que vivir con una persona con problemas mentales y de comportamiento tiene una serie de consecuencias negativas tanto para el cónyuge como para la familia (Claussen y Yarrow 1995, citado en Wolman-Striker 1995). También muchos investigadores coinciden en que el *life event* más frecuente que precede al inicio de la depresión es un incremento de las disputas con la pareja (O'Leary y cols. 1994; Marble-Lenger 1985; Heikkinen y cols. 1994; Wolman-Stricker 1995). Los resultados recientes de investigaciones sugieren que la conducta de los cónyuges de los pacientes deprimidos podría influir tanto en el pronóstico clínico y en la respuesta al tratamiento como en la propia sintomatología y conducta del paciente. Es evidente por tanto, que las relaciones matrimoniales de los deprimidos se caracterizan por la tensión y la hostilidad, y que las interacciones negativas de la pareja pueden incrementar la probabilidad de recaída en los pacientes deprimidos.

Marmorstein (1983), también apoya lo anterior, haciendo la observación de que el enojo, la culpa y el miedo coexisten en la depresión. Este autor explica que el enojo es similar a la culpa, excepto porque la hostilidad se dirige a los demás, más que a uno mismo, y de esta manera puede no parecer tan devastador para la autoestima; y que la depresión es la causa principal del comportamiento hostil persistente, a la cual generalmente se responde con agresión; esta respuesta solo agrava el enojo de la persona hostil y contribuye al desarrollo de la propia ansiedad o depresión. Además, el mismo autor menciona que la depresión impide la comunicación con las personas que se dice más querer, y que la depresión-ansiedad son transmisibles, por lo que afecta a las personas que están cerca. Así mismo, la falta de comunicación, la insatisfacción y hostilidad, se interpretan como rechazo a la pareja; cuando en realidad son manifestaciones impersonales de la depresión. Es de vital interés enfatizar, que el desconocimiento de tan complicada psicopatología, determina considerablemente las reacciones y actitudes de las personas implicadas en el curso de la depresión.

Respecto al tratamiento de la depresión en la pareja, además de los tratamientos farmacológicos, somáticos y las diferentes psicoterapias; no son pocos los investigadores que apoyan las técnicas cognitivas-conductuales para el manejo de dichos pacientes. Este modelo propone entre otras cosas; el uso de técnicas educativas, que utilizan la información como medio sensibilizador del problema, provocando un cambio cognoscitivo y por lo tanto, un cambio de actitud en los participantes. (Buela-Casal 1991), (Kaplan 1989), (Castañeda 1991).

Por otra parte, cabe aclarar que dentro del campo de la salud, existen áreas de acción bien definidas; y que para la presente investigación es importante aclarar dicha área de acción, que en este caso es la Salud Pública. La Salud Pública es el conjunto de actividades organizadas de la comunidad, dirigidas a la promoción (fomento y protección) y a la restauración (asistencia y rehabilitación) de la salud de la población. Se trata de los esfuerzos organizados de la colectividad para fomentar y defender la salud de sus ciudadanos, y para recuperarla en los casos en los que se haya perdido. El saneamiento del medio, el control de las enfermedades transmisibles, la educación sanitaria, la organización de los servicios médicos y de enfermería; y el desarrollo de los mecanismos sociales; son los intermediarios para el cumplimiento de estas metas (Salleras 1990).

De acuerdo con lo anterior, cabe señalar que la prevención en sus diferentes niveles (primario, secundario y terciario) de las enfermedades psíquicas, psicofísicas, sociales y la readaptación de las personas con perturbaciones psíquicas, física y sociales; representan algunos de los objetivos de la psicología clínica (Schraml W. 1975).

También con la prevención, se cumplen objetivos de Salud Pública y Comunitaria, en cuanto a la promoción y restauración de la salud de la población, que es un patrimonio valorable de la comunidad y responsabilidad de los gobiernos.

En la actualidad existe muy poco material investigado en el campo de las actitudes por parte de los cónyuges y los familiares hacia la depresión, sin embargo; de acuerdo a los hechos anteriormente citados creemos acertado dirigir nuestros esfuerzos para trabajar en un nivel de intervención preventiva secundaria, hacia las actitudes de las parejas de los pacientes deprimidos.

Si se parte del hecho de que los factores demográficos de riesgo asociados a la depresión, como por ejemplo: el considerable aumento en la incidencia, el curso que puede tomar la patología como consecuencia de variables que pudieran ser controlables en el medio, la edad en la que se ubican los pacientes (generalmente considerada como la etapa más productiva de la vida), así como el tiempo de tratamiento (que tiende a incrementarse con las recaídas); los costos que implican estas variables serán considerablemente altos y causará una consecuente carga en la familia, sociedad y nación (Kleiman-Weissman 1992).

La presente investigación propone mejorar la evolución de los pacientes deprimidos a través de una intervención en sus parejas, con un Taller de Orientación para la Pareja del Paciente Deprimido -TOPPD-, el cual tiene como objetivo general, propiciar la alianza terapéutica que promueva un cambio de actitud en la pareja del paciente; favoreciendo de este modo la evolución del cuadro depresivo.

III. MARCO TEÓRICO

CAPITULO 1. DEPRESIÓN

1.1 HISTORIA

Melancolía , depresión, y otros términos relacionados con ellos, han venido refiriéndose durante más de dos milenios a toda una serie de diferentes estados de aflicción. En algún momento determinado de todos estos siglos, el término pudo denotar una enfermedad, un estado conflictivo suficientemente grave y duradero como para que se pensara en él como en algo que correspondía a una entidad clínica; en otros se ha podido utilizar para indicar un estado emocional de cierta duración, probablemente molesto, pero que no ha podido ser considerado como algo patológico, que no era una enfermedad; en otras ocasiones podría referirse a un temperamento o tipo de carácter con un determinado tono y una determinada disposición emocional, tampoco patológicos; en otras podría significar tan solo una forma de sentir de duración relativamente corta, de tono infeliz, pero difícilmente enfermiza. Estaba claro que los diferentes estados así denominados no respondían a estados mentales corrientes, sino a un amplio espectro mayor que el recubierto por el término enfermedad (Jackson 1989).

Todo ser humano llega a experimentar emociones como el desánimo, la aflicción, la tristeza, la desesperación; debidos a la desilusión material o interpersonal o por la separación o la pérdida. Reconocemos que muchos aspectos de estas experiencias afectivas están dentro del marco de lo normal, por poco frecuentes e infelices que sean. Sentirse melancólico o deprimido no supone necesariamente una enfermedad mental o un estado patológico. Sólo cuando estos sentimientos se prolongan o se agravan pueden empezar a verse como patológicos, e incluso entonces estos estados afectivos tendrán que ser acompañados de otros síntomas para que sean calificados como tales.

Respecto a lo saludable y lo patognómico, algunos autores tienen sus propias definiciones, por ejemplo; dice King (King 1954. Citado en Jackson 1989, pp.23): *"Enfermedad es el conjunto de aquellas condiciones que juzgadas por la cultura del momento, son tenidas por dolorosas o invalidantes, y que, al mismo tiempo, se desvían tanto de la norma estadística como de las categorías ideales. Su opuesto la salud, es un estado de bienestar que está de acuerdo con la norma estadística que parece especialmente deseable. Los estados ambientales (tanto externos como internos) que están íntimamente conectados con los ideales y normas son parte de la salud, aunque el público en general no los tenga en cuenta, mientras que los estados ambientales íntimamente conectados con la enfermedad son igualmente parte de ésta"*.

Cuando hablamos de una determinada enfermedad, el mismo autor dice: *"En este sentido más restringido, el término se refiere a un conjunto de factores que mas o menos se dan juntos y repetidamente, mas o menos los mismos, en sucesivos individuos..."*

Cada [enfermedad]... es un conjunto de factores y ningún factor por sí solo identifica una enfermedad, solo la repetición de una serie de acontecimientos de un conjunto de elementos combinados, en una determinada relación, que podemos etiquetar como enfermedad".

Según Jackson (1989), a través de los siglos han predominado dos ideas principales en cuanto al significado básico de este concepto. La enfermedad era o un ente determinado, algo que se había añadido a la persona sana para enfermarla, o una desviación de lo normal en que uno o más factores transforman el estado habitual de la persona y le producen sufrimiento. Las del primer grupo se han llamado habitualmente teorías ontológicas de la enfermedad, lo que implicaba "la autosuficiencia e independencia de la enfermedad que sigue un curso regular y que tiene su propia historia". Las del segundo grupo se han llamado frecuentemente teorías fisiológicas de la enfermedad, y a veces teorías reactivas, lo que implicaba reacciones corporales y desviaciones de la norma en respuesta a un agente patógeno.

Las teorías ontológicas van desde la posesión demoníaca, posesión por espíritus o por una divinidad; donde se describían ataques convulsivos (epilepsia), estados hiperactivos y de excitación (manías), reacciones de tristeza (depresión), graves perturbaciones del pensamiento racional (esquizofrenia), y temores sin fundamento (fobias); pasando por los seres hostiles de Paracelso y Van Helmont, por la cacería de brujas de la edad media; hasta algunas teorías bacteriológicas del siglo XIX.

La historia de las teorías fisiológicas comienza con la teoría humoral de los hipocráticos, Galeno y Areteo, que negaban que las enfermedades físicas y mentales tuvieran una explicación sobrenatural, proponiendo una explicación naturalista; posteriormente, en la medicina científica moderna aparecieron otras teorías fisiológicas de la enfermedad, pero, aún así, la cuestión básica de qué grado de desviación de lo normal era la enfermedad siguió siendo la misma. Más recientemente se han planteado muchos puntos de vista argumentados que defienden que todas las ideas de enfermedad son relativas en el sentido de que todas ellas están enraizadas en valores: en otras palabras, todas las normas para "medir" la salud y la enfermedad dependen de estos valores (Jackson 1989, Sheff 1970).

Jackson (1989), Szas (1974) y Foucault (1976); están de acuerdo en que la mayor parte de las culturas, lo mismo que en las diversas épocas de la historia, se reconocen algunos estados mentales como claramente inusitados. Por atípicos que fueran, no todos los estados mentales insólitos se han considerado como enfermedades. Muchas personas afectadas por estos estados ni se han pensado enfermas o con desórdenes mentales, ni nadie las ha visto como tales. Algunos han sido considerados como pecadores, cuyo estado mental alterado no era sino un reflejo de sus pecados. Otros fueron considerados profetas santos o místicos y fueron honrados como tales en vez de recibir un tratamiento.

Desde los escritos hipocráticos hasta la actualidad, hay claros indicios de que la tristeza o aflicción era un rasgo fundamental de los estados depresivos, pero también eran comunes la irritabilidad y la tendencia a huir de otras gentes. Los 'otros' del mundo de alrededor de la persona gravemente afligida, se han encontrado frente a una serie de expresiones de aflicción, fueran éstas explícitas o mudas, de peticiones de cuidado y alimento a irritantes exigencias de atención y 'provisiones'. Y estos otros a su vez, se han visto obligados a reaccionar dentro de una gama de respuestas que va de la ayuda condescendiente a respuestas irritadas y de rechazo o exhortaciones duras. Con demasiada frecuencia la persona perturbada ha evocado una respuesta hasta cierto punto interesada, pero, más allá de ello, muchos se han retirado o han cambiado la naturaleza de su respuesta. (Jackson 1989).

La sintomatología inherente a la depresión, específicamente: el aislamiento, la irritabilidad, el negativismo, etc; siempre han provocado diversas reacciones en aquellos quienes conviven con la persona deprimida; estas reacciones puede variar de tonalidad, desde la preocupación y sobreprotección hasta la ira o el rechazo total (Gutierrez-Pozos 1983, Jackson 1989, Castañeda 1991, Calderón 1987).

1.2 CONCEPTO Y CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN.

La depresión es un tono afectivo de tristeza que puede variar desde un ligero sentimiento de minusvalía o indiferencia hasta una predisposición extrema hacia el suicidio (González N. 1993).

Toro-Yepes (1985, pp.189), también define a la depresión: *"como un afecto normal inherente a la naturaleza humana, primordialmente en situaciones de pérdidas. Desde el punto de vista patológico (la diferencia con lo normal sería básicamente cuantitativa), es un síndrome caracterizado por un sentimiento de tristeza, acompañado usualmente de inhibición psicomotora y asociado con ideas de autoacusación o minusvalía, lo mismo que a trastornos del apetito sueño y libido"*.

Algunos hablan de melancolía cuando el síndrome depresivo alcanza la máxima profundidad en la sintomatología, generalmente de proporciones psicóticas.

Para el tratamiento de un paciente con síntomas depresivos, primeramente debe excluirse una posible etiología orgánica. Este examen requiere una entrevista cuidadosa, revisión de sistemas y un examen físico completo. Ya que si bien, las formas típicas de la depresión son de relativo fácil diagnóstico, las muy frecuentes y variadas formas atípicas exigen una evaluación diagnóstica por un especialista competente.

Muchas veces los diversos autores se han preguntado si la depresión depende de causas externas o si se trata de alguna alteración del funcionamiento bioquímico del organismo, y aunque en algunos casos parece haber una relación, ésta no puede ser concluyente. Independientemente de que existan tales factores, no se excluye la coexistencia de factores psicológicos que la persona que sufre depresión integra a su personalidad matizándola de modalidades específicas, de forma tal que el medio ambiente, sus experiencias anteriores y los afectos asociados a éstas y a los hechos presentes se relacionan para que la persona experimente la depresión (González N. 1993).

En sí, la clasificación del síndrome depresivo siempre ha sido objeto de múltiples investigaciones y controversias, estableciéndose con frecuencia una diferencia entre las formas reactivas y las endógenas, primarias y secundarias, psicóticas y neuróticas.

Para Calderón (1987), se reconocen 2 principales tipos de síntomas depresivos, bajo distintos nombres: 1) depresión endógena o primaria, y 2) depresión exógena, reactiva o "neurótica".

La depresión endógena está caracterizada por las llamadas (a) manifestaciones neurovegetativas y (b) síntomas de pensamiento mórbido.

a) Las manifestaciones neurovegetativas son: anorexia, constipación, pérdida de peso, insomnio tardío (despertar muy temprano en la mañana), disminución o pérdida del apetito sexual, variación diurna del ánimo (la depresión es más intensa en la mañana y mejora en la tarde), anhedonia (pérdida en la capacidad de disfrutar), y retardo o agitación psicomotora.

b) Las manifestación del pensamiento o ideación mórbida son: sentimientos de auto-reproches y autoculpa, sentimientos de impotencia y desesperanza, sentimientos de minusvalía, ideación y deseos suicidas. En casos de depresión severa la ideación mórbida puede alcanzar proporciones psicóticas y manifestarse a través de ideas delirantes de culpa, enfermedad y pobreza.

El mismo autor subraya que los síntomas de depresión endógena, si bien pueden ser precipitados por factores externos, tienen un curso más autónomo y su fisiopatología es más de orden orgánico-funcional (genético bioquímico). En la depresión reactiva, es decir en respuesta a eventos externos, no se observan con frecuencia de manera consistente las manifestaciones vegetativas o de pensamiento mórbido. Más aún el paciente con síntomas de depresión "neurótica" responde a las manifestaciones de simpatía y de estímulo de parte de familiares y del médico, no así en el paciente deprimido endógeno quien es incapaz de una relación empática con otros. La anhedonia, un síntoma muy característico de la depresión endógena rara vez se presenta en la forma neurótica o reactiva. La depresión endógena es propia de los llamados trastornos afectivos primarios (enfermedad afectiva bipolar y unipolar).

En esta investigación se toma como referencia la clasificación establecida en la Clasificación Internacional de las Enfermedades Novena Revisión, CIE-9, debido a fines prácticos de la institución, de acuerdo con la cual a la *depresión no psicótica* le corresponderían los siguientes rubros:

A la *depresión neurótica* le correspondería el rubro:

300 Trastornos neuróticos:

300.4 Depresión neurótica.

Dentro del agrupamiento tentativo de la *depresión simple*, podrían incluirse los cuadros:

308 Reacción aguda al estrés:

308.0 Con trastorno predominante de las emociones (si son depresivas).

308.4 Mixtas (si incluyen depresión).

309 Reacciones de ajuste:

309.0 Reacción depresiva breve.

309.1 Reacción depresiva prolongada.

309.4 Con trastornos mixtos de las emociones y de la conducta (si hay depresión).

311 Trastorno depresivo no clasificado en otra parte:

En la Clasificación Internacional de Enfermedades décima revisión (CIE-10), las categorías que son de nuestro interés y que englobarían los diagnósticos de depresión no psicótica, no bipolar son las siguientes:

En la categoría principal Trastornos del Humor (afectivos) se encuentran:

F32 Episodios depresivos.

F32.0 Episodio depresivo leve:

.00 Sin síntomas somáticos.

.01 Con síntomas somáticos.

F32.1 Episodio depresivo moderado:

.10 Sin síntomas somáticos.

.11 Con síntomas somáticos.

F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.

(Con equivalencia en el DSM-IV a: 296.XX Trastorno depresivo mayor; y 296.2X Episodio único).

F32.8 Otros episodios depresivos.

F32.9 Episodio depresivo sin especificación.

(Con equivalencia en el DSM-IV a 311 Trastorno depresivo SOE).

F33 Trastorno depresivo recurrente.

F33.0 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve:

.00 Sin síntomas somáticos.

.01 Con síntomas somáticos.

- F33.1 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado:
 - .10 Sin síntomas somáticos.
 - .11 Con síntomas somáticos.
- F33.2 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos.
- F33.4 Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión.
- F33.8 Otros trastornos depresivos recurrentes.
(Con equivalencia en el DSM-IV a 296.3X Trastorno depresivo mayor recurrente).

F34 Trastornos del humor (afectivos) persistentes.

- F34.1 Distimia.
(Con equivalencia en el DSM-IV a 300.4 Trastorno distímico).
- F34.8 Otros trastornos del humor (afectivo) persistentes.
- F34.9 Trastorno del humor (afectivo) persistente sin especificación.

F38 Otros trastornos del humor (afectivos).

- F38.0 Otros trastornos del humor (afectivo) aislados:
 - .00 Episodio de trastorno del humor (afectivo) mixto.
- F38.1 Otros trastornos del humor (afectivos) recurrentes:
 - .10 Trastorno depresivo breve recurrente.
- F38.8 Otros trastornos del humor (afectivos).
(Con equivalencia en el DSM-IV a 296.90 Trastorno del estado de ánimo SOE; y 293.83 Trastorno del estado de ánimo debido a una entidad médica general).

En la categoría principal **Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos**, encontramos que los diagnósticos que pueden incluirse en la depresión no psicótica son:

F41 Otros trastornos de ansiedad.

- F41.2 Trastorno mixto ansioso-depresivo.

F43 Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación.

- F43.2 Trastornos de adaptación:
 - .20 Reacción depresiva breve.
 - .21 Reacción depresiva prolongada.
 - .22 Reacción mixta de ansiedad y depresión.
(Con equivalencia en el DSM-IV a: 309.0 Trastorno de adaptación con depresión del estado de ánimo; y 309.28 Trastorno de adaptación con angustia y estado de ánimo deprimido).

A continuación mencionaremos la definición conceptual de las depresiones de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, CIE-9 y 10 como no psicóticas y no bipolares, y su correspondencia con el Manual diagnóstico de las enfermedades Mentales, DSM-IV; las cuales son utilizadas para los fines de ésta investigación.

EPISODIOS DEPRESIVOS: (CIE-10) En los episodios depresivos típicos de cada una de las tres formas descritas: leve (F32.0), moderada (F32.1), o grave (F32.3), por lo general, el enfermo que las padece sufre de un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos:

- a) La disminución de la atención y concentración.
- b) La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- c) Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves).
- d) Una perspectiva sombría del futuro.
- e) Los pensamientos y los actos suicidas o de autoagresiones.
- f) Los trastornos del sueño.
- g) La pérdida del apetito.

La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondríacas. Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad habitualmente se requiere una duración al menos de dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.

Alguno de los síntomas anteriores pueden ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Los ejemplos más típicos de estos síntomas "somáticos" son: pérdida de interés o de la capacidad para disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras. Despertarse por la mañana dos o más horas antes de lo habitual. Empeoramiento matutino del humor depresivo. Presencia objetiva de inhibición o agitación psicomotrices claras (observadas o referidas por terceras personas). Pérdida marcada del apetito. Pérdida de peso (del orden del 5% o más del peso corporal en el último mes). Pérdida marcada de la libido. Este síndrome somático habitualmente no se considera presente al menos que cuatro o más de las anteriores características estén definitivamente presentes. *Incluye:* Episodios aislados de reacción depresiva, Depresión psicógena (F32.0, F32.1 o F32.2), Depresión reactiva (F32.0, F32.1 o F32.2), Depresión mayor (sin síntomas psicóticos).

Los episodios depresivos aquí mencionados, corresponderían a los **Trastornos Depresivos** del DSM-IV, que incluyen al: **Trastorno depresivo mayor 296.xx; Episodio único 296.2X; y Trastorno depresivo SOE 311.** El quinto dígito se registra con: .0 leve, .1 moderado, .2 grave sin síntomas psicóticos, .4 en remisión total o parcial, y .9 no especificado.

TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE: (CIE-10) Este trastorno se caracteriza por la aparición de episodios repetidos de depresión, que pueden presentar los rasgos de episodio depresivo leve (F32.0), moderado (F32.1) o grave (F32.2 y F32.3), pero sin antecedentes de episodios aislados de exaltación del estado de ánimo o aumento de la vitalidad suficientes para satisfacer las pautas de manía F30.1 y F30.2. No obstante, pueden haberse presentado episodios breves de elevación ligera del estado del ánimo o hiperactividad (que satisface las pautas de hipomanía F30.0) inmediatamente después de un episodio depresivo, a veces precipitados por el tratamiento antidepresivo. La edad de comienzo y la gravedad, duración y frecuencia de los episodios depresivos pueden ser muy variables. En general el primer episodio se presenta más tarde que en trastorno bipolar, situándose la edad media de comienzo en la quinta década de la vida. Los episodios también suelen tener una duración de tres a doce meses (duración media de seis meses), pero las recaídas son menos frecuentes. La recuperación suele ser completa; un pequeño número de enfermos queda crónicamente deprimido, en especial si se trata de personas de edad avanzada (en estos casos ha de utilizarse también esta categoría). A menudo acontecimientos vitales estresantes son capaces de precipitar episodios aislados con independencia de su gravedad y de muchas culturas son dos veces más frecuentes en las mujeres que en los varones, tanto los episodios aislados como cuando se trata de depresiones persistentes. En el DSM-IV corresponde a la clave 296.3X **Trastorno depresivo mayor recurrente**.

El riesgo de que un enfermo con un trastorno depresivo recurrente tenga un episodio de manía nunca desaparece totalmente, con independencia del número de episodios depresivos que haya tenido. Si se presentara un episodio maniaco debe cambiarse el diagnóstico a trastorno bipolar.

Incluye: Episodios recurrentes de: Reacción depresiva, Depresión psicógena*, Depresión reactiva, Trastorno afectivo estacional (F33.0 o F33.1). Episodios recurrentes de: Depresión endógena, Depresión mayor, Psicosis maniaco-depresiva (de tipo depresivo)*, Depresión psicótica psicógena o reactiva*, Depresión psicótica*, Depresión vital (F33.2 o F33.3*). (*Estos diagnósticos no se incluyen en la investigación).

TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS) PERSISTENTES: Para la CIE-10 se trata de una serie de trastornos persistentes del estado de ánimo, que suelen ser de intensidad fluctuante, en los que los episodios aislados son rara vez lo suficientemente intensos como para ser descritos como hipomaniacos o incluso como episodios depresivos leves. Dado que duran años y en algunos casos la mayor parte de la vida adulta del enfermo, suelen acarrear un considerable malestar y una serie de incapacidades. En algunos casos, sin embargo, episodios recurrentes o aislados de manía o de depresión, leve o grave, pueden superponerse a un trastorno afectivo persistente. Los trastornos afectivos persistentes se clasifican en esta sección en vez de con los trastornos de personalidad, porque estudios familiares han demostrado que existe una relación genética con los trastornos del humor (afectivos) y porque a veces responden a los mismos tratamientos que éstos. Se han descrito variedades de comienzo precoz y tardío de ciclofimia.

En los trastornos del humor (afectivos) persistentes F34, existen las subcategorías: F34.1 Distimia (300.4 DSM-IV), F34.8 Otros trastornos del humor (afectivos) persistentes, y F34.9 Trastorno del humor (afectivo) persistente sin especificación; que se describen a continuación:

DEPRESIÓN NEURÓTICA O DISTIMIA: En la CIE-9 y en el DSM-IV aparecen con la clave 300.4, se define como un trastorno neurótico caracterizado por depresión desproporcionada que se reconoce generalmente como consecutiva a una experiencia aflictiva; no comprende entre sus características las ideas delirantes, ni las alucinaciones y a menudo, hay preocupación por el trauma psíquico que precedió a la enfermedad, v.g. pérdida de una persona querida o de una propiedad. Es frecuente que se manifieste también ansiedad; por consiguiente, los estados mixtos de ansiedad y depresión, deberían ser incluidos en esta subcategoría.

La depresión neurótica se incluye en la CIE-10, en el apartado de Trastornos del humor (afectivos) persistentes con el código F34.1 **DISTIMIA**. Se denomina así a una depresión crónica del estado de ánimo que no se corresponde con la descripción o las pautas para el diagnóstico de un trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve o moderado (F33.0, F33.1), por su gravedad o por la duración de los episodios (aunque pueden haberse satisfecho las pautas para un episodio depresivo leve en el pasado, en especial al inicio del trastorno). La proporción entre las fases recortadas de depresión leve y los periodos intermedios de comparativa normalidad es muy variable. Los enfermos tienen a menudo días o semanas en los que refieren encontrarse bien, pero durante la mayor parte del tiempo (frecuentemente durante meses seguidos) se sienten cansados y deprimidos, todo les supone un esfuerzo y nada les satisface. Están meditabundos y quejumbrosos, duermen mal y se sienten incapaces de todo, aunque normalmente pueden hacer frente a las demandas básicas de la vida cotidiana. La distimia por lo tanto, tiene mucho en común con los conceptos de neurosis depresiva y depresión neurótica. si fuere necesario, puede especificarse si el comienzo es precoz (tuvo lugar durante la adolescencia o la tercera década de la vida) o tardío. *Incluye:* depresión ansiosa persistente, neurosis depresiva, trastorno de la personalidad depresiva, y depresión neurótica (de más de dos años de duración). *Excluye:* Depresión ansiosa leve o no persistente (F41.2), Reacción de duelo de menos de dos años de duración (F43.21, reacción depresiva prolongada), esquizofrenia residual (F20.5).

OTROS TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS) PERSISTENTES: La CIE-10 la considera una categoría residual para aquellos trastornos del humor (afectivos) persistentes que no son lo suficientemente graves o duraderos como para satisfacer las pautas de ciclotimia (F34.0) o distimia (F34.1) pero que sin embargo son clínicamente significativos. Algunos tipos de depresión antes llamados "neuróticos" se incluyen aquí, siempre y cuando no se satisfagan las pautas de ciclotimia o distimia o de episodio depresivo leve (F32.0) o moderado (F32.1).

REACCIÓN DEPRESIVA BREVE: En la CIE-9 (309.0) son estados de depresión no calificables como manícodepresivos, psicóticos, ni neuróticos, generalmente transitorios, en los cuales los síntomas depresivos están estrechamente relacionados en

tiempo y contenido con algún acontecimiento causante de tensión. En el CIE-10 la reacción depresiva breve (F43.20) aparece como un estado depresivo moderado y transitorio cuya duración no excede de un mes.

REACCIÓN DEPRESIVA PROLONGADA: En la CIE-9 (309.1) se describen como estados de depresión no calificables como maníacodepresivos, psicóticos, ni neuróticos, generalmente de larga duración, que casi siempre se desarrollan en conexión con exposición prolongada a experiencias que causan tensión. En la CIE-10 la reacción depresiva prolongada F43.21 se describe similarmente como, estado depresivo moderado que se presenta como respuesta a la exposición prolongada a una situación estresante, pero cuya duración no excede de los dos años.

La reacción depresiva breve y prolongada, aparecen en la CIE-10 y en el DSM-IV en la categoría F43 y 309.XX respectivamente, que corresponde a **Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación**. Esta sección se diferencia de otras porque incluyen trastornos que se identifican no sólo por la sintomatología y el curso, sino también por uno u otro de los factores siguientes: antecedentes de un acontecimiento biográfico, excepcionalmente estresante capaz de producir una reacción a estrés agudo o la presencia de un cambio vital significativo, que de lugar a situaciones desagradables persistentes que llevan a un trastorno de adaptación. Aunque situaciones de estrés psicosocial más leve ("acontecimientos vitales") puedan precipitar el comienzo o contribuir a la aparición de un amplio rango de trastornos clasificados en otras partes de esta clasificación, su importancia etiológica no siempre es clara y en cada caso se encontrará que dependen de factores individuales, a menudo propios de su idiosincrasia, tales como una vulnerabilidad específica. En otras palabras, el estrés no es un factor ni necesario ni suficiente para explicar la aparición y forma del trastorno. Por el contrario, los trastornos agrupados en esta categoría aparecen siempre como una consecuencia directa de un estrés agudo grave o de una situación traumática sostenida. El acontecimiento estresante o las circunstancias desagradables persistentes son un factor primario y primordial, de tal manera que en su ausencia no se hubiera producido el trastorno.

TRASTORNO DEPRESIVO NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE: En la CIE-9 y DSM-IV aparece con la clave 311; para la CIE-10 corresponde la F32.9. Es un estado de depresión de intensidad moderada casi siempre, algunas veces acentuado, que no tiene características específicamente maníacodepresivas o de otra depresión psicótica y que parece no estar asociada con acontecimientos generadores de tensión ni muestra otros aspectos específicos de la depresión neurótica.

DUELO NORMAL: Quien ha sufrido una pérdida y se encuentra padeciendo el proceso normal de duelo, está objetiva y subjetivamente desinteresado por el mundo externo. A medida que pasa el tiempo, se vuelven a valorar (recatectizando) los objetos del mundo externo. Hay un sentimiento de pena por la pérdida sufrida, el mundo externo se ve vacío y distinto, la pérdida es consciente. La recuperación es paulatina y a través de la revalorización de los objetos externos y de una reestructuración de la realidad externa e

interna; se acepta la pérdida como una situación tangible y objetiva. El proceso de duelo normal debe resolverse en un lapso no mayor de seis meses. Este proceso incluye en síntesis las siguientes 4 fases anteriormente descritas: 1) Negación, 2) Ambivalencia (idealización-agresión) y retirada de catexis del mundo exterior, 3) Introyección donde por *identificación* se conserva al objeto amado, o se experimenta *culpa* por destruir al objeto odiado; y 4) Búsqueda de sustitutos, para que éstos cubran las funciones que hacía el objeto perdido, con el cual se enoja porque no puede cubrirlas. (Seminario de psicopatología SAPTEL-Cruz Roja Mexicana 1993).

DUELO PATOLÓGICO: Además del ya mencionado desinterés por el mundo externo, que ha perdido significación, se agrega un sentimiento de culpa por la muerte del otro o por la pérdida sufrida que no tiene justificaciones en la realidad. Se intenta, por otra parte negar la pérdida y pueden aparecer aspectos de las defensas maniacas. Puede presentar síntomas hipocondríacos de las enfermedades padecidas por el muerto. El objeto perdido no es visto en su dimensión de realidad, sus aspectos positivos y negativos se exaltan y es notoria la ambivalencia que obviamente hace muy confusos los sentimientos experimentados. Esto incrementa la culpa por la falta adecuada de separación entre sentimientos hostiles y de amor. El proceso de duelo se vuelve patológico si no se han resuelto las etapas del mismo en un lapso mayor de seis meses. (Velasco-Steimberg 1993).

MELANCOLÍA: El desinterés por el mundo exterior es más intenso que en el duelo normal y patológico. Se agrega la penosa vivencia del mundo interno vacío, carente de significación, falta de posibilidades de amor. La inhibición de todas las funciones es muy intensa (abulia y astenia). La pérdida a pesar de ser a veces ubicada en el mundo externo, es sentida fundamentalmente como una pérdida en el propio yo. Desde el punto de vista económico, hay una retracción de la libido objetal. Se reemplaza una carga de objeto por una identificación, y así la libido se retrae a un objeto de elección narcisística situado dentro del yo. Este nivel de depresión se encuentra preferentemente en el período de estado de la psicosis maniaco-depresiva, aunque también puede verse en una depresión reactiva, dependiendo especialmente del tipo de pérdida y de la personalidad. (Velasco-Steimberg 1993).

Dice González Núñez (1993): "La diferencia entre un duelo normal y la melancolía está en el hecho de que en el duelo normal la persona puede reestablecer sus objetos y en la melancolía no lo logra".

1.3 CAUSAS DE LA DEPRESIÓN.

La etiología de la depresión es multifactorial, con predominio de algunos agentes predisponentes y determinantes sobre otros según el cuadro (Calderón 1987, Kaplan-Sadock 1989).

Según Toro (1985), las causas orgánicas predominan en las depresiones psicóticas, y se mencionan a continuación:

CAUSAS ORGÁNICAS

POR USO DE DROGAS: Por ejemplo; Hipotensores, Neurolépticos, Digital, Metildopa, Sedantes, Diuréticos, Propanolol, Barbitúricos, Reserpina, Anfetamina, Esteroides, Guanetidina, Cocaína, Contraceptivos, Alcohol, Antabuse.

POR TRASTORNOS ENDOCRINOS: Como, Hipotiroidismo (frecuente), Enfermedad de Addison, Hipertiroidismo (rara), Hipopituitarismo, Diabetes, Hiperparatiroidismo.

POR NEOPLASIAS: Como, Cáncer del páncreas, Tumores retroperitoneales (Linfomas), Carcinomatosis, Tumor cerebral.

OTRAS CAUSAS ORGÁNICAS: Como: Mononucleosis, Esclerosis múltiple, Hepatitis viral, Lupus eritematoso, Estados carenciales, Demencias degenerativas, Depresión post parto.

CAUSAS PSICOLÓGICAS.

Para Calderón (1987) las causas psicológicas pueden intervenir en la génesis de cualquier tipo de depresión, pero son especialmente importantes en la depresión neurótica. Como en casi todas las neurosis, los factores emocionales desempeñan un papel preponderante, presentándose desde los primeros años de vida, determinando rasgos de personalidad tan profundamente enraizados en el modo de ser de los individuos, que algunos psiquiatras se refieren a ellos como rasgos constitucionales.

Las teorías psicológicas de la depresión se basan principalmente en enfoques psicoanalíticos, cognoscitivos y de aprendizaje. Las formulaciones psicoanalíticas subrayan una identificación inconsciente con un ser amado cuya deserción hizo que el individuo redirigiera su ira hacia sí mismo. La teoría cognoscitiva de Beck atribuye un significado causal a ciertos tipos de pensamiento ilógico, es decir, a la forma en cómo se procesa la información. Los teóricos del aprendizaje hacen hincapié tanto en las bajas frecuencias de reforzamiento positivo, como en el concepto de sentimiento de impotencia aprendido.

CAUSAS DETERMINANTES: Parece que la separación y la pérdida de personas amadas en la niñez producen depresiones infantiles y predisponen al sufrimiento en la vida adulta. De acuerdo con lo anterior, también existe la creencia de que casi todos los patrones neuróticos se derivan de conflictos y actitudes afectivas que aparecen desde la niñez y que, para entender la neurosis de un paciente se deben relacionar los síntomas del enfermo con alguna situación problemática que no fue resuelta en la infancia. En esta misma línea, generalmente las personas depresivas, provienen de una familia con rasgos depresivos, en donde uno de los progenitores ha muerto o está separado de la pareja. En otras ocasiones, los padres depositan en el hijo altas expectativas, de tal

manera que éste siente que el éxito está ligado al cariño; sin embargo, las metas se hacen inalcanzables y el dolor narcisista insoportable. Una de las raíces más importantes en la depresión es algún tipo de pérdida o rechazo sufrido por el sujeto (Calderón 1987, Toro-Yepes 1991, González 1993).

CAUSAS DESENCADENANTES: Entre las causas inmediatas de la neurosis, con frecuencia se encuentran la necesidad de reprimir, distorsionar o desplazar sentimientos de hostilidad, y los impulsos coercitivos de sexualidad y dependencia. Cuando intervienen estos factores entran en conflicto con la personalidad del paciente, produciéndole angustia. Esta angustia engendrada por un superyo demasiado severo y exigente, al ser estimulada por una situación externa, puede movilizar defensas de la personalidad que constituyen los síntomas neuróticos. Entre las causas desencadenantes más comunes que precipitan una depresión, están: las carencias y frustraciones que van más allá de los límites de tolerancia individual, la pérdida de amor o apoyo emocional, fracasos personales o económicos, pérdida de poder, pérdida de la salud, responsabilidades nuevas (Calderón 1987, González Núñez 1993).

1.4 CUADRO CLÍNICO.

La depresión manifiesta su sintomatología en diferentes esferas que integran la personalidad del individuo que la padece, alterando sus funciones, así como a su organismo; Calderón (1987) nos ofrece el siguiente cuadro descriptivo:

TRASTORNOS EN LA AFECTIVIDAD

<i>Síntoma</i>	<i>Manifestaciones</i>
Indiferencia afectiva	Disminución o pérdida de intereses vitales.
Tristeza	Con o sin tendencia al llanto. Ausente en las depresiones "sonrientes".
Inseguridad	Dificultad para tomar decisiones.
Pesimismo	Enfoque vital derrotista, da origen a dependencia a los demás.
Miedo	Específico o indiferenciado, en ocasiones absurdo.
Ansiedad	Más intensa en la mañana, puede ser confundida con síntoma depresivo.
Irritabilidad	Con agresividad que da origen a problemas familiares y laborales.

TRASTORNO COGNOSCITIVOS.

<i>Sintoma</i>	<i>Manifestaciones</i>
Sensopercepción disminuida	Mala captación de los estímulos.
Trastornos de memoria	Dificultad para la evocación.
Disminución de la atención	Mala fijación de los hechos de la vida cotidiana.
Disminución de la comprensión	Dificultad de comunicación.
Ideas de culpa o de fracaso	Autodevaluación. Incapacidad de enfrentamiento.
Pensamiento obsesivo	Ideas o recuerdos repetitivos molestos.

TRASTORNOS DE CONDUCTA.

<i>Sintoma</i>	<i>Manifestaciones</i>
Actividad disminuida	Descuido de sus obligaciones y de su aseo personal.
Productividad disminuida	Mal rendimiento en el trabajo.
Impulsos suicidas	Ideas o intentos de privarse de la vida.
Impulsos a la ingestión drogas	Tendencia a beber alcohol o a utilizar otras drogas como un mecanismo de escape de la ansiedad.

TRASTORNOS SOMÁTICOS.

<i>Sintoma</i>	<i>Manifestaciones</i>
Trastornos en el sueño	Insomnio que se presenta al principio o al final del período de descanso. Dormir inquieto. Hipersomnía.
Trastornos en el apetito	Anorexia que puede originar pérdida importante de peso. Hambre compulsiva.
Disminución de la libido	Debilitamiento o desaparición del deseo sexual.
Cefalea tensional	Afecta de preferencia a los músculos de la nuca y a los temporales.

Trastornos digestivos	Dispepsia, aerofagia, meteorismo, náuseas.
Trastornos cardiovasculares	Trastornos de la frecuencia o el ritmo cardiaco, disnea suspirosa, etc.
Otros	Mareos, prurito, alopecia, etc.

1.5 TRATAMIENTO.

ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS PARA LA DEPRESIÓN

1. TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

- *Terapia psicodinámica
- *Terapia interpersonal
- *Terapia conductual
- *Terapia cognitivo-conductual
- *Terapia marital y familiar
- *Terapia de grupo

2. TRATAMIENTOS SOMÁTICOS

- *Fármacos antidepresivos
- *Terapia electroconvulsiva
- *Supresión del sueño
- *Terapia de luz

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

El tratamiento psicoterapéutico es una forma de manejo de la depresión, por medio de éste se logra la recuperación del paciente a través del análisis e interpretación de los factores emocionales involucrados en el trastorno o bien en la modificación de la forma como el paciente percibe sus problemas para proceder entonces a modificar conductas o actitudes depresivas.

TERAPIA PSICODINAMICA: En su obra *Mourning and Melancholia*, Freud (citado en Kaplan 1989) describió que la vulnerabilidad a la depresión producida por una decepción interpersonal al comienzo de la vida determinó unas futuras relaciones amorosas caracterizadas por la ambivalencia. Las pérdidas interpersonales reales o amenazadas en la vida adulta desencadenan una lucha autodestructiva en el yo que se manifestaría como depresión.

Esta teoría fue refinada significativamente por otros psicoanalistas que formularon una descripción de la personalidad tendiente a la depresión como una personalidad necesitada de constante seguridad, amor y admiración. Estos individuos son anormalmente dependientes de los demás en la gratificación narcisista y el mantenimiento de la autoestima. La frustración de las necesidades de dependencia determina una lesión de la autoestima y la posterior depresión. Posteriormente, esta noción fue ampliada para incluir a cualquier individuo con un frágil sistema de autoestima.

Otro enfoque dinámico se centró en los aspectos cognitivos, subrayando un reconocimiento de la disparidad entre la situación real e ideal de uno. Esta constatación determina una sensación de desamparo e impotencia y, posteriormente, depresión.

Es común a todas las contribuciones psicoanalíticas la alteración de las relaciones interpersonales en la primera niñez, que habitualmente suponen una pérdida o decepción. Esta experiencia altera las posteriores relaciones interpersonales y hace al individuo especialmente vulnerable a las decepciones y pérdidas interpersonales en un momento posterior de la vida.

En general, el objetivo de la psicoterapia psicoanalítica es producir un cambio de la estructura de la personalidad o carácter, y no solamente aliviar los síntomas. La mejora de la confianza interpersonal, la intimidad y la creatividad, de los mecanismos defensivos, de la capacidad de experimentar una amplia gama de emociones y de la capacidad de apenarse son algunos de los objetivos. Recientemente se han desarrollado varios enfoques basados en principios psicoanalíticos, que se han utilizado en el tratamiento de la depresión. Pretenden reducir la sintomatología, resolver las neurosis y mejorar la calidad de vida del paciente.

En los criterios de selección de los pacientes, se consideran importantes la conciencia psicológica y la inteligencia, los individuos deberían ser capaces de introspección y de establecer una conexión entre pensamientos, sentimientos y conducta. Debe tener una fuerte motivación para cambiar, así como flexibilidad; esta motivación puede comprobarse evaluando la respuesta del paciente a las interpretaciones al comienzo de la terapia. Por último, precisa capacidad de tolerar la ansiedad y la frustración. Obviamente, los criterios determinan a los candidatos más deseables, susceptibles a una terapia verbal.

Entre las técnicas específicas utilizadas en estos enfoques figuran la interpretación activa de la transferencia, la identificación y el énfasis en un foco dinámico específico, la colaboración activa entre paciente y terapeuta, y el desaliento de la regresión.

Kaplan (1989) y Davison (1983) consideran que son casi nulos los datos sobre la eficacia de los enfoques psicoanalíticos breves para el tratamiento de la depresión. Según Kaplan (1989), no se han presentado estudios que hayan comprobado un enfoque con los apropiados grupos control, en los que se utilizase a pacientes que

satisficiesen los criterios de episodio depresivo mayor del DSMIII y una evaluación independiente de los resultados. Y que en parte, esta omisión se debe a que los creadores de estas estrategias subrayan los conceptos psicoanalíticos en vez de las categorías diagnósticas empíricas.

TERAPIA INTERPERSONAL: La terapia interpersonal (TIP) fue desarrollada por Gerald Klerman y Mirna Weissman como parte de su investigación sobre la naturaleza y tratamiento de la depresión. La base teórica de la TIP incluye la obra de Adolf Meyer y Harry Stack Sullivan y el enfoque psicobiológico de Meyer, el cual subrayaba la interacción del individuo y el medio psicosocial durante todo su curso vital. Una segunda influencia importante fueron los estudios de Bowlby acerca de la vinculación, donde se demostraba la importancia de la vinculación y la relación social para el funcionamiento humano, así como la conexión entre la alteración de estos vínculos y la vulnerabilidad a la depresión. En la TIP, la depresión se conceptualiza desde el punto de vista médico. La depresión es considerada como algo que le sucede al individuo y que exige tratamiento. La persona deprimida puede asumir el papel de enfermo y no ser culpada por su enfermedad. Esta cuestión de la atribución de culpa es muy importante. En muchos otros enfoques se concibe la depresión como algo producido por uno mismo y de lo que uno tiene que liberarse.

El enfoque de la depresión de la TIP supone tres componentes interactivos: formación de síntomas, experiencias sociales e interpersonales y pautas de personalidad duraderas. En la TIP, a menudo se recomienda la medicación para la reducción de síntomas, y la psicoterapia está enfocada a la mejora de vida interpersonal del paciente. Aunque la etiología puede variar con respecto a la vulnerabilidad biológica o las predisposiciones de la personalidad, la depresión siempre tiene lugar en un contexto psicosocial e interpersonal. La depresión puede predisponer al paciente a los problemas interpersonales o los problemas interpersonales pueden precipitar una depresión. Por ello, el enfoque interpersonal del proceso de tratamiento es esencial para la recuperación sintomática.

El primero de los dos objetivos de la TIP es reducir los síntomas y mejorar la autoestima. El segundo es ayudar al paciente a desarrollar estrategias más efectivas para afrontar las relaciones sociales e interpersonales.

La TIP es una psicoterapia breve, que normalmente consiste en un número de sesiones semanales (de 12 a 16), y fue desarrollada específicamente para el tratamiento de las depresiones ambulatorias no psicóticas y no bipolares. No se abordan en la terapia los fenómenos intrapsíquicos, como los mecanismos de defensa o los conflictos internos. Pueden abordarse las conductas discretas, como la falta de energía, facultades sociales o el pensamiento desordenado, pero sólo en el contexto de su significación o efecto sobre las relaciones interpersonales.

Para la reducción de síntomas se utiliza un enfoque educacional. Se informa al paciente sobre la naturaleza del síndrome clínico de la depresión incluidos sus componentes y curso. La estrategia general para ayudar al paciente a afrontar más

efectivamente los problemas interpersonales actuales, supone establecer un área problemática de las cuestiones intrapersonales del paciente. La TIP define cuatro principales zonas de problemas comúnmente presentados por los pacientes deprimidos y destaca los objetivos terapéuticos y las estrategias de tratamiento recomendadas para cada una de ellas. Estas áreas son: 1) el duelo; 2) las disputas interpersonales; 3) Las transiciones de rol; y 4) los déficit interpersonales.

Las técnicas específicas pueden utilizarse en cualquiera de las cuatro áreas de problemas interpersonales. En el orden general de uso a lo largo del tratamiento, incluyen: 1) técnicas exploratorias; 2) fomento del afecto; 3) clarificación; 4) análisis de la comunicación; 5) uso de la relación terapéutica; y 6) técnicas de cambio conductual.

Dos pruebas clínicas controladas -un estudio de tratamiento agudo con hombres y mujeres deprimidas en fase de recuperación- han demostrado que la TIP es superior a un grupo de control con tratamiento no activo. Ambos estudios han demostrado que la TIP en combinación con la Amitriptilina era más efectiva que ambos tratamientos por sí solos. En el estudio de mantenimiento, se halló que la TIP mejoraba el funcionamiento social en los pacientes que habían sido sometidos a 8 meses de tratamiento, sin sufrir recaída.

ENFOQUE CONDUCTUAL: La introducción del enfoque conductual de la depresión tuvo lugar en 1965 con el análisis de la depresión realizado por Fester, quien propuso que la depresión es causada por una pérdida de reforzamiento positivo. La pérdida del suministro habitual de reforzamiento puede deberse a sucesos como una separación, muerte o un súbito cambio ambiental, y esta pérdida determina una reducción de todo el repertorio conductual, así como de conductas depresivas y sentimientos disfóricos. Esta idea de depresión es central a todos los enfoques conductuales. Se cree que un cambio en el ritmo de reforzamiento es un factor clave de origen, mantenimiento y tratamiento de la depresión. Este cambio puede tener lugar cuando hay una falta de reforzantes o cuando los existentes no son contingentes con respecto a la conducta de la persona. Fester también propuso que un déficit de las facultades sociales, caracterizado por la dificultad en obtener el reforzamiento social, podía hacer más difícil afrontar la pérdida de suministro habitual de reforzamiento. El papel de los déficit de las facultades sociales en la depresión es también común a muchos de los enfoques conductuales.

Los objetivos de las terapias conductuales son aumentar la frecuencia de las interacciones positivamente reforzantes del paciente con el entorno, y disminuir el número de interacciones negativas. Algunos de los tratamientos conductuales también aspiran a la mejoría de las facultades sociales. Se cree que la alteración de la conducta personal en los pacientes deprimidos es la forma más efectiva de cambiar las ideas y sentimientos depresivos asociados.

Se han desarrollado varias terapias conductuales para el tratamiento de la depresión, como la teoría del aprendizaje social de Lewinsohn, la terapia de autocontrol de Rehm, el entrenamiento de facultades sociales de Hersen y Bellack, y el paquete; de tratamiento multimodal de McLean. Aunque varían en términos de las técnicas y

enfoques específicos, estas terapias tienen en común ciertas suposiciones y estrategias comunes:

1. El programa de tratamiento está altamente estructurado y generalmente es breve.
2. El principio del reforzamiento es considerado el elemento clave de la depresión.
3. El cambio conductual se considera la forma más efectiva de aliviar la depresión.
4. El enfoque se basa en la articulación y logro de objetivos específicos.

Algunos tratamientos conductuales se caracterizan por enfoques de tratamiento multicomponentes que combinan diversas técnicas conductuales, cuyo uso puede adaptarse a las necesidades individuales de cada paciente. Normalmente existen ingredientes básicos, considerados esenciales, además de diversas técnicas opcionales.

Los estudios de los diversos tratamientos conductuales han variado en las técnicas específicas ensayadas, el tipo de los grupos de comparación, el uso de grupo control del tratamiento no activos, y el tamaño y tipo de muestra. Los datos de eficacia suelen arrojar un balance positivo para las técnicas conductuales en comparación con la lista de espera o los grupos no directivos.

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL: La terapia cognitivo-conductual deriva de cuatro teorías mayores: el psicoanálisis, la filosofía fenomenológica, la psicología cognitiva y la psicología conductual. Estas teorías convergen en varios aspectos, quizás el más notable sea el reconocimiento de la importancia de la subjetividad de la experiencia consciente, es decir, la experiencia de la realidad, en vez de la realidad objetiva. Otro aspecto es el reconocimiento de las consecuencias emocionales de las creencias irracionales.

Aaron Beck, el creador de la teoría cognitivo-conductual, ha desarrollado una teoría global y estructurada de la depresión. La depresión consiste en una triada cognitiva; esquemas específicos; y errores cognitivos, o defectuoso procesamiento de la información.

El objetivo de la terapia cognitivo-conductual es aliviar la depresión y prevenir su recurrencia ayudando al paciente a: 1) identificar y contrastar las cogniciones negativas; 2) desarrollar esquemas alternativos y más flexibles; y 3) repetir nuevas respuestas cognitivas y conductuales. El objetivo es cambiar también la forma de pensar del individuo y posteriormente aliviar el síndrome depresivo.

Como enfoque terapéutico altamente estructurado, la terapia cognitivo-conductual consiste en fijar una agenda al comienzo de cada sesión asignando tareas domésticas a realizar entre sesiones y aprendiendo nuevas facultades específicas. La colaboración activa entre terapeuta y el paciente ofrece una genuina sensación de labor de equipo. Existen tres componentes básicos: aspectos didácticos, técnicas cognitivas y técnicas conductuales.

Según Kaplan (1989), a pesar del gran número de estudios realizados con el uso de la terapia cognitivo-conductual, solo unos pocos han utilizado grupos de control

adecuados y asignación aleatoria a condiciones de tratamiento. Estos estudios han incluido a pacientes depresivos no bipolares o voluntarios con síntomas leves a moderados, y la duración del tratamiento estuvo comprendida entre 1 y 3 semanas. Los grupos de comparación incluían pacientes tratados con antidepresivos tricíclicos, terapia conductual y lista de espera. En general, la terapia cognitivo-conductual solía ser más efectiva en reducción de síntomas depresivos y mostraba un menor índice de recaída que con otros tratamientos.

TERAPIA FAMILIAR Y DE PAREJA: Según Kaplan (1989) la terapia familiar no suele considerarse terapia primaria para el tratamiento de la depresión, pero su uso está indicado en los casos en que: 1) la depresión de un individuo parece dificultar seriamente su funcionamiento matrimonial o familiar, ó 2) cuando la depresión de un individuo parece estar promovida y mantenida por las pautas de interacción matrimonial o familiar. La terapia familiar examina el papel del miembro en el bienestar psicológico general de toda la familia; también examina el papel de toda la familia en el mantenimiento de la depresión. En general hay que abordar con precaución el diagnóstico de la dinámica familiar cuando uno de los miembros sufre una depresión aguda. Las pautas de interacción familiar pueden haber estado substancialmente alteradas por la depresión.

En función de la orientación teórica del terapeuta, los objetivos de la terapia familiar se prosiguen mediante diversas técnicas que van desde la interpretación a la alteración directa de las pautas de interacción. No se han desarrollado técnicas específicas de la depresión en las diversas terapias familiares. Por ello, al tratar a una familia o pareja con un miembro depresivo, tendrán que aplicarse las técnicas generales de la terapia familiar.

Según Kaplan, existe poca literatura sobre la eficacia comparada de las terapias familiares y de pareja en el tratamiento de la depresión. En una investigación de los efectos de la terapia antidepresiva y la terapia matrimonial, solas y combinadas, en el tratamiento de los pacientes depresivos ambulatorios, un tratamiento combinado fue el asociado a mejores resultados (Kaplan y cols. 1989). En otra investigación de Beach/O'Leary 1992 se observó reducción en los niveles de depresión en un grupo de mujeres en terapia matrimonial, asociado al incremento de ajuste matrimonial; en comparación con un grupo control y uno en terapia individual cognitiva.

Para Wolman y Stricker (1995), el concepto de tratamiento de la depresión desde la perspectiva pareja-familia es relativamente nuevo; y a pesar de existir pocas investigaciones al respecto, las existentes demuestran resultados favorables de estos tratamientos en la depresión, (Beach, O'Leary 1986,1988 y 1992). McLean, Ogston y Grauer en 1973 (citado en Wolman y Stricker 1995), examinaron los efectos de la terapia de pareja conductualmente orientada en la comunicación marital de los pacientes deprimidos con sus cónyuges, encontrando una mejoría importante en el grupo experimental, en comparación con el grupo control. En otra investigación sobre la efectividad de la terapia de pareja en el tratamiento de la depresión, Freedman en 1975 (citado en Wolman y Stricker 1995), llevó a cabo un programa de terapia de 12 semanas,

para evaluar los efectos combinados y separados de la amitriptilina y de la psicoterapia orientada a la pareja y a la familia; observando que tanto la terapia de pareja como la farmacológica eran más efectivas que sus respectivas condiciones de control. La terapia farmacológica fue asociada con una rápida mejoría de los síntomas clínicos, la terapia de pareja se asoció con una mejoría a largo plazo tanto en la participación como en la ejecución de las tareas familiares, la reducción de la hostilidad en la familia y las percepciones de los pacientes respecto a la calidad de su relación matrimonial.

TRATAMIENTOS SOMÁTICOS

FARMACOLÓGICO: Según Berlanga (1994) la selección del medicamento deberá hacerse con base a las características individuales de cada paciente, tales como tipo depresivo, historia personal o familiar de respuesta a tratamientos previos y presencia concomitante de otras enfermedades en las que el uso de ciertos antidepresivos pudiese generar complicaciones. Todo tratamiento deberá iniciarse a dosis bajas e ir incrementando paulatinamente hasta llegar al rango terapéutico, de acuerdo a la sensibilidad y respuesta individual. Por otra parte, una característica de prácticamente todos los antidepresivos es que requieren de cierto tiempo de administración (entre 10 y 15 días) para observar los efectos terapéuticos. El tratamiento se debe continuar a pesar de que hallan desaparecido los síntomas; es conveniente que el paciente tome las dosis que el médico recomienda al pie de la letra, ya que de lo contrario y por la forma en que los antidepresivos actúan; el paciente puede recaer. A los dos meses de tratamiento y si el paciente ha evolucionado de manera satisfactoria, se puede intentar reducir la dosis. En promedio el tratamiento de un episodio depresivo debe durar seis meses. Los antidepresivos tienen efectos farmacológicos complejos por lo cual producen también diversos tipos de efectos colaterales. Estos efectos son debidos a la modificación de varios sistemas de neurotransmisión tanto centrales como periféricos. De estos los más importantes, por las posibles complicaciones que puede producir son: Los efectos antimuscarínicos que generan efectos como sequedad oral, visión borrosa, constipación y retención urinaria. Los efectos antihistamínicos producen sedación y aumento de peso principalmente.

Etapa de control: Se ha señalado que con un tratamiento adecuado debe esperarse una mejoría inicial en tres o cuatro semanas, mejoría que se va consolidando en dos o tres más. En estos momentos el enfermo ha vuelto a la normalidad en su estado afectivo y en sus relaciones con los demás; sin embargo, debe continuar su tratamiento por varios meses y en su oportunidad la dosis del medicamento se irá disminuyendo lentamente hasta lograr la eliminación total del fármaco. Esto amerita visitas de control cada mes o cada dos meses. Es frecuente, sin embargo, que al sentirse mejor el paciente disminuya y luego interrumpa su tratamiento, lo que origina que después de un tiempo se presente una recaída.

Calderón (1987) hace la observación de que la necesidad de tener que tomar medicamentos por temporadas largas y quizás en algunas ocasiones de por vida, inquieta al enfermo y/o a sus familiares, pensando que se ha vuelto farmacodependiente. En este caso, cabe aclarar lo siguiente:

1. Que los antidepresivos no originan dependencia.
2. Que la continuidad del tratamiento está siendo supervisada por el médico.
3. Que hay otros problemas médicos que ameritan medicación permanente como la diabetes, la hipertensión arterial o la epilepsia, y que nadie pensaría en estos casos en la posibilidad de una dependencia de los medicamentos.

En otras ocasiones se plantea el problema contrario; el enfermo se encuentra en magníficas condiciones y a pesar de las indicaciones profesionales no quiere disminuir la dosis de sus medicamentos. Esto implica temor de volverse a deprimir, y es una interferencia que debe ser sorteada con tacto por el médico.

En un estudio de Sabelli (1990) se encontró que el uso de imipramina y amitriptilina en matrimonios con sentimientos hostiles, tratados en terapia matrimonial; observaban mejoría en sus conflictos; apoyando así, el uso de tales medicamentos.

TERAPIA ELECTROCONVULSIVA: Fue creada por dos psiquiatras italianos, Cerletti y Bini, 1933. Consiste en la administración controlada de una descarga de corriente eléctrica en el encéfalo, generalmente se administra un sedante de breve acción y un relajante muscular por vía intravenosa antes del tratamiento, por lo cual el paciente no experimenta malestar. La TEC se aplica comúnmente de dos a cinco veces por semana, en un total de 2 a 10 sesiones. Es indicada en casos muy particulares de depresión (en donde existe persistencia de ideación suicida, cuando la depresión es muy grave, cuando han fallado otro tipo de terapias).

Para Calderón (1987), así como para otros profesionales; esta terapia tiene un elevado porcentaje de éxito, una mayor rapidez para inducir la respuesta terapéutica y un excelente perfil de seguridad cuando se administra adecuadamente. Otros autores como Martin (1987), tienen sus reservas para este tipo de terapia, subrayando que los factores principales que ocasionan la depresión no se curan mediante la TEC; además de que pone en tela de juicio, el riesgo que implica esta terapia, en cuanto a la pérdida de memoria.

TERAPIA DE SUPRESIÓN DE SUEÑO: Esta terapia es utilizada en determinados tipos de depresión, excluyendo a la del tipo bipolar, ya que pudiera precipitar sintomatología maníaca. Consiste en mantener despierto al paciente por determinado tiempo (por ejemplo: una noche), obteniendo como resultado una variación de sustancias (principalmente las endorfinas) que alteran el estado de ánimo. Cabe mencionar que aunque esta terapia tiene efectos de corta duración, cuando es manejada por expertos en fisiología del sueño, puede ser de gran utilidad porque la depresión se encuentra asociada a trastornos en el sueño. (Haro-Lara 1996).

TERAPIA DE LUZ: Este tipo de terapia ha demostrado ser más efectiva en las depresiones denominadas estacionales, estas depresiones se caracterizan por la aparición de la sintomatología en el período invernal, en donde generalmente existe menos exposición a los rayos solares. La terapia consiste en la exposición del paciente a rayos luminosos de intensidad controlada, a determinadas horas del día (generalmente

en la mañana); por un lapso de dos horas; lo cual provoca una movilización de sustancias que implica a determinadas estructuras del organismo (retina, núcleo supraquiasmático, glándula pineal, núcleo sub y paraventricular), principalmente del cerebro; que dan como resultado una disminución en la concentración de la melatonina, que es una sustancia que se encuentra muy elevada en este tipo de pacientes. (Aguilar-Lara 1996).

1.6 RELACIÓN Y PRONOSTICO EN LOS ESTADOS DEPRESIVOS Y LOS ESTADOS DE ANSIEDAD.

La relación entre los trastornos depresivos y los estados de ansiedad toman especial importancia para esta investigación ya que se ha contemplado que los resultados de la misma dependen en gran parte del pronóstico que pueda obtenerse de esta relación. Y es especialmente importante por la cantidad de clasificaciones que incluye la depresión no psicótica (diagnóstico utilizado en esta investigación), independientemente del pronóstico de cada una de ellas; de tal forma que los resultados obtenidos, son sustentados con dicha relación.

En ciertos casos, la ansiedad y la depresión constituyen síndromes puros, pero frecuentemente se solapan, de tal forma que no es raro en la práctica observar depresiones con una gran carga de ansiedad o cuadros de angustia empañados con sintomatología depresiva (Hamilton 1960, 1983; Spitzer y cols. 1967; Marks-Lander 1973. Citados en Vallejo-Gastó 1990). Si consideramos las vicisitudes nosológicas que cada síndrome tiene independientemente, no es raro que todo intento de esclarecimiento entre las relaciones de la ansiedad y la depresión se vea envuelto en un sinfín de dificultades metodológicas e interpretativas, que explican las diferentes posiciones de los autores que han estudiado el tema. En términos generales se mantienen tres posiciones: 1) El modelo unitario, que considera que ambos trastornos difieren cuantitativamente; 2) El modelo pluralista, que se inclina por una diferencia cualitativa; y 3) El modelo mixto, que se inclina por un síndrome independiente ansiedad-depresión que se distancia del síndrome ansiedad o depresión primarios o puros.

1.6.1 CURSO Y PRONOSTICO.

Los trabajos del grupo de Newcastle indican que los pacientes ansiosos y depresivos pueden diferenciarse en cuanto al curso y pronóstico, especialmente al evidenciarse un resultado mas favorable en los depresivos, tanto endógenos como neuróticos.

La personalidad premórbida estable y la presencia durante la enfermedad de elementos depresivos son índices de buen pronóstico, en tanto que la angustia augura lo contrario. El pronóstico sombrío de los cuadros de angustia ha sido señalado también en otros trabajos (Wheeler y cols. 1950; Marks-Lader 1973; Noyes-Clancy 1976; Noyes y cols. 1980. Citado en Vallejo-Gastó 1990).

CAPITULO 2 ACTITUDES

2.0 INTRODUCCION.

Hablar de actitud o actitudes, es hablar de un fenómeno inherentemente humano, por medio del cual somos capaces de influir o ser influenciados para actuar o responder de diversas formas repercutiendo en nuestro ambiente. Las actitudes tienen preponderancia en nuestro proceder, sirviendo de guía para nuestras conductas posteriores. Parecen funcionar como clases de conceptos, y como tales, pueden ser aprendidos por ejemplos directos o imitación, es decir; por el proceso de razonamiento.

Las actitudes han sido el tópico más popular en la psicología social y en la sociología, siendo una guía general para la conducta hacia otros individuos. Así, se han estudiado diferentes tipos de actitudes, tales como el *prejuicio* y las *conductas de los individuos dentro de los grupos*. Sin embargo, las actitudes cobran especial interés cuando son relacionadas con la salud, ya que como veremos más adelante, las actitudes que se proyectan en un "objeto" pueden ser favorables o desfavorables y así mismo, repercutir positiva o negativamente en el mismo; y cuando el "objeto" sobre el cual se vierte dicha actitud es el *concepto de salud* de una persona, se puede favorecer o dificultar el restablecimiento de su padecer.

2.1 CONCEPTOS

A continuación mencionaremos los principales conceptos de actitud, que fueron elegidos de acuerdo al objetivo de la presente investigación.

Las actitudes son procesos mentales individuales que determinan tanto las respuestas actuales como las potenciales de cada persona en el mundo social. Como la actitud siempre se dirige hacia un objeto, se puede definir como "un estado de la mente de un individuo respecto a un valor". (Allport 1935).

La actitud es la predisposición del individuo para valorar de manera favorable o desfavorable algún símbolo, objeto o aspecto de este mundo... Las actitudes incluyen el núcleo afectivo o sensible del agrado o desagrado, los elementos cognoscitivos o creencias que describen el efecto de la actitud, sus características y sus relaciones con otros objetos (Dawes 1983).

La actitud es una estructura formada por tres componentes: un componente afectivo (emociones, sentimientos favorables/desfavorables); un componente cognitivo (juicios, creencias, estereotipos, conocimientos); y un componente conativo (tendencias de acción o reacción). (Strong-Claiborn 1985).

2.2 COMPONENTES DE LAS ACTITUDES

Los psicólogos sociales y los psicoterapeutas han conceptualizado las actitudes como constructos mediadores de las percepciones, pensamientos, sentimientos y acciones. Las actitudes son constructos hipotéticos que predisponen a la gente a responder de cierta manera ante el ambiente; tales respuestas por tanto, sirven como indicadores de actitudes. Las actitudes tienen componentes cognitivos, afectivos y conativos. El *componente cognitivo* influye en el modo de interpretar el ambiente; puede inferirse a partir de medidas de la conducta verbal del individuo, incluidas sus respuestas a cuestionarios, tests y otras medidas psicológicas. Las cogniciones son las creencias de la gente acerca del mundo y abarcan desde supuestos inarticulables hasta posturas expresadas verbalmente. Las cogniciones no solo determinan lo que piensa la gente acerca de su experiencia, sino también, hasta cierto punto, la experiencia misma, dado que comprenden las categorías conceptuales que se utilizan al percibir objetos, eventos y relaciones. En este sentido, las actitudes no son verdades objetivamente discernibles, sino que son lo que se cree verdadero. El *componente afectivo* se hace más evidente en las asociaciones emocionales que los individuos establecen con los objetos y eventos y puede evaluarse a través de medidas verbales o fisiológicas. Generalmente, el componente afectivo está relacionado con la evaluación, experimentada con sentimientos positivos o negativos hacia el objeto de la actitud. Algunos investigadores han postulado que los componentes cognitivo y afectivo de las actitudes tienden hacia la congruencia y han encontrado que los cambios en uno de los componentes van acompañados de cambios en el otro. El componente conativo se refiere a la tendencia a actuar. Además del autoinforme de cómo la gente se comportaría ante un determinado objeto, el *componente conativo* puede evaluarse observando las acciones de los individuos hacia el objeto. (Strong-Claiborn 1985).

Un cambio estable en las actitudes probablemente sea el resultado de una interacción continua de pequeñísimos cambios en los sentimientos, pensamientos y acciones; cada uno de estos cambios, por pequeño que sea, contribuye a que se produzcan modificaciones en los tres componentes.

2.3 FUNCIONES DE LAS ACTITUDES

McGuire (citado en Strong-Claiborn 1985) describió cuatro *funciones de las actitudes*. Primera, las actitudes son utilitarias, promueven la conducta adaptativa o dirigida a metas. Segunda, las actitudes sirven para simplificar y organizar la experiencia y para permitir al individuo entender eventos y relaciones sin verse abrumado por su complejidad. Tercera, las actitudes expresan y reflejan las reacciones evaluativas basadas en emociones del individuo ante personas, objetos o acontecimientos. Cuarta, las actitudes cumplen una función de defensa. Protegen al individuo de los sentimientos negativos intensos y promueven las conductas adaptativas en situaciones que, de otro modo, serían debilitadoras.

Las actitudes determinan que la experiencia del mundo resulte organizada y con significado para el individuo y median su respuesta adaptativa ante dicha experiencia, en otras palabras; estructuran, restringen y homogeneizan las respuestas al entorno. Los cambios en las actitudes son cambios en la forma que uno tiene de ver el mundo y de responder ante él. Las actitudes de un individuo comprenden un sistema perceptivo-cognitivo relativamente estable, pero que se puede modificar, dado que es producto de un aprendizaje. (Strong-Claiborn 1985; Bourne-Ekstrald 1985).

2.4 ORGANIZACIÓN DE LAS ACTITUDES

Según Bourne-Ekstral (1985), las actitudes y creencias están organizadas básicamente de acuerdo al principio de consistencia. Este principio señala que las actitudes de un individuo se mantienen mutuamente y no entran en conflicto entre sí. Esto es, tienen sentido para la persona. *La consistencia también se refiere a la tendencia de los individuos a segregar objetos comunes de objetos diferentes y a estructurar sus pensamientos en términos sencillos.* Si una persona visualiza su propio conjunto de actitudes como consistente, será difícil cambiar cualquier parte de este conjunto. Uno resistirá cualquier cambio de actitudes que pueda implicar una inconsistencia.

La predicción básica derivada de estos principios es, que las actitudes pueden ser adquiridas o modificadas de manera tal que conduzcan a un estado de inconsistencia.

Existen varias teorías sobre la consistencia, dos de las cuales revisaremos brevemente, y son: *la teoría del equilibrio* de Fritz Heider y *la teoría de la disonancia cognoscitiva* de León Festinger.

Fritz Heider en 1958 (Citado en Bourne-Ekstrald 1985) formuló la primera versión de la teoría de la consistencia a la cual se refería como la teoría del equilibrio; en ella señalaba que los objetos percibidos como pertenecientes a una misma clase, tendrán la misma calidad dinámica; ellos serán o todos iguales o todos desiguales; objetos similares no serán asociados con objetos desiguales.

En esta teoría podemos identificar tres tipos de estados: a) el estado normal, estado de descanso o estado de equilibrio; b) la intromisión de ciertas fuerzas o acontecimientos que trastornan este estado normal; y c) la operación de ciertos mecanismos o procesos cuya función es establecer el estado normal en el sistema.

Los estados de desequilibrio carecen de la armonía que tienen los de equilibrio y generan actividad para restablecerla.

La teoría de la consistencia de León Festinger en 1957 (Citado en Bourne-Ekstrald 1985), conocida como la teoría de la disonancia cognoscitiva, se refiere a la relación entre dos o más elementos cognoscitivos (ideas o creencias), una relación consistente existe cuando uno de los elementos implica al otro en algún sentido. Esta teoría se basa en la suposición de que el individuo intente "establecer armonía,

coherencia o congruencia entre sus opiniones actitudes, conocimientos y valores"; a lo que Festinger llama "elementos cognoscitivos". Festinger observa que pueden existir pares de elementos cognoscitivos en relaciones mutuas impertinentes, consonantes o disonantes. La relación es impertinente cuando los dos elementos no tienen que ver nada entre sí; es consonante si un elemento deriva del otro; y es disonante si al considerar solamente ambos elementos, lo contrario de uno deriva del otro.

Como el individuo se esfuerza por mantener armonía o consonancia entre los elementos cognoscitivos, la disonancia da lugar a una presión para disminuirla y el grado de presión estará de acuerdo con el grado de disonancia que haya. Festinger señala que la disonancia opera como un impulso, una necesidad o una tensión. Cuando aparece, provoca una acción para reducirla, así como la aparición del hambre lleva a una acción para disminuirla. La disonancia puede solucionarse, o al menos reducirse, al cambiar uno de los elementos cognoscitivos, al añadir otros nuevos, o al reducir su importancia.

La teoría de la disonancia sugiere que si nosotros somos inducidos a comportarnos de una forma o manera contraria a nuestras presentes actitudes (tal como decir un discurso o escribir un ensayo en favor o en contra de algo), nuestras actitudes tenderán a moverse en una dirección consistente con nuestra conducta (comenzamos a creer lo que estamos diciendo, escribiendo o haciendo).

2.5 VARIABLES DE INFLUENCIA EN EL CAMBIO DE ACTITUDES

La interacción con otras personas tiene para nosotros un valor positivo, nos permite identificarnos, definirnos; y tiene el efecto de reforzar ciertos aspectos de nuestra conducta, produciendo así el fenómeno del aprendizaje social.

Como antes ya se ha señalado en las diferentes teorías, para lograr un cambio de actitud se necesita crear un estado de inconsistencia cognitiva en el individuo y proporcionar un mínimo de presión externa o recompensa, que es más efectivo; para lograr un cambio permanente.

Además de la consistencia Bourne y Ekstrand (1985), señalan que existen otras variables que afectan el proceso de las actitudes. Estos autores afirman que en general habrá mayor cambio de actitudes si:

1. El receptor escucha inadvertidamente el mensaje.
2. La persona que da el mensaje (la fuente) posee un alto estatus o prestigio.
3. La fuente comienza el mensaje, mencionando actitudes que son similares a las del receptor.
4. El mensaje da a ambos lados del argumento la razón.
5. El receptor percibe que la fuente no tiene nada personal que ganar por el cambio de actitudes que está tratando de producir.
6. La fuente especifica claramente los hechos y las conclusiones.
7. La fuente tiene mucho en común con el receptor.

8. La fuente es percibida como un experto en la materia.
9. El receptor no se siente comprometido u obligado a cambiar y percibe el cambio tan solo como materia de decisión.
10. El mensaje es repetido en varias ocasiones.
11. El receptor es inducido a expresar la actitud deseada públicamente.
12. Las consecuencias de no cambiar la actitud, conducen a un nivel moderado de temor.

Estos señalamientos, especifica el mismo autor; son sujetos a una calificación, y no son aplicables en todos los niveles o instancias posibles. Son simplemente conclusiones simplificadas de una literatura de investigación que claramente indica que el cambio de actitudes es el resultado de interacciones muy complejas de tales factores.

2.6 INVESTIGACIONES EN EL CAMPO DE LAS ACTITUDES HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL, INCLUYENDO A LA DEPRESIÓN.

En la actualidad existe muy poco material investigado en este campo, sin embargo una de las más importantes, en la cual se incluye la actitud hacia la depresión; es la realizada por Margarita Casco y Guillermina Natera (1986). En este estudio el objetivo era conocer la idea que tienen los profesionistas de la salud y la educación, acerca de la manera como la comunidad percibe la enfermedad mental; y si ésta coincide o no con la manera en que la comunidad realmente la percibe. Dentro de los resultados encontramos que la comunidad identificaba adecuadamente la mayor parte de las patologías así como del tipo de ayuda o tratamiento requerido; además de observar una actitud de aceptación.

Por otra parte Gutierrez-Pozos (1983) y Castañeda (1991) afirman que la actitud hacia la enfermedad mental, generalmente es de rechazo hacia los individuos que la padecen; y por lo mismo, tienden a desfavorecer la recuperación del paciente.

2.7 ACTITUDES EN LA DEPRESIÓN

Desde el enfoque psicoanalítico la transferencia que hace una persona deprimida hacia los demás, generalmente son las siguientes (González N. 1993): a) desarrollan una relación de adhesión y dependencia, los cuales se deben a sus sentimientos de desamparo. b) depositan un poder mágico y omnipotente, para sentir que lo van a entender. c) tratan constantemente de obtener atención afectuosa en función de su sufrimiento. d) muestran una ambivalencia afectiva de dependencia y enojo. e) continuamente recalca que no hay esperanzas para él, pero a nivel inconsciente si las tienen, por la omnipotencia que deposita hacia los otros. f) y por lo mismo solicita ayuda para tomar hasta las decisiones más mínimas. g) sienten transferencialmente que nadie le ayuda directamente y que sus necesidades jamás serán satisfechas; y si a caso se llegan a satisfacer se sienten más dependientes y avergonzados por su infantilismo. h)

con ideas suicidas transmite la idea de que todos son impotentes para detenerlo en su conducta autodestructiva. g) aparentemente muestran un sometimiento dócil.

La contratransferencia sentida por las personas más cercanas al paciente deprimido son: a) decaimiento del estado de ánimo, que puede ser respuesta a la depresión del paciente. b) actitudes paternalistas o exageradamente protectoras ante el desamparo del paciente. c) sentimientos de omnipotencia. d) respuesta abierta o encubierta ante los sentimientos ambivalentes de dependencia y agresión que subyacen en el paciente. e) aburrimiento e impaciencia (y también impotencia), que a menudo se expresa como protesta ante el poco avance que presenta el paciente.

Revisando las transferencias y contratransferencias que se presentan en la depresión, no es difícil entender, como señalan Wolman y Stricker (1995); las dificultades de interacción interpersonal de tales pacientes, así como sus pobres redes sociales. También bajo esta perspectiva podemos destacar como el evento depresión trae consigo un desequilibrio en las esferas familiares, laborales y sociales, las cuales contratransferencialmente y transformadas en actitudes desfavorecen la evolución de este trastorno.

Las actitudes de sobreprotección y paternalismo que naturalmente son experimentadas, son negativas en el aspecto de que impiden el restablecimiento de la autoconfianza y la autoestima que poco a poco debe asumir el paciente. Y sin embargo las actitudes de rechazo y de aislamiento o segregación, pueden también dificultar el restablecimiento de las mismas. De tal forma que tanto el paciente así como su núcleo social, familiar, laboral, etc; parecen caer en un círculo vicioso del cual no pueden salir tan fácilmente si no es a través de un cambio de actitudes.

2.8 INTERVENCIÓN EN LAS ACTITUDES

La interacción terapéutica, nos dice Strong-Claiborn (1985), se centra en las conductas adaptativas y desadaptativas del cliente. Las actitudes que interfieren con la conducta adaptativa, tales como los objetivos poco realistas o mal definidos, las percepciones distorsionadas, los sentimientos demasiado intensos o confusos y los supuestos irracionales no comprobados, se convierten en el foco de atención del terapeuta y el cliente. Las intervenciones del terapeuta promueven cambios en las actitudes del cliente, modificando así su modo de funcionamiento.

Las respuestas del terapeuta ante el cliente hacen conscientes ciertos aspectos de su mundo de supuestos, al hacer verbalmente explícitas cosas tales como los sentimientos contradictorios del cliente hacia su pareja, las interpretaciones que el cliente hace de las acciones de sus compañeros de trabajo, la conducta interactiva que contradice sus más firmes valores, etc. Tales actitudes, verbalizadas por el cliente durante la sesión, se convierten en el objetivo de las intervenciones del terapeuta, quien presenta (aunque sea de modo sutil) formas alternativas de construir la experiencia. Los

resultados terapéuticos comienzan con (y son mantenidos por) modificaciones en el mundo de supuestos del cliente.

La idea de que las intervenciones del terapeuta afectan en primer lugar al sistema perceptivo-cognitivo del cliente, actuando después como mediadores de otros cambios, fue elaborada por Levy en 1963, quien conceptualizó la psicoterapia como un proceso interpretativo. Considerando la interpretación en un sentido general donde tiene cabida una amplia variedad de intervenciones, observó que su función esencial consiste en modificar el significado que el cliente atribuye a distintos eventos. Los comentarios del terapeuta proporcionan un nuevo marco de referencia donde insertar los acontecimientos de la vida del cliente, de tal modo que se crean posibilidad de cambio donde antes el cliente no veía ninguna. El lenguaje del terapeuta reestructura la experiencia del cliente influyéndole para que emplee nuevas etiquetas para los eventos, para que vea distintas relaciones entre las cosas y para que modifique sus asociaciones evaluativas de los acontecimientos. Así, las interpretaciones modifican las actitudes.

CAPITULO 3 PAREJA Y DEPRESIÓN

3.1 GENERALIDADES DE PAREJA

Dentro de las relaciones interpersonales que se llevan a cabo en diferentes etapas del desarrollo, es de interés especial, la que se forma en la etapa adulta: la pareja. Para madurar y desarrollarse, el ser humano necesita poseer diferentes parejas a lo largo de su existencia. El "otro" es parte esencial de nuestra existencia y sin él no podríamos sobrevivir, ni crecer, ni aprender. La pareja es fuente de enriquecimiento de la vida, pero también puede ser de enfermedad, desequilibrio y muerte (González N. 1992).

La calidad de las relaciones interpersonales es determinante para la personalidad y su desarrollo es muy grande. Esta calidad en las relaciones interpersonales, nos dice González N. (1992), hace a los hombres amables, tiernos, sociales, condescendientes, fraternos, exitosos, sanos; mientras que el conflicto interpersonal los vuelve agresivos, envidiosos, celosos, enfermos; la relación interpersonal troquea el estilo emocional y social de ser de una persona.

Una sana relación de pareja es un recurso que facilita el diario vivir y da estímulo para desarrollarse en sus diferentes ámbitos sociales, culturales; además de contribuir a la autovaloración. Los recursos que aportan cada uno de los integrantes de la pareja propicia el éxito o fracaso de esta interacción y sirven de pauta para otras interacciones que posteriormente se llevarán a cabo con los hijos, con las familias políticas y otras nuevas relaciones sociales que se forman a raíz de esta asociación. Así mismo, estas pautas serán heredadas a los hijos para sus respectivas interacciones futuras.

La sana relación de pareja no está exenta de conflictos, pero la diferencia con una relación enferma esta subordinada a la capacidad de ambos integrantes para resolver las dificultades que se les presentan.

La pareja normal, nos dice el mismo autor, se ha de guiar para su selección por representaciones pretéritas derivadas esencialmente de relaciones satisfactorias, benéficas para la persona en su infancia y adolescencia; se dice esencialmente porque no es posible hablar de padres perfectos o de familias ideales; alguna frustración o elemento negativo ha existido en la vida del individuo más sano; frustraciones que, por otro lado, son necesarias cuando se dan dentro de ciertos límites, para que el ser humano sobreviva, se adapte y desarrolle sanamente, con el auxilio de las funciones yóicas en un mundo adverso en muchos sentidos. En esta misma línea la teoría psicoanalítica señala que la elección de la pareja se realiza por medio de las demandas de su mundo interno; éste hará la elección bajo ciertas características deseadas ya sea porque el sujeto las posee, y de esta manera se identifica con el objeto de selección, o por que carece de ellas pero le gustaría tenerlas y con dicha elección puede introyectarlas.

Además, en la relación de pareja, como en toda relación interpersonal, el nivel de inteligencia entre los individuos facilita u obstaculiza la relación. Dos personas que interactúan horizontalmente necesitan entenderse al mismo nivel. Personas con diferente nivel intelectual pueden llevarse bien, si uno dirige y el otro es subordinado. Las motivaciones y el ritmo de vida físico y mental, los valores y actitudes, también influyen en las relaciones interpersonales.

3.2 PSICOPATOLOGÍA Y PAREJA

Toda organización social marca con su sello el desarrollo humano, al tiempo que fija las normas de funcionamiento y de modelos. Sin embargo, deben distinguirse nítidamente las desviaciones de la patología.

Ackerman (Citado en Lemaire 1986) representa la enfermedad mental como el *"engranaje de la vulnerabilidad de los diversos miembros de la familia que hace que se manifiesten a la larga la serie de perturbaciones clínicas que afectan a veces a uno, a veces a otro"*. Pichon Rivière (citado por Lemaire 1986), define la enfermedad como un *"ensayo de elaboración del sufrimiento provocado por la intensidad de las angustias de base, ensayo que fracasa por la utilización de mecanismos de defensa, que se muestran ineficaces para mantener al sujeto en un estado de adaptación activa a su medio"*. Desde un punto de vista psicoanalítico, puede definirse como patológico, la incapacidad de funcionar de otro modo, que no sea de ese modo particularmente arcaico: recurrir a la escisión o a la idealización. Es también la imposibilidad para un sujeto de renunciar por un instante a satisfacer sus necesidades narcisistas, o (ya en la pareja) la limitación de la relación a sus solos aspectos narcisistas, o gratificantes. Lo que aparece como patológico es la imposibilidad de tener acceso a una relación no ambivalente. Lo patológico es, mantener una negación prolongada de la realidad para tratar de desconocer la pulsión de muerte en sus dos aspectos, destructor de sí y destructor del otro.

Por lo tanto es difícil emplear el lenguaje tradicional de la psicopatología aplicado a la vida amorosa, por cuanto el amor utiliza formas más primitivas de la vida psicoafectiva: la incorporación, la absorción, la devoración del otro o la absorción por el objeto, son constitutivas del amor y sus manifestaciones no pueden considerarse patológicas.

Lemaire (1986) nos dice que la patología amorosa está muy cerca del narcisismo. Sólo cuando están en peligro las fronteras del ser o la catexis narcisista del Yo se manifiestan reacciones de defensa capaces de adoptar formas patológicas extremas: patológicas en el sentido de que se traducen las contradicciones internas del Sujeto obligado a ponerse más o menos violentamente al Objeto de su amor, al mismo tiempo que tiene necesidad de conservarlo para sí; dicho de otro modo, luchar contra su propia pareja aunque no pueda soportar cuestionarla, y menos aún romperla. El síntoma aporta la prueba de una contradicción interna en uno de los sujetos, y en este sentido merece considerárseles como patológico en el plano individual.

El mismo autor subraya que en estas condiciones, hay que distinguir bien una "patología individual" de una "patología de pareja". Existen contrastes entre parejas que sufren, sofocan y alienan a sus compañeros, quienes no manifestaban antes de su unión ningún signo clínico, y los individuos que padecen grandes perturbaciones psicopatológicas, pero que a partir de su unión logran controlar esta patología hasta entonces espectacular.

3.3 DEPRESIÓN Y ACTITUDES EN LA PAREJA

Pocos desórdenes han tenido tanto impacto en las relaciones interpersonales, como la depresión (González N. 1992). La sintomatología inherente a los estados depresivos (específicamente el aislamiento, irritabilidad, negativismo, etc.) provocan diversas reacciones de aquellos que conviven con el paciente deprimido, estas reacciones pueden ir desde la sobreprotección hasta la ira o el rechazo total (Gutiérrez-Pozos 1983), (Jackson 1989), (Castañeda 1990), (Calderón N. 1987).

Los problemas que se observan en las relaciones de pareja, van más allá de la suma de las psicopatologías o neurosis de cada uno de sus miembros, aunque no se puede negar que cada uno aporta su problemática, limitaciones y dificultades, las cuales son inherentes a toda personalidad.

En la literatura psiquiátrica existen claras pruebas de que las relaciones entre individuos deprimidos y sus parejas pueden ser problemáticas. Por ejemplo, las investigaciones epidemiológicas no sólo indican que las posibilidades de padecer el trastorno son de 1.6 a 3 veces más alta en las mujeres que en los hombres, sino también que las mujeres casadas corren un riesgo significativamente mayor de desarrollar depresión que las mujeres solteras (Beach y cols. 1990; Wolman-Stricker 1995). También es ampliamente aceptado que vivir con una persona con problemas psiquiátricos tiene una serie de consecuencias negativas tanto para el cónyuge como para la familia (Claussen y Yarrow 1995, citado en Wolman-Stricker 1995). También muchos investigadores coinciden en que el *life event* más frecuente que precede al inicio de la depresión es un incremento de las disputas con la pareja (O'Leary y cols. 1994; Marble-Lenger 1985; Heikkinen y cols. 1994; Wolman-Stricker 1995). Los resultados recientes de investigaciones sugieren que la conducta de los cónyuges de los pacientes deprimidos podría influir tanto en el pronóstico clínico y en la respuesta al tratamiento como en la propia sintomatología y conducta del paciente. En conclusión, es evidente por tanto, que las relaciones matrimoniales de los deprimidos se caracterizan por la tensión y la hostilidad, y que las interacciones negativas de la pareja pueden incrementar la probabilidad de recaída en los pacientes deprimidos.

Beach, Sandeen, O'Leary (1990), que estudian la depresión en el matrimonio, también están de acuerdo en que la relación matrimonial puede jugar un rol poderoso en el desarrollo y mantenimiento de la depresión, así como también puede ser potencialmente útil, para promover la recuperación y mantenerla.

En relación a lo que sostienen estos autores, y haciendo un breve paréntesis para hablar de otros estudios similares en el campo familiar, que no están muy apartados del sistema de pareja; Toro-Yepes (1991) afirma que se han realizado varios estudios en las *últimas décadas con el fin de demostrar la interacción entre la familia como factor contribuyente a la enfermedad física o mental*. Los determinantes etiológicos han sido evaluados no solo desde el punto de vista genético y biológico sino también cultural y social, mostrando como se transmiten también valores, actitudes, costumbres y mecanismos de resolución de problemas de generación en generación.

Los factores de tipo orgánico son fácilmente identificables en enfermedades físicas hereditarias. Sin embargo, cuando abordamos una enfermedad mental y aún ciertos síndromes psicosomáticos, nos dice el mismo autor; debemos analizar otros elementos psicológicos y sociales para explicar la determinación múltiple de un problema de esta índole.

La relación entre familia y la enfermedad según Fleck (citado en Toro-Yepes 1991) puede ser vista desde dos perspectivas diferentes:

1. Respuesta familiar a la enfermedad.

El impacto de una enfermedad en el sistema familiar es siempre una situación que debe evaluarse desde el marco de los cambios en las relaciones, la comunicación, las tareas y lo roles.

2. Tensión familiar como factor determinante de la enfermedad.

Algunos investigadores han tratado de estudiar las relaciones entre las tensiones y las angustias de los individuos y el desarrollo de enfermedades. Aunque la mayor parte de dichas angustias pueden ser de naturaleza familiar, muy pocos estudios se han hecho al respecto. Las enfermedades más analizadas desde esta perspectiva son las psicosomáticas, en algunas de las cuales se ha comprobado la influencia de la problemática familiar en el desarrollo, mantenimiento y pronóstico de dicha sintomatología.

Las enfermedades mentales a su vez se constituyen en otro tipo de problemas relacionados con dificultades a nivel grupo familiar. A medida que los grupos primarios crecen, sus deficiencias y disfunciones pueden expresarse a través de sintomatología de *tipo mental de uno de sus miembros*. A la vez que el sintoma representa un problema, es una solución aunque insatisfactoria para las partes comprometidas en ella.

De acuerdo a lo anterior, las enfermedades mentales, las psicosomáticas y cierto tipo de problemas orgánicos deben ser miradas en dos direcciones: 1) el impacto de una enfermedad en una familia y, 2) la influencia del grupo familiar en el desarrollo de una

enfermedad. Lo fundamental es evitar las conexiones unidireccionales, de tipo lineal causa-efecto. Si bien, ciertas estructuras familiares crean un clima propicio para la evolución de una enfermedad, ésta a su vez puede estabilizar un grupo patológico, perturbar una familia sana o proteger de una desintegración a una familia al borde de la crisis. De modo que no podemos decir quién afecta a quién y dónde es el principio o el fin.

Retomando el rubro de pareja, Beach, Sandeen, O'Leary (1990), afirman que una situación marital estrecha por mínima que sea, es de considerable influencia en los sentimientos de bienestar y frecuentemente puede jugar un rol central en el desarrollo y mantenimiento del episodio depresivo. Así como también puede ser potencialmente útil para promover la recuperación y mantenimiento de tales beneficios. Uno de los problemas clínicos asociados a la depresión son los problemas en la pareja, algunos estudios revelan que la depresión se debe más a los problemas maritales, que la depresión en sí misma, favorezca dichos problemas.

De cualquier forma, la sintomatología depresiva como elemento perturbador (de enfermedad mental), altera el comportamiento y las pautas establecidas dentro de la pareja que invariablemente tienden a crear malos entendidos entre los miembros de este particular grupo; y en consecuencia a estos problemas generadores de estrés aunado a su alteración afectiva (depresión), la evolución del paciente queda afectada.

Para apoyar lo anterior, la teoría general de los sistemas, con base en las ideas desarrolladas por Ludwing Von Bertalanffy (1940, citado en Toro-Yepes 1991) planteaba que un sistema se define como un orden dinámico de partes y procesos que están en mutua interacción; en donde todos los componentes del grupo familiar participan en cualquier arreglo estabilizador o desintegrador en forma igualitaria y complementaria. Esto puede ser ejemplificado de la siguiente manera: una persona provoca a otra, quien a su vez ofrece una retaliación propia y ello induce un contraataque de la primera. Cada uno de los implicados pone más fuerza y energía en cada respuesta, llegando a límites cada vez mayores y a veces insostenibles de intensidad, y si a este proceso le agregamos la alteración afectiva (depresión), tendremos como resultado, un elemento estresor que obstaculizará el restablecimiento de dicha alteración.

Según Lemaire (1986), las parejas de grandes deprimidos son muy frecuentes y a menudo presentan una estructura particular. Su observación es muy interesante porque pone en evidencia un funcionamiento exagerado entre ellos, pero que se lo encuentra en estado latente en un gran número, lo que subraya la utilización de la vida conyugal en la lucha contra la pulsión de muerte. La **actitud depresiva** de uno de los compañeros (desvalorización, culpa, dolor moral, pesimismo, duda de sí mismo, etc.) es sentida por el otro como una solicitud de protección y de una confirmación más vigorosa en cuanto a su valor narcisista. El segundo se encuentra "confirmado" en su calidad de protector y en su valor propio, tanto por la depresión del primero como por el sostén que aquel es capaz de proporcionarle. La distribución de los papeles es entonces característica y se organiza de manera sistémica. En este caso aparecen varias posibilidades:

1º El segundo puede mantenerse en esta **actitud protectora** que confirma su poder, del que se sirve inconscientemente para mantener las reglas del juego y la definición de las relaciones; sólo el primero queda deprimido, gracias que el otro, en cambio, se siente bien. La posibilidad frecuente, que confirma las instituciones ya antiguas de los analistas, como Oberndorf (Citado en Lamaire, 1986), cuando escribía: "El que crea una situación de familia neurótica, a menudo pasa por normal y cree serlo", o de Mittelman (Citado en Lamaire, 1986), cuando menciona el hecho de que un individuo oculta su angustia a costa de otro que limita sus propias satisfacciones y se vuelve más angustiado de lo que era, permitiéndole a su compañero aparecer como normal.

2º Otra posibilidad, más frecuente conduce a un *movimiento de péndulo*, mediante el cual el segundo se deprime, mientras que el primero recobra confianza en sí mismo hasta llegar a una inversión completa de la actitud inicial. Varios factores pueden desempeñar un papel en cuanto a producir este fenómeno de péndulo:

- A veces es un acontecimiento exterior que agrede al presunto normal e introduce en él una desvalorización, a lo cual reacciona el compañero deprimido tratando de tranquilizarlo, lo que lleva a adoptar un papel protector, valorizador por sí mismo desde e punto de vista narcisista.

- A veces es el tratamiento del primer enfermo el que priva al sano de su papel narcisista muy catectizado.

- Otras veces es un movimiento de identificación masiva el que conduce al compañero sano a vivir y a tomar a su cargo la depresión del enfermo, hasta sentirla él y tener necesidad entonces del sostén del exenfermo.

Sin embargo hay que hacer notar que por excepción las regulaciones sistémicas no se hacen siempre en el sentido de un "péndulo" de los fenómenos depresivos. En los casos corrientes, las retroalimentaciones en el seno de la pareja se hacen de un modo negativo en el sentido cibernético, que tienden a reducir la depresión de uno y su relación con el otro en un proceso circular, que atenúa la intensidad de los fenómenos patológicos, gracias a una especie de autorregulación cibernética de la pareja. Más raramente se produce una especie de amplificación mutua de las depresiones individuales; como si el dolor moral vivido por un miembro de la pareja produjese la culpabilidad, la angustia y el dolor moral del otro, impidiendo un intercambio de papeles y la adopción de una función protectora de sostén en un de los dos. Hay entonces un fracaso, o una excesiva lentitud en el proceso reparador, que no tiene tiempo de intervenir antes del drama y el suicidio: la desgracia vivida por uno produce la "desconfirmación" del otro, que a su vez "desconfirma" al primero en el sentimiento de su propio valor; se podría decir que la pareja, en lugar de ejercer sus funciones habituales de defensa y reparación, ejerce la de una amplificación despectiva y tiene un efecto patógeno. Si el Objeto de deseo es sentido como cuestionador de valor narcisista intrínseco del Sujeto, no puede organizarse un lazo estable entre ellos: la pareja sólo puede fundarse y mantenerse si el otro es a la vez Objeto de deseo, y más aún, medio de confirmación narcisista de sí mismo; en caso contrario, la separación o distanciamiento, se produce por sí misma: esta pareja no puede ser patógena por largo

tiempo y se destruye. Al menos es así cuando la pareja amenaza con ser patógena para los dos miembros a la vez.

En el marco de una interpretación sistémica del funcionamiento de la pareja (nos dice el mismo autor) , con su modelo cibernético, sus principios de causalidad circular y sus retroalimentaciones que tienden habitualmente a restablecer la homeóstasis del grupo, se podría definir como patógena a la pareja cuyas retroalimentaciones mutuas son positivas y amplifican los procesos patológicos iniciados en cada individuo.

Sin embargo, en general, este funcionamiento amplificador dura poco, y aparecen pausas en esta lucha donde la pareja vuelve a desarrollar transacciones complementarias. En general, la colusión de los compañeros permite la expresión y la erotización de las disposiciones pregenitales de cada uno.

Como anteriormente vimos en capítulo de actitudes de la presente tesis, la transferencia y la contratransferencia en la persona deprimida explica de alguna forma la desestabilización emocional que ocurre dentro de las parejas, e incluso dentro de los grupos sociales en los que el deprimido se encuentra inmerso; a esto cabe agregar que, como nos dice Marmorstein (1983), el enojo, la culpa y el miedo coexisten en la depresión. El enojo es similar a la culpa, excepto porque la hostilidad se dirige a los demás, más que a uno mismo, y de esta manera puede no parecer tan devastador para la autoestima. La depresión es la causa principal del comportamiento hostil persistente, a la cual generalmente se responde con agresión; esta respuesta solo agrava el enojo de la persona hostil y contribuye al desarrollo de la propia ansiedad o depresión.

También, el mismo autor menciona que la depresión impide la comunicación con las personas que se dice más querer, y que la depresión-ansiedad son transmisibles, por lo que afecta a las personas que están cerca. Estas también afectan el interés y la capacidad sexual y por dicha causa es común que el individuo que tenía una relación estable, rompa con ella o busque una relación extramatrimonial. Así mismo, la falta de comunicación, insatisfacción y hostilidad, se interpretan como un rechazo a la pareja; cuando en realidad son manifestaciones impersonales de la depresión. Así pues, es poco probable que el alivio sobrevenga al destruir el matrimonio, que puede ser la víctima, más que la causa de ésta enfermedad.

Por otra parte, Calderón N. (1987) nos dice que en el cuadro depresivo los familiares desempeñan siempre un papel importante; por tanto, conviene analizar la forma emocional como suelen reaccionar. Frecuentemente, sobre todo por parte de los hijos y el cónyuge, acuden a la consulta a *acusar* al enfermo con el médico; "no coopera, no toma sus medicinas, no come bien", etc. En otras ocasiones, los familiares se muestran agresivos; generalmente este problema se genera entre los cónyuges. Además hay la posibilidad de una sobreprotección que generalmente proviene de la madre. es preciso hacerle saber que para la recuperación de la autoestima del paciente, es necesario que él mismo vaya actuando y tomando decisiones, lenta pero *progresivamente*, y que en esta tarea su actitud de protección lo perjudica (Calderón N. 1987).

CAPITULO 4

PSICOLOGÍA CLÍNICA Y SALUD PUBLICA: EL CASO DE LA DEPRESIÓN. PROPUESTA PARA LA INVESTIGACIÓN.

4.1 PSICOLOGÍA CLÍNICA

La psicología clínica es ante todo una ciencia aplicada. Como sucede en todas las ciencias aplicadas, no puede definirse por sus métodos, ya que en ella son varios los que se aplican. La psicología clínica se instituye en la metodología de las disciplinas psicológicas y sociológicas fundamentales e incorpora técnicas de diversas escuelas de psicología profunda, de la pedagogía social, de la higiene mental y de la psiquiatría social.

La prevención de las enfermedades psíquicas, psicofísicas, sociales y la readaptación de los hombres con perturbaciones psíquicas, físicas y sociales; representan algunos de los objetivos de la psicología clínica (Schraml W. 1975).

Así mismo, el psicólogo clínico dentro del campo de la prevención, debido al aumento en la demanda de los servicios de la salud mental y de los factores que en ella intervienen; se concentra en los problemas que afronta el individuo en su medio ambiente social y físico; intenta proporcionar servicio a más cantidad de personas, instituyéndose así la psicología comunitaria.

El rasgo principal de la psicología comunitaria es la búsqueda de la prevención. Kaplan en 1964 (citado en Bernstein D.-Nietzel T. 1988) identificó tres tipos de prevención: *Prevención Terciaria* que se dirige hacia la minimización de la gravedad de la enfermedad, la reducción de las consecuencias a corto y largo plazo del desorden y la detención de los trastornos de tal forma que se pueda recobrar la eficiencia personal. Casi cualquier forma de tratamiento podría proclamar que es una prevención del tipo terciario. Sin embargo, la exclusividad del término de "prevención" se conservará solo si se restringe su uso a las intervenciones primaria y secundaria iniciales. La *Prevención Secundaria* se dirige hacia la reducción de la prevalencia de la enfermedad por medio de los esfuerzos coordinados de la detección inicial e intervención rápida y efectiva. La *Prevención Primaria* implica la reducción y eliminación final de los desórdenes mentales a través de la modificación de los factores patogénicos del ambiente o el aumento de los recursos personales de los individuos hasta el grado en que el desorden mental ya no suceda. En teoría la prevención primaria se puede lograr mediante la acción social, en la cual se realizan cambios en las instituciones de la comunidad con el fin de reducir los problemas, o por medio de la acción interpersonal, en la cual las metas del cambio se dirigen hacia las figuras que ejercen alguna influencia en la elaboración de las políticas o algunas otras personas influyentes cuya posición o puesto especial permite que cualquiera de los cambios que ellos efectúen se "radien". La intervención familiar, la educación de los padres y el entrenamiento del personal que presta servicios de atención a la comunidad tales como policías o sacerdotes son ejemplo de la prevención que se conduce por medio de la acción interpersonal (Bernstein D.- Nietzel T. 1988).

4.2 SALUD PUBLICA

Por otra parte, pero dentro de la misma línea; la Salud Pública como ciencia, como patrimonio valorable de la comunidad y como responsabilidad de los gobiernos, apenas tiene poco más de un siglo de existencia. Pero, como manifestación del instituto de conservación de los pueblos, existe probablemente desde los comienzos de la humanidad.

Para Winslow (1920, citado en Salleras S. 1990, pag. 35) *"La Salud Pública es la ciencia y el arte de impedir las enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para: el saneamiento del medio, el control de las enfermedades transmisibles, la educación sanitaria, la organización de los servicios médicos y de enfermería; y el desarrollo de los mecanismos sociales que aseguren al individuo y a la comunidad un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud"*.

Nuestro tiempo agrega a la definición de Winslow el convencimiento de que la salud pública tiene necesariamente que ocuparse también de la *"restauración de la salud"* (asistencia y rehabilitación) cuando se pierde. Es una acción de Gobierno, en la cual organiza los esfuerzos de la comunidad con objeto de fomentar, proteger y restaurar la salud de la población.

La salud comunitaria dentro de esta perspectiva, representa la etapa más avanzada de la evolución de los esfuerzos de la colectividad para promover y restaurar la salud pública.

La Salud Pública es, entonces; el conjunto de actividades organizadas de la comunidad, dirigidas a la promoción (fomento y protección) y a la restauración (asistencia y rehabilitación) de la salud de la población. Se trata de los esfuerzos organizados de la colectividad para fomentar y defender la salud de sus ciudadanos, y para recuperarla en los casos en los que se haya perdido.

4.3 EL ENFOQUE PRAGMÁTICO DE LA EDUCACIÓN SANITARIA EN ADULTOS

La comunicación simple que solo suministra información, no es útil en la educación sanitaria de adultos. La modificación de los comportamientos insanos sólo puede conseguirse mediante la comunicación persuasiva, la cual no solo suministra información (conocimientos), sino que también aporta la motivación necesaria para la modificación de actitudes, de tal forma que el sujeto pueda pasar a la acción. En otras palabras, la comunicación simple solo aporta conocimientos. La comunicación persuasiva modifica, además, las actitudes, y deja abierto el camino para el cambio de los comportamientos.

En el caso de la persuasión, intentamos, además, hacer compartir una actitud, (una opinión, un sentimiento y una intención) que deje abierto el camino a la acción (cambio de conducta). El cambio de comportamiento a partir de esta fase, ya es posible, pero, el que realmente tenga lugar, no depende solo de la actitud, sino que también depende de las contingencias situacionales. McGuire (1969 citado en Salleras S. 1990) concibe un modelo secuencial de la persuasión que divide en seis fases: 1) Fase de exposición al mensaje; en el cual nos dice que para que una persona pueda tratar una información, es necesario que al menos haya estado en contacto con dicha información. 2) Fase de atención al mensaje; donde numerosos estímulos llaman permanentemente nuestra atención, pero ésta es selectiva y sólo se presta atención a aquellos estímulos que tienen significado para el sujeto. Importa, pues, que la persona haya estado prestando atención al mensaje. 3) Fase de comprensión del mensaje: la atención de la fase previa es necesaria, pero no suficiente para la comprensión, en ésta el individuo extrae en sentido de los signos visuales o auditivos que le son transmitidos, y a los cuales ha prestado atención. 4) Fase de aceptación o rechazo, de la opinión defendida o presentada en el mensaje. En esta fase se cambia de actitud. 5) Fase de persistencia del cambio; en el caso de que el individuo se haya formado una nueva actitud, ésta tiende a volver a su posición original, a no ser que la comunicación persuasiva se vaya repitiendo. 6) Fase de acción, en la que el individuo actúa sobre la base de su nueva actitud.

4.4 TALLER DE ORIENTACIÓN PARA LA PAREJA DEL PACIENTE DEPRIMIDO - TOPPD-. PROPUESTA PSICODIDACTICA Y PSICOPROFILACTICA, PARALELA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO PARA LA DEPRESIÓN.

4.4.1 JUSTIFICACIÓN.

Pocos desórdenes han tenido tanto impacto en las relaciones interpersonales, como la depresión (González N. 1992). La sintomatología inherente a los estados depresivos (como el aislamiento, la irritabilidad, negativismo, etc.) provocan diversas reacciones de aquellos que conviven con el paciente deprimido, estas reacciones pueden ir desde la sobreprotección hasta la ira o el rechazo (Gutierrez-Pozos 1983), (Jackson 1989), (Castañeda 1991), (Calderón 1987).

Las parejas de deprimidos son muy frecuentes y a menudo presentan una estructura particular (Lemaire J. 1986). Beach, Sandeen, O'Leary (1990), que estudian la depresión en el matrimonio, están de acuerdo en que la relación matrimonial puede jugar un papel poderoso en el desarrollo y mantenimiento de la depresión, así como también puede ser potencialmente útil para promover la recuperación y mantenerla.

Si se parte del hecho de que los factores demográficos de riesgo asociados a la depresión como por ejemplo: el considerable incremento de la incidencia, el curso que puede tomar la patología como consecuencia de variables que pudieran ser controlables en el medio, la edad en la que se ubican los pacientes (generalmente considerada como

la etapa más productiva de la vida), así como el tiempo de tratamiento (que tiende a incrementarse con las recaídas); los costos que implican estas variables serán considerablemente altos y causará una consecuente carga en la familia, sociedad y nación (Kleiman-Weissman 1992). Por tales motivos creemos ampliamente justificado la implementación de un Taller de Orientación para Parejas de Pacientes Deprimidos, en donde por medio de una intervención grupal por sus características, permite atender la demanda de un número mayor de pacientes (que compartan un problema común), con menos recursos; así como proporcionar una intervención de tipo preventivo; cumpliéndose así uno de los objetivos institucionales y de Salud Pública. Si se parte del hecho de que los factores demográficos de riesgo asociados a la depresión como por ejemplo: el número tan elevado de incidencia, el curso de la patología, edad en la que se ubican los pacientes, así como el tiempo de tratamiento; éste será alto y causará una consecuente carga en la familia, sociedad y nación (Kleiman-Weissman 1992). Por tales motivos, creemos ampliamente justificado crear un taller de orientación de para parejas de pacientes deprimidos, en donde por medio de una intervención grupal que por sus características, en sí mismas terapéuticas ("*Factores curativos*", como los nombró Yalom en 1975, -citado en Alonso-Swiler 1995-; tales como la entrada de información interpersonal, enseñanza de información, altruismo, universalidad, factores existenciales, y la esperanza.), permite atender mejor a un número mayor de pacientes (que compartan un problema común), con menos recursos; así como proporcionar una intervención de tipo preventivo; cumpliéndose así uno de los objetivos institucionales y de salud pública.

4.4.2 ANTECEDENTES

Una forma de intervención para esta problemática ya se había planteado anteriormente en el Hospital Fray Bernardino Alvarez de la S.S.A. en el D.F., elaborado por la Psicóloga Lucía Castañeda Ferman en pacientes psiquiátricos, teniendo por objetivo involucrar a aquellos que conviven con el paciente, en el proceso de tratamiento y recuperación, a través del conocimiento de las características y la problemática de la enfermedad, así como de los procedimientos terapéuticos para su manejo.

El Taller de Orientación para la Pareja del Paciente Deprimido se ha originado y estructurado con base en la experiencia que ha acumulado el programa: "Grupos de Orientación para Familiares de Pacientes Psiquiátricos en el Servicio de Consulta Externa". Este programa se inició en 1988 haciéndose extensivo a todo el hospital y tras una evolución del mismo, surgió la necesidad de iniciar otro nivel de orientación con objetivos de información-sensibilización para aquellos familiares que sólo podían asistir una sola vez a los grupos; quedando finalmente integrado en dos niveles: 1º Información-sensibilización, y 2º Grupos de reflexión.

Dicho programa es concebido como un proceso de aprendizaje en el que aparecen tres elementos: información, afecto y producción de actitudes.

La segunda contribución que apoya al Taller de Orientación para la Pareja del Paciente Deprimido, y que se toma en forma parcial (de acuerdo a sus bases teóricas y

estrategias, más que sus técnicas), proviene de la Terapia InterPersonal -TIP- desarrollada por Gerald Klerman y Myrna Weissman (Kaplan H., Sadock J. 1989), como parte de su investigación sobre la naturaleza de la depresión; que además incluye en su base teórica a Meyer y Sullivan, la corriente psicoanalítica y el modelo biomédico de Kraepelin. En la TIP la depresión es considerada como algo que le sucede al individuo y que exige tratamiento. El enfoque de la depresión de la TIP supone tres componentes interactivos: formación de síntomas, experiencias sociales e interpersonales y pautas de personalidad duraderas. Para la TIP, la depresión siempre tiene lugar en un contexto psicosocial e interpersonal, la depresión puede predisponer al paciente a los problemas interpersonales o los problemas interpersonales pueden precipitar una depresión. Por ello, el enfoque interpersonal del proceso de tratamiento es esencial para la recuperación sintomática.

La TIP es una psicoterapia breve desarrollada específicamente para el tratamiento de las depresiones ambulatorias, no psicóticas y no bipolares. No se abordan en la terapia los mecanismos defensivos o conflictos internos, pueden abordarse las conductas discretas, pero sólo en el contexto de su significación o efecto sobre las relaciones interpersonales.

Una de las estrategias utilizadas en la TIP para la reducción de síntomas proviene de un enfoque educacional, en él se proporciona información sobre la naturaleza del síndrome clínico de la depresión, incluyendo sus componentes y su curso; además, a fin de imbuir esperanza y optimismo, se subraya el hecho de que la depresión es un trastorno común y tiene buen pronóstico. Otra estrategia, incide en las áreas de problema comúnmente presentados por los pacientes, por medio de técnicas como por ejemplo: la clarificación, cambio conductual, análisis de la comunicación, entre otras.

4.4.3 PROPUESTA

Para lograr los objetivos del Taller de Orientación para la Pareja del Paciente Deprimido -TOPPD-, se toman algunos puntos del programa impartido en el Hospital F.B.A y retoma otros de la TIP. La necesidad de modificar el programa es de tipo conceptual, ya que la temática no se enfocará a la enfermedad mental en sí; si no a uno de sus rubros, en este caso, la depresión. También se modificará la población elegida (familiares), en este caso será la pareja del paciente deprimido.

El TOPPD se imparte en siete sesiones, que tienen una duración promedio de 1.15 horas, en donde se tratan siete temas a cerca de la depresión, acompañados de dinámicas que facilitan el manejo psicodidáctico del grupo; cuenta además con espacios temporales dedicados a la reflexión y discusión.

4.4.3.1 OBJETIVOS

El objetivo general es: propiciar la alianza terapéutica que promueva un cambio de actitud en la pareja del paciente, favoreciendo de este modo la evolución del cuadro depresivo.

Los objetivos específicos son:

- 1) Informar a la pareja del paciente deprimido, acerca de la naturaleza del síndrome depresivo;
- 2) Crear espacios grupales para que la pareja reflexione sobre su papel en la problemática del paciente deprimido, así como su incorporación en la búsqueda y ejecución de soluciones;
- 3) Estimular la identificación de problemas específicos y patrones de conducta o actitud ante el paciente deprimido.

4.4.3.2 ACTIVIDADES , ESTRATEGIAS Y TÉCNICAS.

Las estrategias utilizadas incluyen dos niveles de intervención, aplicados de manera simultánea: 1º Información-sensibilización y 2º Reflexión.

El primero, tiene como objetivo integrar a la pareja del paciente deprimido en sesiones informativas que se acompañan de dinámicas, buscando que a partir de éstas, se genere una relación entre sus áreas afectiva e intelectual, logrando que la información proporcionada le motive a expresar las emociones y actitudes que adopta ante su paciente. En este nivel se busca encausar a la pareja del paciente deprimido, en la identificación de problemas que se presentan en relación a la interacción pareja-paciente, además de asimilar un primer acercamiento a la experiencia del aprendizaje en grupo. Las técnicas aquí utilizadas son principalmente educativas o de aprendizaje, con la finalidad de propiciar un conocimiento específico y que pueden ser enriquecidas por algunas dinámicas de grupo.

En el segundo nivel, se trata de propiciar un proceso de aprendizaje en el que las parejas acompañadas por un coordinador, se cuestionan y responden acerca de la problemática que viven en torno de la depresión. Las técnicas utilizadas en este nivel son principalmente: el señalamiento, la clarificación, y la confrontación.

IV. MÉTODO

PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Diferentes investigaciones en el campo de la depresión apoyan la importancia de la relación matrimonial y familiar en esta patología, por ejemplo, Beach, Sandeen y O'Leary (1990), están de acuerdo en que la relación matrimonial puede jugar un rol poderoso en el desarrollo y mantenimiento de la depresión, así como también puede ser potencialmente útil, para promover la recuperación y mantenerla. Además ellos agregan, que uno de los problemas clínicos asociados a la depresión son los problemas en la pareja; algunos estudios revelan que la depresión se debe más a los problemas maritales, que la depresión en sí misma favorezca dichos problemas. De cualquier forma, la sintomatología depresiva altera el comportamiento y las pautas establecidas dentro de la pareja, lo cual, invariablemente tiende a crear malos entendidos entre los miembros de este particular grupo; y en consecuencia a estos problemas generadores de estrés, aunado a su alteración afectiva, la evolución del paciente queda afectada.

Por otra parte, el desconocimiento de esta patología por aquellas personas que conviven con el enfermo, da lugar a cierto tipo de actitudes que, al igual que en otras patologías mentales, son de rechazo y estigmatización (Gutierrez-Pozos 1983, Castañeda 1991),

Si se parte del hecho de que los factores demográficos de riesgo asociados a la depresión como por ejemplo: la considerable progresión en el aumento de la incidencia, el curso que puede tomar la patología como consecuencia de variables que pudieran ser controlables en el medio, la edad en la que se ubican los pacientes (generalmente considerada como la etapa más productiva de la vida), así como el tiempo de tratamiento (que tiende a incrementarse con las recaídas); los costos que implican estas variables serán considerablemente altos y causará una consecuente carga en la familia, sociedad y nación (Kleiman-Weissman 1992). Por tales motivos creemos ampliamente justificado la creación de un Taller de Orientación para Parejas de Pacientes Deprimidos, en donde por medio de una intervención grupal por sus características, en sí mismas terapéuticas ("*Factores curativos*", como los nombró Yalom en 1975, -citado en Alonso-Swiler 1995-; tales como la entrada de información interpersonal, enseñanza de información, altruismo, universalidad, factores existenciales, y la esperanza.), permite atender mejor a un número mayor de pacientes (que compartan un problema común), con menos recursos; así como proporcionar una intervención de tipo preventivo; cumpliéndose así uno de los objetivos institucionales y *de salud pública*.

¿Es posible mejorar la evolución del paciente deprimido, a través de un cambio de actitud por parte de su pareja?

HIPÓTESIS

HIPÓTESIS CONCEPTUAL.

Si la relación matrimonial juega un rol poderoso en el desarrollo y mantenimiento de la depresión, también será potencialmente útil, para promover la recuperación y mantenerla (Beach 1990).

HIPÓTESIS DE TRABAJO.

Al intervenir en las actitudes de la pareja del paciente deprimido, la evolución del padecimiento de éstos progresará de manera significativa (la sintomatología manifestada disminuirá).

HIPÓTESIS ESTADÍSTICAS.

H0.1: No existe una relación estadísticamente significativa, entre la depresión del paciente, medida con la escala de depresión Zung; y la actitud de su cónyuge, medida con la escala EAHD.

H1.1: Sí existe una relación estadísticamente significativa, entre la depresión del paciente, medida con la escala de depresión Zung; y la actitud de su cónyuge, medida con la escala EAHD; y ésta será inversamente proporcional.

H0.2: No existen diferencias estadísticamente significativas entre la depresión de los pacientes, medida con la escala de depresión ZUNG, entre el grupo control y el grupo experimental.

H1.2: Sí existen diferencias estadísticamente significativas entre la depresión de los pacientes, medida con la escala de depresión ZUNG, entre el grupo control y el grupo experimental; siendo más bajos los puntajes de este último grupo.

H0.3: No existen diferencias estadísticamente significativas en la actitud hacia la depresión, medida con la escala EAHD, en los cónyuges de los pacientes del grupo control y del grupo experimental.

H1.3: Sí existen diferencias estadísticamente significativas en la actitud hacia la depresión, medida con la escala EAHD, en los cónyuges de los pacientes del grupo control y del grupo experimental.

VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE: Taller de Orientación para la pareja del paciente deprimido.

VARIABLE DEPENDIENTE 1: Variación en las medidas de depresión, medidas con la escala ZUNG (evolución) en los pacientes.

VARIABLE DEPENDIENTE 2: Variación en las medidas de la Escala de Actitud Hacia la Depresión EAHD (Cambio de actitud) en las parejas de los pacientes deprimidos.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES

DEPRESIÓN: La depresión es un tono afectivo de tristeza que puede variar desde un ligero sentimiento de minusvalía o indiferencia hasta una predisposición extrema hacia el suicidio (González N. 1993).

DEPRESIÓN NEURÓTICA.

Trastorno neurótico caracterizado por depresión desproporcionada que se reconoce generalmente como consecutiva a una experiencia aflictiva; no comprende entre sus características las ideas delirantes, ni las alucinaciones y a menudo, hay preocupación por el trauma psíquico que precedió a la enfermedad, v.g. pérdida de una persona querida o de una propiedad. Es frecuente que se manifieste también ansiedad; por consiguiente, los estados mixtos de ansiedad y depresión, deberían ser incluidos en esta subcategoría (Tomado de la CIE-9 cap. V; corresponde en la CIE-10, en el apartado de trastornos del humor -afectivos- persistentes, a distimia; y aparece en el DSM-IV con la clave 300.4).

REACCIÓN DEPRESIVA BREVE.

Estados de depresión no calificables como maníacodepresivos, psicóticos, ni neuróticos, generalmente transitorios, en los cuales los síntomas depresivos están estrechamente relacionados en tiempo y contenido con algún acontecimiento causante de tensión subcategoría (Tomado de la CIE-9 cap. V; corresponde en la CIE-10 a la misma denominación, con la clave F43.20).

REACCIÓN DEPRESIVA PROLONGADA.

Estados de depresión no calificables como maníacodepresivos, psicóticos, ni neuróticos, generalmente de larga duración, que casi siempre se desarrollan en conexión con exposición prolongada a experiencias que causan tensión (Tomado de la CIE-9 cap. V; corresponde en la CIE-10 a la misma denominación, con la clave F43.21; y aparece en el DSM-IV con la clave 309.xx, que corresponde a reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación).

TRASTORNO DEPRESIVO NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE.

Estado de depresión de intensidad moderada casi siempre, algunas veces acentuado, que no tiene características específicamente manícodepresivas o de otra depresión psicótica y que parece no estar asociada con acontecimientos generadores de tensión ni muestra otros aspectos específicos de la depresión neurótica (Tomado de la CIE-9 cap. V; corresponde en la CIE-10 y DSM-IV a la misma denominación, con las claves 311 y F32.9, respectivamente).

ACTITUD: La actitud será la predisposición del individuo para valorar de manera favorable o desfavorable algún símbolo, objeto o aspecto de este mundo... Las actitudes incluyen el núcleo afectivo o sensible del agrado o desagrado, y los elementos cognoscitivos o creencias que describen el efecto de la actitud, sus características y sus relaciones con otros objetos (Dawes 1983).

La actitud es una estructura formada por tres componentes: un componente afectivo (emociones, sentimientos favorables/desfavorables); un componente cognitivo (juicios, creencias, estereotipos, conocimientos); y un componente conativo (tendencias de acción o reacción).

PAREJA: La pareja es la unión de dos compañeros sexuales con miras a vivir una vida en común y duradera; está oficialmente sancionada por el matrimonio, unión monógama que implica las obligaciones de fidelidad, ayuda y asistencia, y está destinada a permitir la educación de los hijos que puedan nacer de esta unión (González N. 1989).

TALLER: El taller es un conjunto de estrategias y técnicas que tiene por objetivo modificar, en este caso, la actitud de los participantes. El taller posee la siguiente estructura:

- a) Admite grupos pequeños, de 10 a 30 participantes.
- b) Tiene propósitos y objetivos definidos que deben estar estrechamente relacionados con lo que el participante realiza habitualmente.
- c) Se vale de la combinación de técnicas didácticas que propician en conocimiento a través de la acción.
- d) Se adapta a las necesidades de los participantes. (González N. 1978).

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES.

DEPRESIÓN: Diagnóstico (realizado por los psiquiatras del H.R.A.L.M. del ISSSTE, tomada del CIE-9), de depresión no psicótica, no bipolar, diagnosticada en pacientes ambulatorios; incluye los códigos: 300.4, *308.0, *308.4, 309.0, 309.1, *309.4 y 311 (* si hay depresión), {Además en el capítulo 1 se incluyen sus equivalentes con la CIE-10 y el DSM-IV}.

ACTITUD: Conjunto de sentimientos, acciones, y pensamientos de un individuo que reflejan un valor frente a un objeto, persona o símbolo. Es medida por la Escala de Actitud Hacia la Depresión EAHD.

PAREJA: Aquellas personas que mantengan una relación de tipo sexual, con 3 o más años de convivencia y que compartan su tiempo, espacio y afectos.

TALLER: Conjunto de estrategias y técnicas que tiene por objetivo modificar, en este caso, la actitud de los participantes. Se realiza en 7 sesiones que tienen una duración aproximada de 1.15 horas; desarrollándose una sesión por semana, y en cada una de éstas se trabaja con un tema relativo a la depresión, que es acompañado por dinámicas grupales que sirven de apoyo psicodidáctico. Además en cada sesión existe un espacio para la reflexión colectiva, en busca de soluciones a través del involucramiento del cónyuge en el rol que le corresponde dentro de la interacción de la problemática con su pareja dentro del evento de la depresión.

SUJETOS

Para la presente investigación participaron 10 pacientes con sus respectivas parejas, teniendo éstas un mínimo de 3 años de convivencia. La edad de los pacientes osciló dentro de un rango que va de los 32 a los 44 años. Los pacientes participantes fueron diagnosticados por los psiquiatras del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos del ISSSTE, basándose en los criterios del CIE-9, con depresión no psicótica, no bipolar, y no deberán estar hospitalizados; incluye los códigos: 300.4, *308.0, *308.4, 309.0, 309.1, *309.4 y 311 (* si hay depresión). En cuanto al tratamiento farmacológico, se emplearon medicamentos antidepresivos y en algunos casos se combinaron con otros fármacos no antidepresivos, según las necesidades de los pacientes.

Los criterios de exclusión fueron:

1) Para los pacientes: presentar alguna enfermedad orgánica grave, presentar cuadro psicótico, tener contraindicación para uso de antidepresivos, tener otros tratamientos simultáneos: como psicoterapia, terapia electro-convulsiva u otros.

2) Para la pareja del paciente: inasistencia a más de tres sesiones consecutivas del taller, falta de aplicación del pre o postest de su respectiva escala.

MUESTREO

El tipo de muestreo para ésta investigación es *sin reemplazo, no aleatorio e intencional*.

Es *sin reemplazo* en función del taller, ya que por las características del mismo, la inasistencia a más de tres sesiones seguidas, causa exclusión del universo en estudio.

Es *intencional*, en función de las características deseables para el estudio; utilizando como medio de selección una entrevista inicial en los sujetos.

TIPO DE ESTUDIO

Es una investigación (aplicada o) de campo, longitudinal, comparativa, prospectiva, con intervención educativa.

DISEÑO

Se evaluó en forma pre-postest la evolución sintomática de 10 pacientes diagnosticados con depresión no psicótica, y la actitud hacia la depresión de sus respectivas parejas, (N=20 Sujetos). De cada uno de estos grupos, se asignó la mitad de los sujetos para formar los grupos control y experimental; formándose 4 subgrupos con una n=5 Ss; y se representan en el siguiente esquema:

GRUPO	PACIENTES	CONYUGES
CONTROL	GRUPO 1 n=5 Ss	GRUPO 2 n=5 Ss
EXPERIMENTAL	GRUPO 3 n=5 Ss	GRUPO 4 n=5 Ss

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Las técnicas e instrumentos empleados, son: el Taller de Orientación para la Pareja del Paciente Deprimido -TOPPD-, además de 2 escalas y una entrevista de selección. 1) Para medir la depresión, se utilizó la escala de autoaplicación para la Depresión -ZUNG-, este instrumento, comprende de una lista de 20 declaraciones. Cada declaración se refiere a una característica específica y común de la depresión. Los 20 temas esbozan de manera comprensiva, los síntomas más comunes, reconocidos como desórdenes de la depresión. Tiene 4 opciones de respuesta que el paciente marca según su caso en el momento de hacer la prueba. La escala está planeada de tal manera que un índice bajo indica poca o ninguna depresión y un índice alto señala una depresión de significación clínica. La mitad de las declaraciones están redactadas de manera sintomáticamente positiva y la otra mitad como sintomáticamente negativas. Además se presta la asistencia del aplicador para resolver cualquier duda que el paciente pudiera tener acerca de los reactivos. Su utilización es ampliamente conocida en múltiples investigaciones.

2) El otro instrumento empleado en esta investigación, es la Escala de Actitud Hacia la Depresión -EAHD-, que se construyó como parte de la presente investigación, a partir de la Escala de Actitud Hacia la Enfermedad Mental (Stefany D. 1977); la escala de Dorina Stefany comprende 59 reactivos, con 7 opciones para su contestación, que van de "Favorable" a "Desfavorable"; y mide 5 dimensiones factorialmente identificables: Factor 1. Semejanzas entre el enfermo mental y la gente normal. Factor 2. Desesperanza respecto de la curación de la patología psiquiátrica. Factor 3. Custodia

autoritaria *versus* trato humanitario. Factor 4. Estima social *versus* Estigma social; y Factor 5. Culpabilidad del enfermo mental. Esta escala ha sido utilizada anteriormente en otras investigaciones, como en la de Gutierrez-Pozos en 1983, y en otras 3 investigaciones de la misma autora; por mencionar algunas.

Como mencionaba anteriormente, la Escala de Actitud Hacia la Depresión -EAHD- partió de la estructura de la escala de Stefany D.; tomando y modificando únicamente 22 de sus reactivos. La validez de la EAHD se obtuvo por el método de validación por jueces (5 psiquiatras, 5 psicólogos institucionales y 5 psicólogos catedráticos de la facultad de psicología de la UNAM). Posteriormente fue piloteada por primera vez en población general (N=150 Ss), que tenían las siguientes características: se encontraban en un rango de edad de 18 a 44 años, procedían de las salas de espera de los diferentes servicios de consulta externa y urgencias (Ver en: *resultados*, la sección de *análisis de la EAHD*, para conocer específicamente las características de la población y el análisis de los reactivos).

Inicialmente la escala estaba compuesta por treinta reactivos, mismos que se redujeron a 27 después del análisis respectivo. Inmediatamente después se realizó un segundo piloteo en población general con las mismas características antes mencionadas, con una N=79 Ss. Quedando finalmente constituido el instrumento por 22 reactivos, obteniéndose un nivel de confiabilidad por el alfa de Crombach igual a 0.78, que se obtuvo correlacionando cada reactivo con el total de la prueba.

La Escala de Actitud Hacia la Depresión es un instrumento que mide rasgo, su finalidad es medir la actitud hacia la depresión, es de ejecución típica, estructurada, autoadministrada y colectiva, de lápiz papel, su aplicación es clínica; y los reactivos son de estimación con 4 opciones de respuesta.

La puntuación más alta para esta escala es de 88 puntos, que indica una actitud muy positiva o favorable hacia la depresión; la puntuación más baja es de 22 puntos, que indicaría una actitud contraria a la anterior.

3) En cuanto al taller de orientación para la pareja del paciente deprimido, como se ya mencionaba en el capítulo 4; se originó y estructuró con base en la experiencia acumulada en el programa: "Grupos de Orientación para Familiares de Pacientes Psiquiátricos en el Servicio de Consulta Externa", impartido en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez de la S.S.A. en el D.F., elaborado por la Psicóloga Lucía Castañeda Ferman.

La segunda contribución que apoya este taller y que se toma en forma parcial (de acuerdo a sus bases teóricas y estrategias, más que sus técnicas), proviene de la Terapia InterPersonal -TIP- desarrollada por Gerald Klerman y Myrna Weissman (Kaplan H., Sadock J. 1989), como parte de su investigación sobre la naturaleza de la depresión; que además incluye en su base teórica a Meyer y Sullivan, la corriente psicoanalítica y el modelo biomédico de Kraepelin. El enfoque de la depresión de la TIP supone tres componentes interactivos: formación de síntomas, experiencias sociales e

interpersonales y pautas de personalidad duraderas. Para la TIP, la depresión siempre tiene lugar en un contexto psicosocial e interpersonal, la depresión puede predisponer al paciente a los problemas interpersonales o los problemas interpersonales pueden precipitar una depresión. Por ello, el enfoque interpersonal del proceso de tratamiento es esencial para la recuperación sintomática.

Una de las estrategias utilizadas en la TIP para la reducción de síntomas proviene de un enfoque educacional, en él se proporciona información sobre la naturaleza del síndrome clínico de la depresión, incluyendo sus componentes y su curso; además, a fin de imbuir esperanza y optimismo, se subraya el hecho de que la depresión es un trastorno común y tiene buen pronóstico.

Para lograr los objetivos de la presente investigación, se toman algunos puntos del programa impartido en el Hospital Fray Bernardino Alvarez y retoma otros de la TIP. aunque sigue manteniendo su estructura original. La necesidad de modificar el

El objetivo general es propiciar la alianza terapéutica que promueva un cambio de actitud en la pareja del paciente, favoreciendo de este modo la evolución del cuadro depresivo.

Los objetivos específicos son: 1) Informar a la pareja del paciente deprimido, acerca de la naturaleza del síndrome depresivo; 2) Crear espacios grupales para que la pareja reflexione sobre su papel en la problemática del paciente deprimido, así como su incorporación en la búsqueda y ejecución de soluciones; 3) Estimular la identificación de problemas específicos y patrones de conducta o actitud ante el paciente deprimido.

Las estrategias utilizadas incluyen dos niveles de intervención, aplicados de manera simultánea: 1º Información-sensibilización y 2º Reflexión.

El primero, tiene como objetivo integrar a la pareja del paciente deprimido en sesiones informativas que se acompañan de dinámicas, buscando que a partir de éstas, se genere una relación entre sus áreas afectiva e intelectual, logrando que la información proporcionada le motive a expresar las emociones y actitudes que adopta ante su paciente. En este nivel se busca encausar a la pareja del paciente deprimido, en la identificación de problemas que se presentan en relación a la interacción pareja-paciente, además de asimilar un primer acercamiento a la experiencia del aprendizaje en grupo. Las técnicas aquí utilizadas son principalmente educativas o de aprendizaje, con la finalidad de propiciar un conocimiento específico y que pueden ser enriquecidas por algunas dinámicas de grupo.

En el segundo nivel, se trata de propiciar un proceso de aprendizaje en el que las parejas acompañadas por un coordinador, se cuestionan y responden acerca de la problemática que viven en torno de la depresión. Las técnicas utilizadas en este nivel son principalmente: el señalamiento, la clarificación, y la confrontación.

Las técnicas utilizadas son principalmente educativas o de aprendizaje, con la finalidad de propiciar un conocimiento específico y que pueden ser enriquecidas por algunas dinámicas de grupo.

Nivel 2º Reflexión: la reflexión es entendida como un proceso de aprendizaje en el que las parejas acompañados por la coordinación se cuestionan y responden acerca de la problemática que viven en torno de la depresión. Las técnicas utilizadas en este nivel son principalmente: el señalamiento, la clarificación, y la confrontación.

El TOPPD se imparte en siete sesiones, que tienen una duración promedio de 1.15 horas, en donde se tratan siete temas a cerca de la depresión, acompañados de dinámicas que facilitan el manejo psicodidáctico del grupo; cuenta además con espacios temporales dedicados a la reflexión y discusión.

PROCEDIMIENTO

ETAPA I

Se construyó la Escala de Actitud Hacia la Depresión -EAHD-, obteniéndose la validez de la misma por medio de la validación de 15 jueces; este equipo estuvo integrado por 5 psiquiatras y 5 psicólogos institucionales, además de 5 psicólogos catedráticos de la Facultad de Psicología de la U.N.A.M. Posteriormente fue piloteada por primera vez en población general N=150 Sujetos, que tenían las siguientes características: Se encontraban en un rango de edad de 18 a 44 años, procedían de las salas de espera de los diferentes servicios de consulta externa y de urgencias.

Inicialmente la escala estaba compuesta por 30 reactivos, mismos que se redujeron a 27 después del análisis respectivo. Inmediatamente después se realizó un segundo piloteo en población general, con las mismas características antes mencionadas; con una N=79 Sujetos. Finalmente queda constituido el instrumento por 22 reactivos, obteniéndose un nivel de confiabilidad por el alfa de Crombach igual a 0.78, correlacionando cada reactivo con el total de la prueba.

ETAPA II

Esta etapa se concentró en la elaboración del "Taller de Orientación para la Pareja del Paciente Deprimido", que por medio de información, sensibilización y reflexión, tiene como objetivo general propiciar la alianza terapéutica que promueva un cambio de actitud en la pareja del paciente, favoreciendo de esta manera la evolución del cuadro depresivo.

La elaboración del taller, básicamente consistió en la recopilación, desarrollo y supervisión del mismo.

ETAPA III

En esta etapa de la investigación fue piloteado el "Taller de Orientación para la Pareja del Paciente Deprimido", contando con la supervisión de personal especializado del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos del ISSSTE.

FASE A: Para este piloteo, primero fueron seleccionados los candidatos al taller por medio de la canalización de los psiquiatras del mismo Hospital a la investigadora. Para esta canalización se les entregó a los psiquiatras: una hoja con los criterios de inclusión y exclusión, un formato de registro para los pacientes que reunían tales criterios; y 10 trípticos que contenían información a cerca de la depresión y del taller, a manera de invitación.

Además de la canalización de pacientes por medio de los médicos, se revisaban diariamente los informes de consulta de los otros médicos que por ciertos motivos no podían proporcionar este tipo de apoyo para la investigación. También se revisaban los expedientes de cada uno de los prospectos.

FASE B: Una vez seleccionados los candidatos, éstos fueron citados vía telefónica para una entrevista, que tenía por objetivo constatar los datos del expediente, confirmar que las parejas tuvieran una estabilidad moderadamente deseable en su relación marital, además de investigar la historia del padecimiento, el antidepresivo(s) utilizado, el tiempo de tratamiento, tipo de depresión, etc.

FASE C: Después de esta entrevista se realizó la primera aplicación de las escalas ZUNG (depresión), y EAHD (actitud), a cada miembro de la pareja respectivamente.

FASE D: En esta fase se trabajó con las parejas en el "Taller de Orientación para la Pareja del Paciente Deprimido" durante siete semanas.

FASE E: Terminado el taller se citó a los participantes para la segunda aplicación de las escalas, y se consideró un tiempo de una semana para aquellos que por determinadas razones se demoraban.

ETAPA IV

Esta etapa se destinó para trabajar en el grupo Experimental-Control, y son idénticamente utilizadas las fases A, B, C, D, y E; obviamente se excluye la fase D para el grupo control.

Cabe señalar que en esta etapa, la mitad de los sujetos del grupo control se negaron a seguir participando en la investigación, por lo cual será necesario reemplazar a dichos sujetos. (Ver en el anexo cronograma de actividades para una mejor comprensión del procedimiento).

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE DATOS

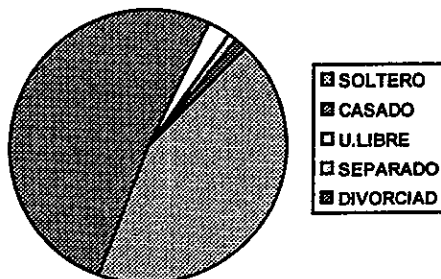
ANÁLISIS DE LA ESCALA DE ACTITUD HACIA LA DEPRESIÓN

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

Como anteriormente se mencionaba, para obtener la validez y la confiabilidad de la escala se realizaron 2 piloteos: el primero con 30 reactivos en 150 sujetos, que después del análisis correspondiente se redujeron a 27 reactivos, piloteando el instrumento, por segunda ocasión en una muestra de 79 personas, donde se descartaron aquellos reactivos que restaban confiabilidad al instrumento; quedando finalmente constituido por 22 reactivos. Debido a las transformaciones que fue sufriendo la escala, para el análisis de la misma tomaremos en cuenta este segundo piloteo.

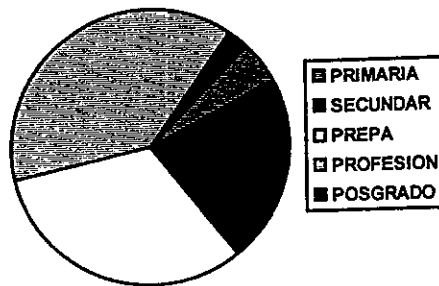
Del segundo piloteo de la escala en un universo de 79 Ss con un total de 27 reactivos encontramos que el 48.1% (N=38) eran hombres, y el 51.9% (N=41) eran mujeres; que se encontraban en un rango de edad de 18 a 44 años; siendo su media igual a 30.23 años.

En cuanto al estado civil existieron 5 categorías: EL 43% (N=34) eran solteros, el 51% (N=41) casado, el 2.5% (N=2) en unión libre, el 1.3% (N=1) separado; y el 1.3% restante divorciado.



El promedio de años de casados fue de 6.165, encontrándose con más frecuencia de esta variable los 3 años en un 6.3%.

La escolaridad media de los sujetos fue a nivel preparatoria o equivalente; pero la moda fue a nivel profesional; y se dividió en 5 niveles: Primaria (5.1%), secundaria (21.5%), preparatoria o equivalente (31.6%), profesional (38 %) y posgrados (2.5%).



En cuanto a la ocupación de los sujetos tenemos 4 posibilidades: el 12.7% (n=10) se ignora, el 21.5% (n=17) trabaja, el 5.1% (n=4) estudia y trabaja; y el 60.8% (n=48) trabaja. Siendo la mayor parte de la muestra trabajadora.

Los sujetos provenían de las salas de espera de urgencias y de consulta externa de los siguientes servicios:

SERVICIO	n	%
Cirugía general	3	3.8
Oftalmología	3	3.8
Cirugía maxilofacial	2	2.5
Neurocirugía	10	12.7
Urología	2	2.5
Ortopedia	14	17.7
Oncología	3	3.8
Cirugía reconstructiva	11	13.9
Cirugía vascular-periférica	2	2.2
Medicina interna	4	5.1
Reumatología	1	1.3
Urgencias	6	7.6
Biología de la reproducción	1	1.3
Endocrinología	3	3.8
Gineco-obstetricia	4	5.1
Se ignora	10	12.7

ANÁLISIS DE LOS REACTIVOS DE LA ESCALA: Del primer y segundo piloteo podemos comparar por cada reactivo, las actitudes de las personas acerca de la depresión; para tal análisis, tomamos únicamente los 22 reactivos que conforman la escala finalmente; entonces encontramos que:

PILOTEO 1 PILOTEO 2 REACTIVO

1. El 89.33% y el 91.2% opinan favorablemente en cuanto a poder ser amigo de una persona deprimida como de cualquier otra persona.
2. El 64% y el 67.1% no consideran que las personas deprimidas sean egoístas.
3. El 51.33% y el 57% piensan que las personas deprimidas pueden ser tan responsables como cualquier otra persona.
4. El 88.66 y el 84.8% sabe que no todas las personas deprimidas son suicidas.
5. El 63.33% y el 72.12% si compartiría su habitación con una persona deprimida.
6. El 86% y el 84.8% piensa que padecer depresión no significa fracasar en la vida.
7. El 78% y el 79.7% opina que quien padece depresión, puede volver a ser como antes.
8. El 78% y el 75.9% cree que las personas deprimidas no son las únicas culpables de su padecimiento.
9. El 62% y el 65.8% opinan que las personas deprimidas no son chantajistas.
10. El 64.66% y el 73.4% se casarían con una persona deprimida.
11. El 92% y el 89.9% no cree que la familia se desprestigie por tener a un deprimido entre ellos.
12. El 91.33% y el 96.2% creen posible que una persona deprimida se cure.
13. El 70% y el 36.7% considera difícil convivir con una persona deprimida.
14. El 66.66% y el 49.4% cree que las personas permanecen deprimidas porque carecen de fuerza de voluntad para recuperarse.
15. El 80% y el 78.5% está de acuerdo en que las personas deprimidas son capaces de una amistad real.
16. El 59% y el 46.9% no cree que existan inconvenientes para que a las personas cuando están deprimidas se les permita estar con los niños.
17. El 72.66% y el 65.8% no sienten que las personas deprimidas inspiren lástima.
18. El 94% y el 91.1% piensa que una persona deprimida es alguien a quien se puede querer y apreciar como a cualquier otra persona.
19. El 89.33% y el 89.8% no considera que sería vergonzoso para la familia saber que su pareja es una persona deprimida.
20. El 71% y el 76% no dudan en que las personas deprimidas sean útiles para la sociedad.
21. El 50.66% y el 60.8% opina que las personas deprimidas no deben culparse a sí mismas y/o a otros por los problemas que tienen.
22. El 57.33% y el 58.2% opina que no existen inconvenientes para que las personas deprimidas tengan a su cargo responsabilidades.

ANÁLISIS DE LOS GRUPOS EXPERIMENTAL Y CONTROL

CARACTERÍSTICAS DE LOS SUJETOS

Encontramos que en la variable sexo, 9 pacientes fueron mujeres y un solo hombre; este último se ubicó dentro del grupo experimental.

GRUPO/SEXO	FRECUENCIA		PORCENTAJE %	
	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO
G. CONTROL	---	5	---	50
G. EXPERIMENT	1	4	10	40
TOTAL	10		100%	

Respecto a la edad de los pacientes, se obtuvo una media de 38.1 años de edad en general; para el grupo control la media fue de 36.4 con una desviación estándar de 4.5; para el grupo experimental ésta fue de 39.8 años de edad con una desviación estándar de 3.42.

VARIABLE	G. CONTROL		G. EXPERIMENTAL		GENERAL	
	X	S	X	S	X	S
EDAD (años)	36.4	4.5	39.8	3.42	38.1	4.17

Los 10 pacientes y sus respectivas parejas obtuvieron una media de 13.6 años de casados, siendo la media para el grupo control igual a 13.6 años de casados con una desviación estándar de 7.76; y para el grupo experimental, la media fue de 16.8 con una desviación estándar de 4.44.

VARIABLE	G. CONTROL		G. EXPERIMENTAL		GENERAL	
	X	S	X	S	X	S
AÑOS DE CASADOS	13.2	7.76	16.8	4.44	13.6	6.64

La escolaridad de los pacientes se encontró dividida en tres categorías: el 80% tuvo estudios de preparatoria o equivalente, el 10% restante tenía estudios profesionales; la división de esta variable para el grupo experimental y control se muestra en la siguiente tabla:

VARIABLE	GRUPO CONTROL		G. EXPERIMENTAL		TOTAL	
	FREQ	%	FREQ	%	FREQ	%
ESCOLARIDAD						
PRIMARIA	2	20	---	---	2	20
PREPARATORIA	2	20	4	40	6	60
PROFESIONAL	1	10	1	10	2	20
TOTAL	50		50		100	

Respecto a la ocupación de los pacientes, el 70% se dedicaba al hogar y el 30% restante trabajaba; en el grupo control uno era trabajador y 2 se dedicaban al hogar; dentro del grupo experimental solamente uno trabajaba y 4 se dedicaban al hogar:

VARIABLE OCUPACIÓN	GRUPO CONTROL		G. EXPERIMENTAL		TOTAL	
	FREQ	%	FREQ	%	FREQ	%
TRABAJA	3	30	1	10	4	40
HOGAR	2	20	4	40	6	60
TOTAL		50		50		100

La frecuencia de los diagnósticos se encontró asignada de la siguiente forma: el 10% tenía una depresión neurótica (código 300.4 de la CIE-9), el 30% tenía una depresión reactiva breve (código 309.0), el 20% se diagnosticó con depresión reactiva prolongada (código 309.1) y el 40% restante tenía un diagnóstico de depresión no clasificada en otra parte (código 311). Estos diagnósticos se dividieron por igual entre los grupos experimental y control, con la única diferencia de que los dos diagnósticos de depresión reactiva prolongada se encontraron en este último grupo.

CLAVE DE LA CIE-9	DIAGNOSTICO FREQ	%	GRUPO CONTROL		GRUPO EXPERIMENTAL		TOTAL	
			FREQ	%	FREQ	%	FREQ	%
309.0	REACC. DEPRES. BREVE		1	10	2	20	3	30
309.1	REACC. DEPRES. PROLONGADA		2	20	—	—	2	20
311	DEPRESION NO CLASIFICADA		2	20	2	20	4	40
300.4	DEPRESION NEUROTICA		—	—	1	10	1	10
TOTAL				50		50		100

En cuanto al tipo de tratamiento farmacológico de los pacientes el 30% utilizó imipramina, el 20% Clorimipramina, el 10% utilizó la combinación imipramina/clonacepam, otro 10% amitriptilina/clonacepam, y el 20% restante clordiacepoxido/clonacepam.

TRATAMIENTO	GRUPO CONTROL		G EXPERIMENTAL		TOTAL	
	FREQ	%	FREQ	%	FREQ	%
IMIPRAMINA	2	20	1	10	3	30
CLORIMIPRAMINA	1	10	1	10	2	20
IMIPRA/CLONACEPAM	1	10	-----		1	10
AMITRIPTILINA/CLONAC	1	10	-----		1	10
CLORIMIPR/CLORDIAC	-----		1	10	1	10
CLORDIAC/CLONACEP	-----		2	20	2	20
TOTAL		50		50		100

Los promedios de los puntajes de las escalas aplicadas, nos muestran que en la escala de depresión: en el grupo control, en la primera aplicación la media es igual a 56.6, y en la segunda aplicación la media es de 50.2; para el grupo experimental las medias para la primera y segunda aplicación son de 47.8 y 36.4 respectivamente. En cuanto a la escala de actitud: para el grupo control en la primera aplicación se obtuvo una media de 70.8, y en la segunda aplicación ésta fue de 70.4; para el grupo experimental las medias que se obtuvieron en la primera y segunda aplicación fueron de 64.4 y 70.6 respectivamente. La media total del grupo para la escala de depresión, en la primera y segunda aplicación fueron de 52.2 y 43.3; para la de actitud, fueron de 67.6 y 70.5 respectivamente. Cabe señalar que en los puntajes de depresión, lo esperado es que éstos disminuyan, y son inversamente esperados para la escala de actitud.

APLICACIÓN	ESCALA DEPRESIÓN ZUNG		ESCALA ACTITUD EAHD	
	1ª	2ª	1ª	2ª
GRUPO CONTROL	56.6	50.2	78.8	70.4
G.EXPERIMENTAL	47.8	36.4	64.4	70.6
GENERAL	52.2	43.3	67.6	70.5

Otro método estadístico empleado en esta investigación, pertenece a la estadística no paramétrica, debido a la limitante que significó el reducido número de sujetos. Los procedimientos estadísticos utilizados fueron: la *r* de Spearman y la *U* de Mann-Withney, de la siguiente manera:

1) Para conocer la relación existente entre la depresión del paciente y la actitud de su cónyuge, que alude a la primera hipótesis (ver dentro del método, la sección de hipótesis), empleamos el método estadístico de la *r* de Spearman, correlacionando los pretest de la escala de depresión Zung con la escala de actitud EAHD, del paciente con su cónyuge respectivamente, en los grupos control y experimental; empleando posteriormente el mismo procedimiento con los postest. Al realizar dichas correlaciones encontramos que no existe una relación estadísticamente significativa entre la depresión del paciente y la actitud de su cónyuge, por lo que aceptamos la hipótesis nula y rechazamos la hipótesis alterna.

r de Spearman

	PRETEST/PRETEST	POSTEST/POSTEST
GRUPO CONTROL	0.30	0.075
G.EXPERIMENTAL	0.30	0.20

2) En cuanto al peso de la variable independiente dentro de la investigación, se buscaron diferencias estadísticas entre los grupos control y experimental de los puntajes de depresión de los pacientes, por medio de la prueba *U* de Mann-Withney: dicha prueba se aplicó en los pretest del grupo experimental contra el grupo control; empleando este mismo procedimiento posteriormente en los postest; encontrando diferencias estadísticamente significativas en la comparación de estos grupos en su forma de aplicación postest, $U=2.5$ en postest, en un nivel de confiabilidad alfa para pruebas unilaterales de 0.014; no siendo así para la forma de aplicación pretest. Por lo tanto rechazamos la hipótesis nula y concluimos que sí existen diferencias estadísticamente significativas en la depresión de los pacientes, medida con la escala de depresión ZUNG, entre el grupo control y el grupo experimental; siendo más bajos los puntajes de éste último grupo.

PRUEBA *U* DE MANN-WITHNEY

	PRETEST/PRETEST	POSTEST/POSTEST
GRUPO CONTROL	$U=7$	-----
G.EXPERIMENTAL	-----	$U=2.5$

ALFA= 0.14 PARA PRUEBAS UNILATERALES

3) En cuanto a la actitud hacia la depresión de las parejas del grupo control y del grupo experimental, buscamos diferencias estadísticas entre estos grupos, para saber si realmente había un cambio de actitud en aquellos cónyuges que asistieron al taller respecto a los cónyuges del grupo control. Entonces, se buscaron estas diferencias empleando nuevamente la prueba U de Mann-Withney en los pretest de los grupos control y experimental, y posteriormente, de igual forma, en los posttest; encontrando que en ambos análisis no existieron tales diferencias. Por lo anterior, aceptamos la hipótesis nula y concluimos que no existen diferencias estadísticamente significativas en la actitud hacia la depresión medida con la escala EAHD, en los cónyuges de los pacientes del grupo control y del grupo experimental.

PRUEBA U DE MANN-WITHNEY

	PRETEST/PRETEST	POSTEST/POSTEST
GRUPO CONTROL	U= 7	-----
G.EXPERIMENTAL	-----	U= 12

DISCUSION Y CONCLUSIONES

Como se citó en la introducción de esta investigación, por medio de las cifras observadas en las estadísticas mundiales, de otras investigaciones y de los estudios propios obtenidos de la incidencia de trastornos mentales del servicio de psiquiatría del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos del ISSSTE (Se anexa estudio); podemos confirmar la importancia que tiene la depresión en el campo de la Salud Pública. Aún más, es interesante conocer las alternativas de tratamiento para esta patología, que si bien son varias las propuestas; desde las más tradicionales como los tratamientos farmacológicos y las psicoterapias hasta algunas poco más novedosas como la fototerapia o también conocida como terapia de luz; generalmente, éstas son centradas en la atención *directa* al paciente; y que requieren de personal especializado como psicoanalistas, psicoterapeutas, psiquiatras, neurólogos, etc.

En la literatura relacionada a la depresión se encuentran también algunas propuestas para tratar *indirectamente* ésta y otras patologías por medio de los familiares o la comunidad del paciente. Aunque éstas son pocas, han logrado acercarse a una nueva solución del problema por medio de las actitudes (Casco-Natera 1986) y también, tratando terapéuticamente a matrimonios (Beach, Sandeen y O'Leary, 1986, 1988 y 1992) obteniendo buenos resultados en la evolución.

Retomando, una de las primeras inquietudes de la presente investigación respecto al tratamiento, ésta visualizaba la posibilidad de dar una atención menos especializada y focalizada, pero sí efectiva; es decir, que no requiriera de estos especialistas, y en su lugar, poder capacitar a trabajadoras sociales, enfermeras y pasantes de psicología o psiquiatría; para proporcionar una orientación completa a las parejas de dichos pacientes, sobre el cuadro clínico de la depresión y sus implicaciones en el ámbito matrimonial. De esta manera el Taller de Orientación a Parejas de Pacientes Deprimidos propuesto y realizado en esta investigación, sugiere que involucrando a aquellos que conviven con el paciente en el proceso del tratamiento y recuperación, a través del conocimiento de las características y la problemática de la enfermedad, así como de los procedimientos terapéuticos para su manejo; la evolución será más favorable (Beach, Sandeen y O'Leary, 1986, 1988 y 1992).

Así, la hipótesis central de esta investigación es, que la pareja, como fuente de interacción, retroalimentación e identificación narcisista, tanto del sistema individual, como conyugal y familiar; puede jugar un rol poderoso en el desarrollo y mantenimiento de la depresión, así como también puede ser potencialmente útil para promover la recuperación y mantenerla.

Por todo lo anterior y con base en la observación empírica de la dinámica institucional en la relación médico-paciente, respecto al tiempo limitado que tienen los médicos (debido al número de pacientes que deben atender dentro de su horario de trabajo), frecuentemente existe poca probabilidad de dar orientación acerca del padecimiento a los familiares y, algunas veces, a los mismos pacientes.

Así mismo, cabe señalar que en los hospitales generales de segundo y tercer nivel, aunque frecuentemente se cuenta con un servicio de especialidad en salud mental o psiquiátrico; se puede observar que el acceso a tratamientos que no sean farmacológicos es muy limitado. La alternativa de tomar alguna psicoterapia y/o tratamientos simultáneos se ve restringido porque existe poco personal designado a estas instituciones. Además, dicho acceso es todavía más difícil para los familiares de estos pacientes que, a diferencia de los pacientes con trastornos somáticos; en los padecimientos mentales se requiere en la mayoría de las ocasiones, tanto el apoyo de los familiares para la mejor evolución del padecimiento de su enfermo, e incluso para su misma deambulaci3n, como el apoyo emocional y consejo u orientaci3n a los mismos para el manejo de la patología y de su propio proceso para adaptarse a esa situaci3n (Freedman, 1975; citado en Wolman y Stricker 1995).

En el caso específico de la depresi3n, como ya se mencionaba en el capítulo uno; la sintomatología presente no solo irrumpe en la vida del paciente, sino también en sus relaciones personales, laborales y sociales; en las cuales la irritabilidad, el pesimismo y los trastornos conductuales, cognoscitivos y somáticos, dificultan dichas relaciones. Esta situaci3n traspolada a la relaci3n afectiva amorosa, complica también la interacci3n de la pareja, corroborándose esto con las investigaciones convergentes de O'Leary y cols, 1994; Marble-Lenger, 1985; Heikkinen y cols, 1994; y Wolman-Stricker, 1995; en que el *Life Event* más frecuente que precede al inicio de la depresi3n es un incremento en las disputas con la pareja; luego, la sintomatología de la depresi3n al no ser comprendida por la pareja, genera más conflicto y entonces la depresi3n es retroalimentada tornándose este proceso disputas-depresi3n en un círculo vicioso.

Una forma de romper con este círculo y prevenir las consecuentes recaídas y/o procesos largos de tratamiento menos complicados y costosos como una psicoterapia, es entonces, proporcionar la orientaci3n adecuada sobre dicha sintomatología y sus implicaciones en la relaci3n matrimonial, tal como se propone en esta investigaci3n; con sus estrategias y técnicas ya mencionadas en el capítulo cuatro, donde, conociendo la importancia del rol de la pareja en la depresi3n, se promueve un cambio de actitud.

Debido a lo anterior y como un primer acercamiento al campo de las actitudes, se construyó una escala de actitud hacia la depresi3n (ver metodología y procedimiento); y se exploró dicha actitud en poblaci3n general, así como posteriormente, en las parejas de los grupos de estudio; encontrándose que del análisis de los reactivos de la Escala de Actitud Hacia la Depresi3n, en la muestra de 150 sujetos, en los porcentajes más relevantes encontramos en un 90% de ellos (para ampliar los hallazgos encontrados, ver secci3n de resultados de la EAHD), que la depresi3n no es considerada como una patología tan estigmatizada como lo son otras enfermedades mentales; inferencia obtenida a través de los reactivos 1, 11, y 12, por mencionar algunos; en cuanto a que se desprestigie la familia por vivir con una persona deprimida, o por relacionarse socialmente con ellas; incluso, se piensa que la "curaci3n" del deprimido es altamente probable.

Respecto a lo anterior, y haciendo un breve paréntesis para proseguir con los hallazgos encontrados en el campo de las actitudes; es posible que la depresión no sea tan estigmatizada o aún más, no sea considerada propiamente como una enfermedad mental porque la concepción de enfermedad y salud mental se relaciona ante todo a referentes conductuales (Scheff T., 1970). Mientras más desviada (de la *norma*) sea la conducta, es mayor la tendencia a *etiquetar* a la persona como *desviada*, *enferma*, o *insana*. Esta valoración hacia la enfermedad mental, en el caso de la depresión genera una actitud ambivalente, es decir, un tanto desfavorable y un tanto favorable, en cuanto a que, como la conducta del deprimido no es tan desviada del común de las personas, o sea de la *norma*, facilita de alguna manera la convivencia y el mantenimiento de redes sociales del paciente; sin embargo, esta valoración juega en su contra en el sentido de que, como la persona deprimida no se considera del todo *enferma*, entonces se le exige un comportamiento *normal*, que en muchas ocasiones el deprimido no podrá satisfacer por sus limitaciones reales.

Lo anterior pudo comprobarse en los reactivos 8, 14, y 21; que se referían a la cuestión volitiva de la curación, donde, al rededor del 50% de los sujetos creen que el deprimido es culpable de su depresión y de los problemas que esta conlleva, además de no tener la *"fuerza de voluntad para recuperarse"*. Esto nos confirma la necesidad existente de educar a la población acerca de que la depresión no es un problema de "voluntad", sino que se trata de un trastorno que afecta principalmente el estado de ánimo, pero que además afecta el aspecto fisiológico y del comportamiento del individuo que la padece.

Por poner un ejemplo de esto, pudo observarse que dentro de las sesiones del taller, en el aspecto sexual, el cónyuge no deprimido llega a sentirse rechazado, agredido, o despreciado en sus necesidades sexuales por la incapacidad real del deprimido para compartir sexualmente con ellos. Es decir, que la conducta del deprimido, de disminución del apetito sexual (Calderón N., 1987), es mal interpretada por el cónyuge como un rechazo hacia su persona, más que como parte de la sintomatología de su pareja deprimida; en donde el cónyuge rechazado tiende a reaccionar emocionalmente (con enojo) ante tal negativa, y que en consecuencia provoca también una reacción conflictiva en el paciente, donde ésta, se ve exacerbada por los síntomas propios de la enfermedad, y por lo mismo tiende poner en funcionamiento el círculo conflictivo antes descrito, obstaculizando la evolución favorable de su padecimiento. Y es aquí donde la orientación sobre el cuadro clínico de la depresión puede disipar estas malas interpretaciones, a través de la comprensión de las mismas; y por ello, a través de ésta, provocar el cambio de actitud en el cónyuge sano.

En el 2º piloteo, también dentro de los puntajes más relevantes encontramos que la mayoría de las personas (en un 91.2%) opinaron que podrían ser amigos de una persona deprimida como de cualquier otra persona; poco menos de la mitad están totalmente de acuerdo en que la familia no se desprestigia por tener a un deprimido entre ellos; la mitad está totalmente de acuerdo en la posibilidad de curación del deprimido y en que a la mayoría de las personas les cuesta trabajo convivir con un deprimido; confirmando esto, las observaciones antes mencionadas.

Por otra parte, encontramos que la media de los 10 cónyuges de deprimidos (67.6), fue ligeramente más alta que en el piloteo de la escala en 150 Sujetos (63.06), los cuales, supuestamente, tienen menos probabilidad de convivir con una persona diagnosticada con depresión. Esto puede indicar la infiltración de los mecanismos de defensa de los cónyuges (probablemente sobrecompensación o formación reactiva), al contestar la escala, ante los sentimientos contratransferenciales (González N., 1993) que implica la dinámica de la relación con una pareja que padece depresión.

De igual forma, se observó que el grupo control tuvo una media de 78.8 puntos en la primera aplicación de la EAHD, mientras que el grupo experimental en la misma escala y en la misma aplicación, la media fue de 64.4 puntos. Por lo anterior podemos advertir que por variables extrañas como: la asignación aleatoria de las parejas a los grupos o por las características individuales que no pudieron ser controladas, el grupo control tuvo desde un principio, una actitud más favorable hacia la depresión que nuestro grupo experimental; y que esta puntuación (en el grupo control) disminuyó 8.4 puntos en la segunda aplicación, mientras que en el grupo experimental, se advierte una elevación del puntaje en el postest (70.6 puntos) de 6.2 puntos que supone claramente un cambio de actitud reflejado en los puntajes de la EAHD. Sin embargo, estas diferencias no pudieron ser comprobadas estadísticamente.

No obstante, si pudo comprobarse que en los pacientes de las parejas que habían asistido al taller, la depresión disminuyó significativamente respecto al grupo control. Este hecho señalaría entonces que las parejas que tomaron el taller (después de éste), tenían una mejor actitud hacia su pareja deprimida, que aquellos del grupo control. Sin embargo, al correlacionar la depresión de los pacientes, con la actitud de sus parejas, dicha correlación no fue significativa; por lo que podemos suponer que por la asignación aleatoria de los pacientes y sus parejas a los grupos y porque estos grupos fueron muy reducidos como para que pudiera hablarse de una confiabilidad más amplia; puede suponerse cualitativamente que es afirmativa la presunción de un cambio de actitud de parte de las parejas, que influyera de manera positiva la evolución del paciente; y no así cuantitativamente, por la insuficiencia de casos asignados en cada grupo. Además, también puede argumentarse el hecho de que en cuanto al tipo de depresión, se asignaron en los grupos experimental y control a los pacientes casi con el mismo tipo de depresión a excepción de que en éste último grupo, se ubicaron los dos únicos casos de reacción depresiva breve; y en el grupo experimental se ubicó el único caso de depresión neurótica. Debido a que la literatura psiquiátrica nos dice que las depresiones neuróticas tienen peor pronóstico que las depresiones reactivas y que las depresiones reactivas tienen, en general, mejor pronóstico (Vallejo-Gastó, 1990), podemos inferir que el grupo control estuvo *“en ventaja”*, y por lo tanto dicha correlación no podía ser significativa.

Las principales limitaciones que se encontraron en la presente investigación, se observaron principalmente en dos aspectos: 1) La dinámica particular de cada pareja, y 2) las dificultades que se presentaron para integrar y evitar la deserción de las parejas en los grupos.

En cuanto a la primera limitante, me refiero a que, aunque existió una entrevista inicial de selección de los candidatos para indagar si no existían problemas muy graves dentro de la relación matrimonial, ésta fue insuficiente, ya que se pudo advertir en el curso de la investigación que existía un grave deterioro en la relación de algunas parejas, lo que quedó de manifiesto y se expresó en las sesiones del taller y que también fueron evidentes por la deserción (de la investigación); además de la poca disposición de los cónyuges (masculinos) para participar. Al respecto, existió una demanda abierta por parte de las parejas para recibir en determinado momento, a una terapia de pareja conjunta a la orientación que prestaba el taller; lo cual queda como una proposición indubitable para futuras investigaciones en esta línea.

Referente a la segunda limitante, que va muy ligada a la anterior, en el caso de “retener” a los sujetos, que como ya se mencionaba, por razones propias de la relación matrimonial, existió considerable deserción y, además, de que la integración de los grupos experimental y control fue una tarea algo difícil por el escaso acceso a los sujetos que cumplían con los criterios de inclusión; y añadiendo a esto, la paciencia que tuvieron que mostrar las personas que ya habían sido incluidas al grupo experimental, dado que hubo de una a dos semanas de tolerancia para completar el número adecuado de participantes antes de poder dar inicio al taller.

Otra limitación se presentó por parte del tratamiento farmacológico y por las patologías no psicóticas concomitantes con la depresión, debido a que este aspecto fue controlado básicamente por los médicos, y por consiguiente, no hubo un control estricto de tal variable desde el punto de vista psicológico y de la investigación.

Debido a las limitaciones antes descritas se sugiere para la selección del universo de investigación seleccionar a los candidatos de grupos de terapia matrimonial y se apliquen cuestionarios o escalas para valorar la relación e interacción en la pareja. Esto, con el fin de obtener para nuestros grupos experimental y control, un resultado más puro de la variable actitud, de modo que, al medir la actitud de la pareja hacia la depresión, ésta sea válida; y realmente nos hable de la *depresión* como fenómeno *interferente* en la *actitud* hacia su pareja; y no que sea reflejo de una disfunción en la dinámica de la pareja por factores de patología individual.

De esta forma y con una visión más ambiciosa, se propone también, la apertura de espacios grupales (como grupos de orientación a familiares o parejas); capacitando a personal no especializado o técnico; como una alternativa simultánea y complementaria de los tratamientos tradicionales en las instituciones dedicadas a la salud; y no sólo para el caso de la depresión, sino también para todas aquellas patologías somáticas, psicosomáticas y mentales; y primordialmente, aquellas patologías con permanente riesgo de muerte súbita, como por ejemplo: las afecciones cardiovasculares que representan además del malestar físico (y mental, como en la insuficiencia vascular cerebral), una considerable cantidad de estrés, al desconocer el momento en que se puede presentar un paro cardíaco o una embolia, y si el organismo resistirá o no. Por lo tanto, puede inferirse y sugerirse la necesidad del apoyo interdisciplinario en pro de una

atención integral a los pacientes y sus familias, tomando como modelo el trabajo realizado en el Taller de Orientación para parejas de esta tesis.

De igual forma, cabe también destacar que el abrir espacios terapéuticos para fomentar la prevención, más que el tratamiento de los padecimientos mentales (e incluso, los somáticos) es una tarea primordial en el campo de la salud. Tal vez, *deberíamos abordar esta prevención desde las actitudes de la población general y equipo de salud hacia la enfermedad mental, en un contexto de reeducación para la salud.*

Como hemos visto, la depresión es hoy un problema de grandes dimensiones, de difusa conceptualización y en creciente aumento. Es un padecimiento multifactorial que sin duda cobra un alto precio por sus efectos en las áreas familiares, sociales, económicas, laborales, etc; que requiere tanto de tratamiento como de prevención.

Es bien conocido por los familiares de las parejas con depresión, lo difícil que puede resultar comunicarse con aquel que ha renunciado a la interacción con los demás; con aquel que, como una manifestación sintomática de la depresión, se siente segregado y marginado de la vida, que ha desistido de encontrar la *"felicidad"*.

Una de las etapas del desarrollo humano en la cual se requiere de *capacidad* para resolver problemas, asumir responsabilidades, tomar decisiones determinantes para la realización de metas futuras, etc; es la etapa adulta. Y con esto no quiero decir que otras de estas etapas no requieran de la aptitud suficiente para enfrentar las situaciones que existen en la vida y que forman parte de este desarrollo; sino porque en esta etapa en especial (la adultez), confluyen varios componentes que sólo corresponden a este momento; por ejemplo: la elección de pareja, la reproducción, la crianza de los hijos, el desarrollo laboral, etc; que requieren de dichas capacidades para garantizar la calidad de *vida de este adulto y de su descendencia*; y el que se logre esta meta o no, será enjuiciado por el mismo individuo en la próxima etapa inmediata.

Considerando lo anterior, es entonces, en la adultez, en donde la depresión puede ocasionar importantes efectos en las funciones de la estructura familiar, ya sea en el aspecto económico, social, afectivo, etc; como en aquellos casos en que el deprimido es el único proveedor (en el aspecto de la crianza y educación); o porque tal vez resulte intolerable o insostenible la relación de la pareja.

Estos hechos vitales combinados con la sintomatología propia de la depresión hacen una mezcla bastante conflictiva tanto para el enfermo, como para aquellos con quienes convive. Tal vez, la orientación a ambos, es un primer paso, para un camino hacia la recuperación menos difícil.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alonso-Swiller. (1995). PSICOTERAPIA DE GRUPO EN LA PRACTICA CLÍNICA. México. Manual Moderno.

Aguilar-Lara. (1996) Abril. RITMOS CIRCADIANOS Y DEPRESIÓN. Presentado en el curso de actualización en depresión; Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía M.V.S.

Beach-O'Leary. (1992). TREATING DEPRESSION IN THE CONTEXT OF MARITAL DISCORD: OUTCOME AND PREDICTORS OF RESPONSE OF MARITAL THERAPY VERSUS COGNITIVE THERAPY. Behavior-Therapy; Fal Vol. 23(4) 507-528.

Beach/Sandeen/O'Leary. (1990). DEPRESSION IN THE MARRIAGE. New York, The Guilford Press.

Berlanga C. (1994). DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN EN LA PRACTICA MEDICA. México. Asociación Psiquiátrica Mexicana. Gradicomp.

Bernstein D., Nietzel T. (1988). INTRODUCCION A LA PSICOLOGIA CLINICA. México. Mc Graw-Hill.

Bornstein-Bornstein. (1992). TERAPIA DE PAREJA. ENFOQUE CONDUCTUAL SISTEMICO. Madrid. Ediciones Pirámide.

Bourne-Ekstrald. (1985). Facultad de Psicología. APUNTES DE LA MATERIA DE INTRODUCCIÓN A LA PSICOLOGÍA CIENTÍFICA. Programa de material didáctico.

Buela-Casal. (1991). MANUAL DE PSICOLOGÍA CLÍNICA APLICADA. España. Ed. Siglo XXI.

Calderón N. (1987). DEPRESIÓN: CAUSAS, MANIFESTACIONES Y TRATAMIENTO. México. Ed. Trillas.

Casco-Natera. (1986). PERCEPCIÓN DE UN GRUPO DE PROFESIONISTAS HACIA LA IMAGEN QUE LA COMUNIDAD TIENE DE LA ENFERMEDAD MENTAL: COMPARACIÓN ENTRE AMBAS POBLACIONES. Salud Mental Vol. 9 No. 2 México, Junio.

Casco-Natera-Herrejón. (1987). LA ACTITUD HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL, UNA REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA. Salud Mental Vol. 10 No. 2, Junio. México.

Castañeda F. (1991). PROGRAMA: GRUPOS DE ORIENTACIÓN PARA FAMILIARES DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA. México. SSA.

Colín Piana R. (1990). SUICIDIO. GUÍA INFORMATIVA PARA PACIENTES, FAMILIARES Y AMIGOS. Roche.

Davison-Neale. (1983). PSICOLOGÍA DE LA CONDUCTA ANORMAL: ENFOQUE CLÍNICO EXPERIMENTAL. México, ed. Limusa.

Downie-Heath. (1986). MÉTODOS ESTADÍSTICOS APLICADOS. México. Ed. Harla.

Ehrlich M. (1989). LOS ESPOSOS, LAS ESPOSAS Y SUS HIJOS. México. Ed. Trillas.

Evans M. y cols. (1992). DIFFERENTIAL RELAPSE FOLLOWING COGNITIVE THERAPY AND PHARMACOTHERAPY FOR DEPRESSION. Archives of General Psychiatry. Vol.49, October, 802-807.

Fiorini H. (1992). TEORÍA Y TÉCNICA DE PSICOTERAPIA. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires.

Foucault M. (1976). HISTORIA DE LA LOCURA EN LA EPOCA CLASICA. México. Fondo de Cultura Económica.

González N. (1978). DINÁMICA DE GRUPOS. TÉCNICAS Y TÁCTICAS. México. Ed. Concepto.

González N. (1989). EN LA SEXUALIDAD MASCULINA EL AFECTO ES LO PRIMERO. México. Instituto de Investigación en Psicología Clínica y Social.

González N. (1992). RELACIONES INTERPERSONALES. UN PUNTO DE VISTA PSICOANALITICO. México. Instituto de Investigación en Psicología Clínica y Social, A.C.

González N. (1993). INTERACCIÓN GRUPAL. México. Ed. Planeta.

Gutierrez-Pozos. (1983). ACTITUDES DE LA COMUNIDAD HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL Y HACIA EL ROL DEL PSICÓLOGO. México. UNAM Tesis de licenciatura.

Haro-Lara. (1996). SUEÑO Y DEPRESIÓN. Presentado en el curso de actualización en depresión; Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía M.V.S. Abril.

Heikkinen, Martti y cols. (1994). RECENT LIFE EVENTS, SOCIAL SUPPORT AND SUICIDE. Yrjo Jahnsen Fondation VIII Medical Simposium: Depression: Preventive

and risk factors.(1992 Poruso Finland). Acta Psychiatrica-Scandinavica, vol. 89 (377, suppl) pp. 65-72.

Jackson S., (1989). HISTORIA DE LA MELANCOLÍA Y LA DEPRESIÓN. Madrid. Ed. Turner.

Kaplan I. (1989). TRATADO DE PSIQUIATRÍA. Barcelona, 2ª edic. Salvat.

Kaplan-Sadock. (1987). COMPENDIO DE PSIQUIATRÍA. México, ed Salvat.

Kleiman-Weissman. (1992). THE COURSE, MORBICITY, AND COST OF DEPRESSION. Archives of General Psychiatry. Vol. 49, October, 831-834.

Lemaire J. (1979). LA PAREJA HUMANA: SU VIDA, SU MUERTE. LA ESTRUCTURACIÓN DE LA PAREJA HUMANA. México 1986. FCE. Título Original: Le couple: Sa vie, sa mort.. Payot, Paris.

Marble-Lenger. (1985). APRRROCHE EXPERIMENTALE DE LA DEPRESSION CHEZ LA FEMME. (AN EXPERIMENTAL APROACH TO DEPRESSION IN WOMEN). Annales-Médico-Psichologiques. Dec. vol. 143(10) pp.996-1005.

Marmorstein-Marmorstein. (1983). MELANCOLÍA PSICOMETABÓLICA. México. Ed. Concepto.

Martí T., Murcia G. (1988). ENFERMEDAD MENTAL Y ENTORNO URBANO. España. Ed. Antrophos.

Martín B., (1987). PSICOLOGÍA ANORMAL: ENFOQUES CIENTÍFICOS Y CLÍNICOS. México, 2a. ed. Interamericana.

Otto Z. (1992). PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL. México,. Mc Graw-Hill.

O'Leary y cols. (1994). A CLOSER LOK AT THE LINK BETWEEN MARITAL DISCORD AND DEPRESSIVE SYMPTOMATOLOGY. Journal of Social and Clinical Psychology. Spr Vol. 13(1) pp.33-41.

Papalia E. (1990). DESARROLLO HUMANO. México. Mc Graw-Hill.

Puget-Berenstein. (1988). PSICOANÁLISIS DE LA PAREJA MATRIMONIAL. Buenos Aires. Ed. Paidós.

Sabelli. (1990). ANTICHOLINERGIC ANTIDEPRESSANTS DECREASE MARITAL HOSTILITY. Journal of Clinical-Psichiatty. Mar Vol.51(3) 127-128.

Salleras S. (1985). EDUCACION SANITARIA: PRINCIPIOS, METODOS Y APLICACIONES. Diaz de Santón. Madrid.

Satir V. (1978). RELACIONES HUMANAS EN EL NÚCLEO FAMILIAR. México, Ed. Pax-México.

Scheff T. (1970). EL ROL DEL ENFERMO MENTAL. Amorrortu. Buenos Aires.

Schraml N. (1975). PSICOLOGIA CLINICA. Herder. Barcelona.

Spielberger C. (1975). INVENTARIO DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO (IDARE). México. Manual Moderno.

Stefani D. (1977). ESCALA DE ACTITUDES HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina. Vol 23(3):202-207.

Stefani D. (1979). ACTITUD HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL Y NIVEL SOCIOECONOMICO. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina. Vol. 25(3):282-287.

Stefani D. (1983). ESTUDIO FACTORIAL DE UNA ESCALA DE ACTITUDES HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL. Interdisciplinaria. Vol. 4(1):87-107.

Strong-Claiborn. (1985). EL CAMBIO A TRAVÉS DE LA INTERACCIÓN. PROCESOS PSICOSOCIALES EN CONSEJO Y PSICOTERAPIA. España. Editorial Desclee de Brouwer S.A.

Tordjman G. (1989). LA PAREJA: REALIDADES, PROBLEMAS Y PERSPECTIVAS DE LA VIDA EN COMÚN. México. Grijalbo.

Toro-Yepes. (1985). PSIQUIATRÍA. FUNDAMENTOS DE MEDICINA. Medellín Colombia. 2a. ed. Corporación para investigaciones biológicas.

Uriarte B. (1988). NEURO PSICOFARMACOLOGIA. México. Ed. Trillas.

Vallejo- Gastó. (1990). TRASTORNOS AFECTIVOS: ANSIEDAD Y DEPRESIÓN. España. Salvat.

Velasco-Steimberg. (1993). TÉCNICA DE INTERVENCIÓN EN CRISIS: DEPRESIÓN Y SUICIDIO. Seminario Clínico impartido en la Cruz Roja Mexicana de Polanco para el servicio de apoyo psicológico por teléfono SAPTEL; Sept-Dic.

Wayne A. (1990). TREATMENT OF DEPRESSED IN-PATIENTS. British Journal of psychiatry. Vol 11 (4) Dec, 156, 73-78.

Wolman-Stricker. (1995). TRASTORNOS DEPRESIVOS. HECHOS, TEORÍAS Y MÉTODOS DE TRATAMIENTO. México. CIBA.

Yalom Irving. (1984). TEORIA Y TECNICA DE LA PSICOTERAPIA DE GRUPO. México.

Zung-Durham. (1965). ESCALA AUTOAPLICABLE DE DEPRESIÓN. México. Manual Moderno.

ANEXO 1

Las variables elegidas (edad, diagnóstico, sexo, etc.), se tomaron por la importancia que tienen, demostrada a partir de un estudio de incidencia de los trastornos mentales en el servicio de psiquiatría del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos del ISSSTE, realizado durante el año 1994. En dicho estudio se encontró que de una muestra total de 697 pacientes registrados por primera vez en el servicio de psiquiatría durante un año, como puede verse en la tabla N° 1, el 52.08% tenía entre 18 y 50 años de edad. De este grupo de edad, el 14.06% son hombres, y el 38.02% son mujeres.

TABLA N° 1. PACIENTES VISTOS POR PRIMERA VEZ EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL H.R.A.L.M. ISSSTE EN 1994. FRECUENCIA ABSOLUTA Y RELATIVA DE EDAD POR SEXO.

	18-50 AÑOS		OTRAS EDADES		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
MASCULINO	98	14.06	152	60.8	250	35.87
FEMENINO	265	38.02	182	40.71	447	64.13
TOTAL	363	52.08	334	47.92	697	100

En cuanto al diagnóstico, se puede observar en la tabla N°2 que la depresión no psicótica representa el 27.69% del total de los diagnósticos; de este porcentaje, el 54.92% son pacientes que tienen entre 18 y 50 años de edad. Respecto a las diferentes tipos clínicos de depresión no psicótica, la depresión neurótica representa el 63.8%; la depresión no especificada es igual al 51.95%; la depresión reactiva prolongada es igual al 51.07%; y la depresión reactiva breve corresponde al 45.45%.

TABLA N° 2. PACIENTES VISTOS POR PRIMERA VEZ EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL H.R.A.L.M. ISSSTE EN 1994. FRECUENCIA ABSOLUTA Y RELATIVA DEL DIAGNOSTICO DE DEPRESIÓN NO PSICÓTICA POR EDAD.

CODIGO CIE-9	18-50 AÑOS		OTRAS EDADES		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
*300.4	37	63.8	21	36.2	58	30.05
*309.0	5	45.45	6	54.55	11	5.70
*309.1	24	51.07	23	48.93	47	24.35
*311	40	51.95	37	48.05	77	39.90
TOTAL	106	54.92	87	45.08	193	100

* (300.4) DEPRESIÓN NEURÓTICA, (309.0) DEPRESIÓN REACTIVA BREVE, (309.1) DEPRESIÓN REACTIVA PROLONGADA, (311) OTROS TIPOS DE DEPRESIÓN NO PSICÓTICA.

ANEXO 2

ESCALA DE ACTITUD HACIA LA DEPRESION

1. **Tipo de instrumento:** Es un instrumento que mide *rasgo*. Rasgo: es un conjunto de conjunto de conductas interrelacionadas entre si y que juntas van a dar un atributo en general.

a) **Contenido a examinar:** Actitud hacia la depresión.

b) **Desglosar el concepto general en sus elementos:**

ACTITUD: La actitud será la predisposición del individuo para valorar de manera favorable o desfavorable algún símbolo, objeto o aspecto de este mundo... Las actitudes incluyen el núcleo afectivo o sensible del agrado o desagrado, y los elementos cognoscitivos o creencias que describen el efecto de la actitud, sus características y sus relaciones con otros objetos (Dawes 1983).

La actitud es una estructura formada por tres componentes: un componente afectivo (emociones, sentimientos favorables/desfavorables); un componente cognitivo (juicios, creencias, estereotipos, conocimientos); y un componente conativo (tendencias de acción o reacción).

DEPRESION: La depresión es un tono afectivo de tristeza que puede variar desde un ligero sentimiento de minusvalía o indiferencia hasta una predisposición extrema hacia el suicidio (González N. 1993).

2. **Finalidad del instrumento:** Esta escala se requiere para conocer la actitud de la pareja del paciente deprimido. Forma parte de la investigación de tesis, la cual tiene como hipótesis de trabajo, que al modificar la actitud de la pareja del paciente deprimido, éste último obtendrá una mejoría, al disminuir su sintomatología. Es importante la construcción de la escala de actitud hacia la depresión para obtener una medida objetiva cuantificada de ésta.

La escala será piloteada en población general con una educación básica, dentro de un rango de edad de 18 a 44 años. Después de este piloteo será utilizada en la pareja de los pacientes deprimidos, que también tendrán las características antes mencionadas.

3. **Definición operacional de la finalidad del instrumento:** Obtener una medida cuantificable de la actitud hacia la depresión. Para esta escala: una puntuación mayor a 75 puntos se considera una actitud favorable hacia la depresión, una puntuación menor de 45 puntos es considerada como una actitud desfavorable hacia la depresión.

4. **Formato de la escala es:**

Por su objetivo: de ejecución típica.

Por su formato: estructurada.

Por su aplicación: autoadministrada y colectiva.

Por su material: de lápiz y papel.

Se aplica en el area clínica.

Su nivel de aplicación requiere personas alfabetas.

Los reactivos son de estimación con 4 opciones de respuesta.

MODIFICACION DE LA ESCALA DE ACTITUD HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL "STEFFANY".

INSTRUCCIONES:

A continuación se le presentan 30 afirmaciones con respecto a la depresión. Cada una de ellas tiene a un lado un paréntesis en el cual se debe colocar el número que corresponda a la actitud que ud. crea conveniente, son 7 opciones que van desde un, *Estoy:*

- 1.-Totalmente de acuerdo
- 2.-De acuerdo
- 3.-Más o menos de acuerdo
- 4.-Indiferente
- 5.-Más o menos en desacuerdo
- 6.-En desacuerdo
- 7.-Totalmente en desacuerdo

En caso que tenga duda, antes de empezar a contestar, pregunte al aplicador.

Cuestionario # _____

Nombre: _____ Registro _____
 Sexo: _____ Edad: _____ Estado civil: _____
 Años de casados: _____ Teléfono: _____
 Dirección: _____
 Escolaridad: _____ Ocupación: _____
 Dx: _____ Clave: _____

- 1.- Podría ser amigo(a) de una persona deprimida como de cualquier otra persona.....()
- 2.- Las personas deprimidas son seres egoistas.....()
- 3.- Las personas deprimidas son chantajistas.....()
- 4.- Una persona deprimida puede ser tan o más responsable que cualquier otra persona.....()
- 5.- Todas las personas deprimidas son suicidas.....()
- 6.- No compartiría mi habitación con alguien que haya estado gravemente deprimido.....()
- 7.- El que ha padecido depresión, ha fracasado en la vida...()
- 8.- Las personas deprimidas inspiran a la gente ganas de ayudarles.....()
- 9.- Las personas que han padecido depresión, nunca volverán a ser como antes.....()
- 10.-Las personas deprimidas son incapaces de resolver problemas cotidianos.....()
- 11.-Las personas deprimidas son fácilmente reconocibles por sus modales.....()
- 12.-La persona deprimida es la única culpable de padecer depresión.....()
- 13.-Todas las personas tienen fuerza de voluntad para curarse de una depresión.....()
- 14.-Por más enamorado(a) que estuviera, no me casaría con alguien que padeciera depresión, si me enterara antes.....()
- 15.-La familia se desprestigia al tener a un deprimido entre ellos.....()
- 16.-Es vergonzoso para la familia saber que mi pareja es una persona deprimida.....()

- 17.-Las personas deprimidas requieren de un trato benévolo y comprensivo.....()
- 18.-A la gente le resulta más fácil compartir sus horas de trabajo con una persona deprimida, que convivir con ella()
- 19.-Las personas que permanecen deprimidas es porque carecen de fuerza de voluntad para rehabilitarse.....()
- 20.-Las personas deprimidas son capaces de una amistad real.()
- 21.-La mayoría de las personas deprimidas tienen deseos de trabajar.....()
- 22.-Aunque los pacientes con depresión que hayan sido dados de alta en un hospital, parezcan curados, no se les debe permitir estar con los niños.....()
- 23.-Todas las personas deprimidas inspiran lástima.....()
- 24.-Una persona deprimida es alguien a quién se puede querer y apreciar como a cualquier otra persona.....()
- 25.-Una persona que ha padecido depresión *nunca* volverá a ser sana.....()
- 26.-Es posible que una persona que haya padecido depresión se cure totalmente.....()
- 27.-Es muy difícil que una persona deprimida sea útil para la sociedad.....()
- 28.-Las personas deprimidas deben culparse a sí mismas y *no* a otras personas por los problemas que tienen.....()
- 29.-Existen inconvenientes para que una persona que ha estado deprimida tenga a su cargo responsabilidades.....()
- 30.-Las personas que han padecido depresión, *nunca* volverán ser como antes.....()

GRACIAS.

ANEXO 4
**ESCALA DE ACTITUD HACIA LA
 DEPRESION**

La información que usted pueda darnos acerca de su actitud hacia la depresión es muy importante para realizar una investigación que tiene como finalidad dar una mejor atención al derechohabiente, así como a su familia. El cuestionario es anónimo y le pedimos que consteste todos los reactivos sinceramente; si se le dificulta la comprensión de alguno de ellos, encierre el número del reactivo en un círculo.

A continuación se le presentan 27 afirmaciones con respecto a la *depresión en general*; sin tomar en cuenta el tipo o intensidad de está, cada una de ellas tiene a un lado 4 paréntesis en los cuales debe colocar una X en el lugar que corresponda a la actitud que ud. crea conveniente, son 4 opciones que van desde un, *Estoy*:

- 1.- *Totalmente de acuerdo*
- 2.- *De acuerdo*
- 3.- *En desacuerdo*
- 4.- *Totalmente en desacuerdo*

En caso de que tenga duda, antes de empezar a contestar, pregunte al aplicador.

Cuestionario # _____

Sexo: _____ Edad: _____ Estado civil. _____
 Años de casados: _____ Escolaridad: _____
 Ocupación: _____ Servicio: _____

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1.- Podría ser amigo(a) de una persona deprimida como de cualquier otra persona	()	()	()	()
2.- Las personas deprimidas son egoistas	()	()	()	()
3.- La mayoría de las personas tienen fuerza de voluntad para curarse de la depresión	()	()	()	()
4.- Una persona deprimida puede ser tan responsable como cualquier otra	()	()	()	()
5.- Todas las personas deprimidas son suicidas	()	()	()	()
6.- No compartiría mi habitación con alguien deprimido	()	()	()	()
7.- Quien ha padecido depresión, ha fracasado en la vida	()	()	()	()
8.- Las personas deprimidas inspiran a la gente ganas de ayudarles	()	()	()	()

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
9.- Las personas que han padecido depresión, <i>no</i> volverán a ser como antes	()	()	()	()
10.- La persona deprimida es la única culpable de padecer depresión	()	()	()	()
11.- Las personas deprimidas son chantajistas	()	()	()	()
12.- <i>No</i> me casaría con alguien que padeciera depresión	()	()	()	()
13.- La familia se desprestigia al tener a un deprimido entre ellos	()	()	()	()
14.- Es posible que una persona deprimida se cure	()	()	()	()
15.- Las personas deprimidas requieren de un trato benévolo y comprensivo	()	()	()	()
16.- A la mayoría de la gente le resulta difícil convivir con una persona deprimida	()	()	()	()
17.- Las personas deprimidas permanecen deprimidas porque carecen de fuerza de voluntad para rehabilitarse	()	()	()	()
18.- Las personas deprimidas son capaces de una amistad real	()	()	()	()
19.- Cuando las personas están deprimidas, es <i>inconveniente</i> permitirles estar con los niños	()	()	()	()
20.- Las personas deprimidas inspiran lastima	()	()	()	()
21.- Una persona deprimida es alguien a quién se pueda querer y apreciar como a cualquier otra persona	()	()	()	()
22.- Es vergonzoso para mi familia saber que mi pareja es una persona deprimida	()	()	()	()
23.- Las personas deprimidas se sienten menos que los demás.	()	()	()	()
24.- Es difícil que una persona deprimida sea útil para la sociedad	()	()	()	()
25.- Las personas deprimidas deben culparse a sí mismas y <i>no</i> a otras personas por los problemas que tienen	()	()	()	()
26.- Existen <i>inconvenientes</i> para que una persona deprimida tenga a su cargo responsabilidades	()	()	()	()
27.- Las personas que han padecido depresión, probablemente volverán a deprimirse	()	()	()	()

Gracias.

ESCALA DE ACTITUD HACIA LA DEPRESION

A continuación se le presentan 22 afirmaciones con respecto a la depresión en general; sin tomar en cuenta el tipo o intensidad de está, cada una de ellas tiene a un lado 4 paréntesis en los cuales debe colocar una *X* en el lugar que corresponda a la actitud que ud. crea conveniente, son 4 opciones que van desde un, *Estoy*:

- 1.- *Totalmente de acuerdo*
- 2.- *De acuerdo*
- 3.- *En desacuerdo*
- 4.- *Totalmente en desacuerdo*

En caso de que tenga duda, antes de empezar a contestar, pregunte al aplicador.

Cuestionario # _____

Nombre: _____
 Registro: _____ Sexo: _____ Edad: _____
 Estado civil: _____ Años de casados: _____
 Escolaridad: _____ Telefono: _____
 Dirección: _____
 Ocupación: _____ Servicio: _____

- | | | <i>Totalmente de acuerdo</i> | <i>De acuerdo</i> | <i>En desacuerdo</i> | <i>Totalmente en desacuerdo</i> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------------------------------|-------------------|----------------------|---------------------------------|
| 1.- Podría ser amigo(a) de una persona deprimida como de cualquier otra persona | () | () | () | () | () |
| 2.- Las personas deprimidas son egoistas | () | () | () | () | () |
| 3.- Una persona deprimida puede ser tan responsable como cualquier otra | () | () | () | () | () |
| 4.- Todas las personas deprimidas son suicidas | () | () | () | () | () |
| 5.- <i>No</i> compartiría mi habitación con alguien deprimido | () | () | () | () | () |
| 6.- Quien ha padecido depresión, ha fracasado en la vida | () | () | () | () | () |
| 7.- Las personas que han padecido depresión, <i>no</i> volverán a ser como antes | () | () | () | () | () |
| 8.- La persona deprimida es la única culpable de padecer depresión | () | () | () | () | () |
| 9.- Las personas deprimidas son chantajistas | () | () | () | () | () |
| 10.- <i>No</i> me casaría con alguien que padeciera depresión | () | () | () | () | () |
| 11.- La familia se desprestigia al tener a un deprimido entre ellos | () | () | () | () | () |
| 12.- Es posible que una persona deprimida se cure | () | () | () | () | () |

- | | Totalmente de acuerdo | De acuerdo | En desacuerdo | Totalmente en desacuerdo |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------|---------------|--------------------------|
| 13.- A la mayoría de la gente le resulta difícil convivir con una persona deprimida | () | () | () | () |
| 14.- Las personas que permanecen deprimidas es porque carecen de fuerza de voluntad para rehabilitarse | () | () | () | () |
| 15.- Las personas deprimidas son capaces de una amistad real | () | () | () | () |
| 16.- Cuando las personas están deprimidas , es <i>inconveniente</i> permitirles estar con los niños | () | () | () | () |
| 17.- Las personas deprimidas inspiran lástima | () | () | () | () |
| 18.- Una persona deprimida es alguien a quién se pueda querer y apreciar como a cualquier otra persona | () | () | () | () |
| 19.- Es vergonzoso para mi familia saber que mi pareja es una persona deprimida | () | () | () | () |
| 20.- Es difícil que una persona deprimida sea útil para la sociedad | () | () | () | () |
| 21.- Las personas deprimidas deben culparse a sí mismas y <i>no</i> a otras personas por los problemas que tienen | () | () | () | () |
| 22.- Existen <i>inconvenientes</i> para que una persona deprimida tenga a su cargo responsabilidades | () | () | () | () |

Gracias.

ANEXO 6. ESCALA DE STEFANI D.

INSTRUCCIONES:

A continuación se le presentan 59 afirmaciones con respecto a la enfermedad mental. Cada una de ellas tiene en la parte inferior 7 líneas que van desde una actitud totalmente desfavorable en el lado izquierdo, hasta totalmente favorable del lado opuesto, siendo la línea intermedia equivalente a una actitud neutra. Ud. deberá colocar una equis sobre la línea que considere se apega a su actitud con respecto a cada información.

En caso de que tenga duda, antes de empezar a contestar, pregunte al aplicador. Recuerde poner solo una equis en cada una de las afirmaciones.

Cuest. No. _____

sexo: _____ edad: _____ escolaridad: _____

ingresos económicos mensuales: _____

1. Podría ser amigo de un ex-enfermo mental como de cualquier otra persona.
Favorable _____ Desfavorable
2. Los enfermos mentales son seres egoístas.
Favorable _____ Desfavorable
3. En un hospital psiquiátrico, si un paciente hace algo incorrecto es obligación del médico hacerlo castigar.
Favorable _____ Desfavorable
4. Los hospitales psiquiátricos no deben ser vigilados por policías.
Favorable _____ Desfavorable
5. El enfermo mental es un ser violento.
Favorable _____ Desfavorable
6. Dado el tipo de enfermos internados en los hospitales psiquiátricos, es inútil realizar mejoras en las condiciones de las salas.
Favorable _____ Desfavorable
7. Un ex-paciente mental puede ser tan o más responsable que cualquier otra persona que no haya padecido ninguna enfermedad mental.
Favorable _____ Desfavorable

8. Los enfermos mentales son seres agresivos.
 Favorable _____ Desfavorable
9. Los enfermos mentales atacan en forma imprevista.
 Favorable _____ Desfavorable
10. Es difícil reconocer a alguien que alguna vez padeció alguna enfermedad emntal grave.
 Favorable _____ Desfavorable
11. El trato severo ni ayuda ni perjudica al enfermo mental.
 Favorable _____ Desfavorable
12. No compartiría mi habitación con alguien que haya estado mentalmente enfermo.
 Favorable _____ Desfavorable
13. Los enfermos mentales son seres que inspiran a la gente ganas de ayudarlos.
 Favorable _____ Desfavorable
14. Haber sido un enfermo mental es haber fracasado en la vida.
 Favorable _____ Desfavorable
15. La expresión de los ojos de los enfermos mentales es fría y distante.
 Favorable _____ Desfavorable
16. Aunque las personas que han sido pacientes de un hospital psiquiátrico nunca volverán a ser como antes, son capaces de resolver problemas cotidianos.
 Favorable _____ Desfavorable
17. Los enfermos mentales son seres fácilmente distinguibles por sus diferentes modales.
 Favorable _____ Desfavorable
18. Los enfermos mentales poseen los mismos criterios morales que la mayoría de la gente normal.
 Favorable _____ Desfavorable
19. Una persona es mentalmente enferma a causa de su baja moral.
 Favorable _____ Desfavorable

20. El enfermo mental es el único culpable de padecer una enfermedad psiquiátrica.
 Favorable _____ Desfavorable
21. Todos los enfermos mentales tienen fuerza de voluntad para curarse.
 Favorable _____ Desfavorable
22. En ningún caso el enfermo mental es culpable de su enfermedad.
 Favorable _____ Desfavorable
23. Por más enamorado/a que estuviera no se casaría con alguien que haya padecido alguna enfermedad mental grave.
 Favorable _____ Desfavorable
24. De ningún modo una familia se desprestigia por tener un enfermo mental entre ellos.
 Favorable _____ Desfavorable
25. Los hospitales psiquiátricos deben estar en lugar aislado para que no perturben la vida cotidiana de los ciudadanos.
 Favorable _____ Desfavorable
26. En un hospital psiquiátrico, los pacientes que causen el más mínimo escándalo deben ser rápidamente aislados.
 Favorable _____ Desfavorable
27. Los pacientes psiquiátricos son capaces de realizar tareas especializadas útiles para la sociedad, aunque estén mentalmente enfermos.
 Favorable _____ Desfavorable
28. En un hospital psiquiátrico, si un enfermero cuenta chistes o bromea con los pacientes, éstos le perderán el respeto.
 Favorable _____ Desfavorable
29. Es vergonzoso para una familia tener un miembro que sea enfermo mental.
 Favorable _____ Desfavorable
30. En un hospital psiquiátrico, el paciente requiere de un trato benévolo y comprensivo.
 Favorable _____ Desfavorable

31. En un hospital psiquiátrico el personal debe ser más severo con los pacientes.
 Favorable _____ Desfavorable
32. A cualquier persona que haya estado internada en un hospital psiquiátrico no se le debe permitir votar.
 Favorable _____ Desfavorable
33. A la gente le resulta más fácil compartir sus horas de trabajo con un ex-enfermo mental que convivir con él.
 Favorable _____ Desfavorable
34. Las personas que permanecen mentalmente enfermas es porque carecen de fuerza de voluntad para rehabilitarse.
 Favorable _____ Desfavorable
35. La disciplina que se aplica a los pacientes en los hospitales psiquiátricos debe ser muy severa.
 Favorable _____ Desfavorable
36. Los enfermos mentales son capaces de una amistad real.
 Favorable _____ Desfavorable
37. Los enfermos mentales no tienen expresiones en su cara que los haga diferentes de cualquier persona normal.
 Favorable _____ Desfavorable
38. La mayoría de los pacientes mentales tienen deseos de trabajar.
 Favorable _____ Desfavorable
39. Aunque los pacientes dados de alta de un hospital psiquiátrico parezcan curados, no se les debe permitir casarse.
 Favorable _____ Desfavorable
40. Los especialistas tratan de curar a los enfermos mentales, pero en la mayoría de los casos no lo consiguen.
 Favorable _____ Desfavorable
41. Me gustaría ayudar al personal de los hospitales psiquiátricos a cuidar a los enfermos mentales.
 Favorable _____ Desfavorable

42. Aunque algunos enfermos mentales parezcan estar bien, es peligroso olvidarse por un momento que están mentalmente enfermos.

Favorable _____ Desfavorable

43. Todos los enfermos mentales inspiran miedo.

Favorable _____ Desfavorable

44. En la mayoría de los casos los pacientes psiquiátricos que fracasan en su recuperación, deben culparse a sí mismos.

Favorable _____ Desfavorable

45. Cuando un enfermo mental es dado de alta en un hospital psiquiátrico se puede esperar que él asuma algunas de sus responsabilidades como ciudadano.

Favorable _____ Desfavorable

46. No hay inconveniente en que una mujer que haya estado mentalmente enferma se emplee como niñera.

Favorable _____ Desfavorable

47. En ningún caso se puede pronosticar la curación de las personas que están mentalmente enfermas.

Favorable _____ Desfavorable

48. A los ex-pacientes mentales se les debe permitir trabajar en cualquier tipo de empleo.

Favorable _____ Desfavorable

49. Un enfermo mental es alguien a quien se puede querer y apreciar como a cualquier persona.

Favorable _____ Desfavorable

50. Un enfermo mental nunca se volverá sano.

Favorable _____ Desfavorable

51. Es posible que un enfermo mental se cure totalmente.

Favorable _____ Desfavorable

52. Es muy difícil que un enfermo mental se vuelva útil a la sociedad.

Favorable _____ Desfavorable

53. Los enfermos mentales en su mayoría, deben culparse así mismos y no a otras personas por los problemas que tienen.

Favorable _____ Desfavorable

54. No hay inconveniente en que un ex-enfermo mental se le permita tener empleos que requieran de responsabilidades.

Favorable _____ Desfavorable

55. La mayoría de pacientes de un hospital psiquiátrico no son peligrosos.

Favorable _____ Desfavorable

56. Los enfermos mentales no logran curarse a pesar de poner todo su empeño en ello.

Favorable _____ Desfavorable

57. Los enfermos mentales usan palabras que no pueden ser comprendidas por la gente normal.

Favorable _____ Desfavorable

58. A pesar de que una persona haya padecido una enfermedad mental grave, se le debería permitir votar.

Favorable _____ Desfavorable

59. Las personas que han sido pacientes en un hospital psiquiátrico nunca volverán a ser como antes.

Favorable _____ Desfavorable

Gracias.

ANEXO 2. TABLA A. CONTENIDO TEMATICO DEL TALLER.

TEMA	CONTENIDO SINтетICO	ACTIVIDAD
PRESENTACION	1) Presentación del taller: mencionando los objetivos, finalidad, duración, beneficios, condiciones, expectativas, etc.	Dinámicas de integración. Tormenta de ideas.
DEPRESION	1) Concepto. 2) Sintomatología: afectiva, conductual, cognoscitiva, somática. 3) Curso.	Caso hipotético. Reflexión y discusión grupal. Exposición.
PAREJA	1) Áreas de conflicto en la relación (Comunicación). 2) Defectos en la comunicación. 3) Búsqueda de soluciones.	Dinámica. Exposición. Soluciones.
PAREJA (Continuación)	1) Áreas de conflicto en la relación (continuación). 2) Rol de la pareja en la depresión. 3) Búsqueda de soluciones.	Representación. Discusión grupal. Soluciones.
COMPLICACIONES	1) Conflictos interpersonales (social, laboral y familiar). 2) Suicidio: técnicas de psicoterapia de emergencia.	Discusión grupal. Exposición. Representación. Conclusiones.
TRATAMIENTO	1) Tratamiento psicológico, farmacológico y otros. 2) Antidepresivos: adherencia, periodo de adaptación y etapa control, mitos, efectos secundarios.	Tormenta de ideas. Discusión grupal. Exposición.
RESUMEN Y DESPEDIDA	1) Preguntas, dudas, comentarios y resumen. 2) Cierre y despedida.	Discusión grupal. Dinámica de cierre.

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL TALLER.

PRESENTACIÓN

El presente taller tiene como finalidad dar una mejor atención a los derechohabientes así como a los familiares del H.R.A.L.M. del ISSSTE.

El tema común para todos, que hoy nos reúne es la depresión, y particularmente cuando la depresión altera la vida en pareja. Seguramente todos tenemos algún tipo de información de lo que es la depresión, hemos experimentado la dificultad para poder entender la conducta de la persona deprimida, y muchas veces no sabemos como actuar ante tales manifestaciones.

El presente taller al cual se les ha invitado tiene como objetivos: el tener información objetiva acerca de la depresión, la aportación de sus experiencias personales con las cuales podamos trabajar y discutir; para obtener soluciones que nos ayuden a mantener una relación favorable durante y después de la recuperación de su pareja. Por medio de estos objetivos esperamos beneficiar de manera indirecta la evolución del paciente en tratamiento. La duración del presente taller consiste en siete sesiones, que se efectuarán una por semana, cada una de ellas por una hora. (Se aclaran dudas). *Duración:* 10 minutos.

Después de lo anterior se efectúa la *dinámica de "la telaraña"*, que tiene como objetivo romper el hielo entre los participantes, así como la presentación de cada uno de ellos, explorando al mismo tiempo sus miedos y expectativas.

Duración: 30 minutos.

Disposición del grupo: Parados, formando un círculo.

Desarrollo: A uno de los participantes se le proporciona una bola de estambre. El participante dice su nombre, que le gustaría y que no le gustaría que pasara en el taller. Luego, tomando la punta de la bola de estambre y sin soltarla, la avienta a otro participante que también hará lo mismo. Una vez que se han presentado todos los participantes, la bola de estambre será regresada a cada uno de los participantes, con la variación de que el último participante presenta al antepenúltimo aventándole la bola de estambre, y así sucesivamente hasta que la bola de estambre regresa al primer participante.

Con los *20 minutos* restantes se explora la idea de depresión que tiene el grupo, por medio de la técnica "tormenta de ideas".

DEPRESIÓN

Se presenta un caso *hipotético de depresión*, el cual se expone a reflexión y discusión grupal; al hacer las siguientes preguntas:

¿Que otras características creen ustedes que tenga la persona de la historia que acabamos de leer?

¿Qué piensan ustedes que le pasa a esta persona?

¿Porque creen que esta persona está así?

¿Qué pasará con esta persona en el futuro?

¿Consideran que esta persona requiera ayuda?

No, Porque; Si, de quién.

¿Qué aconsejan ustedes que se haga con una persona así?

CASO HIPOTÉTICO.

Ahora les voy a describir a una persona que siempre está muy triste, con la cara siempre apachurrada y que siempre tiene deseos de estar llorando porque la vida no vale la pena. A veces prefiere no moverse y quedarse en la cama; a veces llega hasta orinarse y defecarse allí. Siempre está pensando en que se va a morir, en que nada vale la pena. También se queja o se lamenta de ser muy mala, aunque en realidad no haga daño a nadie. Casi siempre piensa que la única salida a sus problemas es la muerte.

Duración: 30 minutos.

Después de la discusión se proporciona información objetiva por medio de la *exposición de los temas de depresión* (Concepto, componentes sintomatológicos y curso).

Duración: 20 minutos.

Con los *10 minutos* restantes, se obtienen conclusiones del tema utilizando para este fin, las mismas preguntas del caso hipotético.

PAREJA

Presentación de la dinámica para la comunicación "*el dibujo dictado*", que sirve para mostrar la dificultad de transmitir ideas que a uno le parecen clarísimas, demuestra gráficamente la dificultad de la comunicación.

Duración: 20 minutos.

Desarrollo: Uno de los participantes dicta a los demás lo que ve en el dibujo, pero no puede hacer ninguna seña o hacer preguntas. Los demás si pueden hacer preguntas. Al final se comparan los dibujos que hicieron los demás con el dibujo que todos hicieron.

Posteriormente a esta dinámica, se expone el tema de comunicación: elementos de la comunicación y principales problemas en la comunicación. *Duración:* 30 minutos.

La exposición incluye lo siguiente:

COMUNICACIÓN

La comunicación abarca e influye todo lo que acontece entre las personas. Es la norma por la que dos (o más, en caso de grupo) personas miden mutuamente su autoestima, y también es el instrumento por medio del cual ese nivel puede modificarse para ambos.

Los elementos de la comunicación a excepción de algunos casos son:

Elemento	Procesa
----------	---------

- a) *Cuerpo:* movimiento, distancia y posición, forma y figura.
- b) *Valores:* conceptos que significan su manera de sobrevivir y llegar a la "buena vida" (los "debiera" y "debería" para sí mismo y los demás).
- c) *Expectativas:* del momento, nacidas de experiencias pasadas.
- d) *Organos sensoriales:* permiten ver (contacto visual), oír, oler, saborear, tocar y ser tocado.
- e) *Habilidad para hablar:* palabras y voz.
- f) *Cerebro:* interpreta.
- g) *Mundo interno (transferencia):* carga afectiva y cognitiva o de recuerdo. Puede ocurrir que por características similares de una persona, que nos recuerda mucho a otra

del pasado; reaccionemos ante ella como si fuera la otra. Se comete un error de persona y tiempo.

h) *Nivel de energía*: ánimo (autoestima), fuerza.

Errores de la comunicación: no tener contacto visual, no poner atención, no aclarar lo que no entendí, método de sugerencia, método de telepatía, no usar el lenguaje (lo, eso, aquello), usar la crítica o etiqueta en lugar de la descripción, generalizar en vez de especificar.

Con los *10 minutos* restantes se discuten conclusiones.

La dinámica "*Usted qué hace cuando...*", tiene como objetivo de concientizar a la pareja del paciente deprimido, sobre su rol en la interacción con su pareja, además de buscar soluciones o modelos actitudinales más funcionales en la relación. Esta dinámica se llevará a cabo mediante representaciones que realizarán los participantes, y después de ésta, se proponen por medio de la discusión grupal, modelos más funcionales de actitudes.

Duración: 50 minutos.

Desarrollo: En la primera representación (caso hipotético), uno de los participantes asume el rol de la persona deprimida que se encuentra mirando el televisor, con la mirada perdida, como si estuviera muy distante. Entonces entra en la escena otro participante que tratará de animar a la persona deprimida sin encontrar mucha respuesta. Los participantes pueden improvisar su actuación, pero cuando se identifica un problema o alguna actitud negativa como impaciencia, desconsideración, incompreensión, etc.; se congela la escena y se discute grupalmente la solución probable al problema expuesto. La discusión será conducida recurriendo a los conceptos anteriormente vistos, es decir, promoviendo el uso de la experiencia cognitiva para modificar la actitud. Después de la primera escena se podrán escenificar otros casos, ya sean estos hipotéticos; o si se observa mayor participación por parte del grupo, éstas podrán ser experiencias personales. Una variante en esta dinámica será dividiendo al grupo en cuartetos o sextetos, en donde discutirán y propondrán algún problema que quisieran representar.

COMPLICACIONES

La sesión se inicia con una discusión grupal acerca de las complicaciones que existen en la depresión, iniciando con los problemas interpersonales como es la presencia de conflictos maritales, parentales y sociales que generan una vida de mala calidad tanto para el paciente como para los familiares; y terminando con la complicación más grave, el suicidio. (*Duración: 20 minutos*).

Después de la discusión grupal se expone el tema "suicidio: ¿qué hacer?", que utiliza técnicas de intervención en crisis. (*Duración: 20 minutos*).

Posteriormente se realizará una *representación de un intento de suicidio* para mostrar la técnica de intervención en crisis (*Duración: 20 minutos*). Terminada ésta, se obtienen conclusiones.

La exposición incluye lo siguiente:

SUICIDIO

Aunque no quisiéramos hablar del tema, ni siquiera pensar en él, es una realidad que nunca debe negarse cuando tenemos un familiar o amigo que padece depresión. Nuestra manera de apoyarlo puede significar la diferencia entre la vida o la muerte. Si él puede hablar de ello con alguien se sentirá mejor.

Las ideas suicidas son síntomas de la enfermedad depresiva, y así como otros síntomas de diferentes enfermedades, deben ser tratados por un médico. *Las ideas de muerte son relativamente frecuentes en las depresiones moderadas y casi inevitables en la profunda. No todo aquel que piensa en el suicidio lo lleva a cabo. Para muchos, son ideas que después de algún tiempo desaparecen, pero en otros la desesperanza y la angustia hacen que las ideas suicidas sean cada vez más persistentes hasta llegar a ser prácticamente incontrolables.* Es natural tener miedo de ofender o molestar a nuestro familiar o amigo depresivo, preguntándole si está pensando en el suicidio. O incluso podemos creer que si hablamos del suicidio a lo mejor le sugerimos la idea. Es muy importante que usted sepa que a nadie se le puede convertir en suicida, por hacerle una pregunta basada en nuestra genuina preocupación. Por el contrario, si la persona es suicida, por lo general agradecerá la oportunidad de hablar sobre sus sentimientos. Si la persona está muy cerca de cometer un intento suicida, hacerle preguntas directas sobre el cómo, cuando y dónde, esto permitirá ayudarlo a prevenir el intento.

Permitale desahogarse. Al mismo tiempo, tal conversación es la oportunidad de que usted tiene para presentarle al enfermo un mensaje de apoyo, aceptación y esperanza que tanto necesita.

Exprésele cariño y preocupación. La depresión profunda se acompaña por aislamiento y falta de comunicación. Cuando trate de ayudar, podrá encontrar que su

amigo o familiar no quiera comunicarse o hablar del problema. En ese momento es importante comprender lo mal que se siente y que sus sentimientos dolorosos son verdaderos. Si el depresivo no se siente bien hablando con usted, ofrézcale hablar con alguna otra persona.

Describale las conductas y hechos específicos que a usted le preocupan. Si usted ha notado cambios en su forma de ser, háblelos, ésta puede ser una buena manera de empezar la comunicación.

Trate de combatir sus sentimientos de culpa. La falta de comunicación puede encubrir sentimientos de culpa o vergüenza respecto a las ideas suicidas que son provocadas por la depresión. Si ha existido un intento suicida, el mismo hecho y su falla pueden empeorar esos sentimientos. Es importante hacerle ver al enfermo que no hay nada vergonzoso en la depresión y que sus sentimientos son síntomas de una enfermedad.

Trabaje junto al médico y otras personas. Una vez que logre vencer la incomunicación y que conozca la importancia de la ideación suicida, su meta principal es asegurarse que el enfermo reciba ayuda profesional. Cuando una vida está en peligro, como es el caso del deprimido grave, no debe haber secretos entre el paciente, su médico y su familia.

Hágale ver que su vida es importante para todos. Parece ser algo simple, pero cuando se debe poner en palabras ya no lo es tanto.

Combata las ideas del depresivo respecto a que su enfermedad no tiene remedio.

SI USTED SUPONE QUE UN AMIGO O FAMILIAR ESTA CERCA DEL SUICIDIO:

- * Mantenga la calma.
- * No trate de disminuir el problema.
- * Expresé su preocupación dando ejemplos concretos de lo que le hace pensar que su familiar o amigo está próximo al suicidio.
- * Escuche con atención, mantenga el contacto visual con el enfermo, incluso tome sus manos o abrácela.
- * Pregúntele directamente. Determine si hay un plan suicida.
- * No le juzgue, hágale saber que comprende su sufrimiento.
- * Explíquele que el suicidio es una solución permanente a problemas temporales. Déle esperanzas y recuérdale que hay forma de ayudarlo para que todo mejore.
- * No le prometa confidencialidad. Es muy probable que usted tenga que hablar con otros familiares y con su médico para proteger al enfermo. Nunca haga promesas que puedan poner en riesgo la vida del deprimido.

* Póngase en acción. Si es posible no deje solo al deprimido hasta que esté en manos de personas competentes o con el médico que lo atiende.

TRATAMIENTO

Se realizará una discusión grupal (Tormenta de ideas), en la cual se indagará la información que tienen los participantes a cerca de los tratamientos que se utilizan en la depresión, así como sus inquietudes y dudas a cerca de los mismos (*Duración: 30 minutos*). La discusión grupal podrá hacerse, dividiendo al grupo en cuartetos o sextetos; con todo el grupo, o en ambas formas.

Después de esto, se expone el tema (*Duración: 30 minutos*), que incluye lo siguiente:

ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS PARA LA DEPRESIÓN

1. TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

- *Terapia psicodinámica
- *Terapia interpersonal
- *Terapia cognitivo-conductual
- *Terapia marital y familiar
- *Terapia de grupo

2. TRATAMIENTOS SOMÁTICOS

- *Fármacos antidepresivos
- *Terapia electroconvulsiva
- *Terapia de luz
- *Supresión del sueño

En las depresiones sintomáticas y secundarias, la psicoterapia será un coadyuvante pero no tendrá el lugar del tratamiento etiológico, este será el ataque de la enfermedad causal.

En las depresiones reactivas, sí podemos decir que el tratamiento etiológico es la psicoterapia del tipo que sea posible, teniendo en cuenta las características generales de quien consulta. No se benefician con psicofármacos antidepresivos; pues en algunas ocasiones pueden tener el efecto opuesto al buscado, porque estos pacientes quieren estar alertas y los tranquilizantes actúan en sentido contrario.

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

El tratamiento psicoterapéutico es una forma de manejo de la depresión, por medio de este se logra la recuperación del paciente a través del análisis e interpretación de los factores emocionales involucrados en el trastorno o bien en la modificación de la forma como el paciente percibe sus problemas para proceder entonces a modificar conductas o actitudes depresivas.

TRATAMIENTOS SOMÁTICOS

Farmacológico: la selección del medicamento deberá hacerse con base a las características individuales de cada paciente, tales como tipo depresivo, historia personal o familiar de respuesta a tratamientos previos y presencia concomitante de otras enfermedades en las que el uso de ciertos antidepresivos pudiese generar complicaciones. Todo tratamiento deberá iniciarse a dosis bajas e ir incrementando paulatinamente hasta llegar al rango terapéutico, de acuerdo a la sensibilidad y respuesta individual. Por otra parte, una característica de prácticamente todos los antidepresivos es que requieren de cierto tiempo de administración (entre 10 y 15 días) para observar los efectos terapéuticos. El tratamiento se debe continuar a pesar de que hallan desaparecido los síntomas; es conveniente que el paciente tome las dosis que el médico recomienda al pie de la letra, ya que de lo contrario y por la forma en que los antidepresivos actúan; el paciente puede recaer. A los dos meses de tratamiento y si el paciente ha evolucionado de manera satisfactoria, se puede intentar reducir la dosis. En promedio el tratamiento de un episodio depresivo debe durar seis meses. Los antidepresivos tienen efectos farmacológicos complejos por lo cual producen también diversos tipos de efectos colaterales. Estos efectos son debidos a la modificación de varios sistemas de neurotransmisión tanto centrales como periféricos. De estos los más importantes, por las posibles complicaciones que puede producir son: Los efectos antimuscarínicos que generan efectos como sequedad oral, visión borrosa, constipación y retención urinaria. Los efectos antihistamínicos producen sedación y aumento de peso principalmente.

Etapa de control.

Se ha señalado que con un tratamiento adecuado debe esperarse una mejoría inicial en tres o cuatro semanas, mejoría que se va consolidando en dos o tres más. En estos momentos el enfermo ha vuelto a la normalidad en su estado afectivo y en sus relaciones con los demás; sin embargo, debe continuar su tratamiento por varios meses y en su oportunidad la dosis del medicamento se irá disminuyendo lentamente hasta lograr la eliminación total del fármaco. Esto amerita visitas de control cada mes o cada dos meses. Es frecuente, sin embargo, que al sentirse mejor el paciente disminuya y luego interrumpa su tratamiento, lo que origina que después de un tiempo se presente una recaída.

La necesidad de tener que tomar medicamentos por temporadas largas y quizás en algunas ocasiones de por vida, inquieta al enfermo y/o a sus familiares, pensando que se ha vuelto farmacodependiente. En este caso, cabe aclarar lo siguiente:

1. Que los antidepresivos no originan dependencia.
2. Que la continuidad del tratamiento está siendo supervisada por el médico.
3. Que hay otros problemas médicos que ameritan medicación permanente como la diabetes, la hipertensión arterial o la epilepsia, y que nadie pensaría en estos casos en la posibilidad de una dependencia de los medicamentos.

En otras ocasiones se plantea el problema contrario; el enfermo se encuentra en magníficas condiciones y a pesar de las indicaciones profesionales no quiere disminuir la dosis de sus medicamentos. Esto implica temor de volverse a deprimir, y es una interferencia que debe ser sorteada con tacto por el médico.

Terapia electroconvulsiva: consiste en la administración controlada de una descarga de corriente eléctrica en el encéfalo. Esta terapia tiene un elevado porcentaje de éxito, una mayor rapidez para inducir la respuesta terapéutica y un excelente perfil de seguridad cuando se administra adecuadamente.

RESUMEN Y DESPEDIDA

Con la participación de los asistentes se realizará un resumen de lo visto en el taller, aclarando dudas y haciendo comentarios.

Posteriormente se concluye el taller con la dinámica del "regalo abstracto"; en el cual se les pedirá a los participantes que hagan un regalo no material al grupo.

CRITERIOS PARA LA SELECCION DE PACIENTES

CRITERIOS DE INCLUSION.

- 1.- Paciente que acude por primera vez a consulta.
- 2.- Diagnóstico de depresión: no psicótica, no bipolar, no hospitalizados.
Se incluyen los códigos del CIE-9: 300.4, *308.0, *308.4, 309.0, 309.1, *309.4, y 311 (*Si hay depresión).
- 3.- Estado Civil: Casada(o), o en unión libre, 3 años mínimo.
- 4.- Edad: de 20 a 44 años.
- 5.- Candidato para tratamiento farmacológico.

CRITERIOS DE EXCLUSION.

- 1.- Presentar alguna enfermedad orgánica grave.
- 2.- Presentar cuadro psicótico.
- 3.-Tener contraindicación para el uso de antidepresivos.
- 4.- Tener otro(s) tratamiento simultáneo al farmacológico como: psicoterapia, T.E.C., u otras.

FORMATO PARA EL REGISTRO DE LOS PACIENTES.

Por favor anote los siguientes datos del paciente seleccionado con los criterios de inclusión y exclusión, además de entregar el tríptico. Gracias.

Nombre	Registro	Tipo de depresión	Teléfono
1.-			
2.-			
3.-			
4.-			
5.-			
6.-			
7.-			
8.-			
9.-			
10.-			

MANUAL INFORMATIVO DE LA DEPRESION EN LA PAREJA POR LA PSIC. AMERICA PERRUSQUIA C.

ADVERTENCIA

El presente manual ha sido elaborado con la finalidad de poder dar una orientación a la pareja y a los familiares de las personas que hoy se encuentran deprimidas. Surge como complemento del *"Taller de Orientación para la Pareja del Paciente Deprimido"*, impartido el mes de marzo de 1996, en el Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos del ISSSTE.

La información básica que aquí se aborda, se basa en el trabajo, experiencia e investigación de mucha gente especialista en el tema. Esta información trata de abarcar los puntos más importantes a cerca de la depresión, de cómo afecta la vida de la pareja, y de las posibles soluciones.

La profundidad de los contenidos de los temas, ha sido limitada por razones inherentes al alcance y al uso que pudiera darse a este manual; por lo que se hace la aclaración, de que la información que contiene el presente, no sustituye a la intervención personal (terapéutica e informativa), que pudiera ofrecerle un especialista en la materia.

DEPRESION

Un trastorno depresivo, es una enfermedad que afecta a todo su cuerpo, su estado de ánimo, y sus pensamientos. Afecta la forma en que usted come o duerme, lo que opina de usted mismo, de lo que lo rodea y su concepto de la vida.

La depresión es un padecimiento muy frecuente. Se calcula una tasa mundial del 3 al 4%, además de ir en aumento debido a factores que explicaremos más adelante.

Existen diferentes tipos de depresión, su clasificación depende de criterios como: su origen (o etiología), duración (o cronicidad), intensidad, recurrencia, etc. Pero en general, podríamos hablar de dos tipos: las depresiones unipolares y las bipolares.

Las depresiones denominadas como bipolares, tienen como algunas de sus características principales; episodios maniacos alternados con los depresivos. Los síntomas maniacos se manifiestan por exagerada alegría y aumento de las actividades, entre otras; que son contrastantes con los episodios depresivos caracterizados por síntomas que en esencia son contrarios a estos.

Las principales características de las depresiones unipolares se muestran en el siguiente cuadro:

TRASTORNOS EN LA AFECTIVIDAD

<i>Síntoma</i>	<i>Manifestaciones</i>
Indiferencia afectiva	Disminución o pérdida de intereses vitales.
Tristeza	Con o sin tendencia al llanto. Ausente en las depresiones "sonrientes".
Inseguridad	Dificultad para tomar decisiones.
Pesimismo	Enfoque vital derrotista, da origen a dependencia a los demás.
Miedo	Específico o indiferenciado, en ocasiones absurdo.
Ansiedad	Más intensa en la mañana, puede ser confundida con síntoma depresivo.
Irritabilidad	Con agresividad que da origen a problemas familiares y laborales.

TRASTORNO COGNOSCITIVOS.

<i>Síntoma</i>	<i>Manifestaciones</i>
Sensopercepción disminuida	Mala captación de los estímulos.
Trastornos de memoria	Dificultad para la evocación.
Disminución de la atención	Mala fijación de los hechos de la vida cotidiana.
Disminución de la comprensión	Dificultad de comunicación.
Ideas de culpa o de fracaso	Autodevaluación. Incapacidad de enfrentamiento.
Pensamiento obsesivo	Ideas o recuerdos repetitivos molestos.

TRASTORNOS DE CONDUCTA.

<i>Síntoma</i>	<i>Manifestaciones</i>
Actividad disminuida	Descuido de sus obligaciones y de su aseo personal.
Productividad disminuida	Mal rendimiento en el trabajo.
Impulsos suicidas	Ideas o intentos de privarse de la vida.
Impulsos a la ingestión de drogas	Tendencia a beber alcohol o a utilizar otras drogas como un mecanismo de escape de la ansiedad.

TRASTORNOS SOMÁTICOS.

<i>Síntoma</i>	<i>Manifestaciones</i>
Trastornos en el sueño	Insomnio que se presenta al principio o al final del período de descanso. Dormir inquieto. Hipersomnía.
Trastornos en el apetito	Anorexia que puede originar pérdida importante de peso. Hambre compulsiva.
Disminución de la libido	Debilitamiento o desaparición del deseo sexual.
Cefalea tensional	Afecta de preferencia a los músculos de la nuca y a los temporales.
Trastornos digestivos	Dispepsia, aerofagia, meteorismo, náuseas.
Trastornos cardiovasculares	Trastornos de la frecuencia o el ritmo cardíaco, disnea suspirosa, etc.
Otros	Mareos, prurito, alopecia, etc.

CAUSAS DE LA DEPRESION

Las causas de la depresión dependen de muchos factores, pero de manera general éstas podrían dividirse en: orgánicas, psicológicas, sociales y ambientales.

Las **causas orgánicas** se refieren en este caso al uso de drogas o medicamentos, y a enfermedades que por relación directa con el organismo, propician la depresión; y que se mencionan a continuación:

- **POR USO DE DROGAS:** Por ejemplo; Hipotensores, Neurolépticos, Digital, Metildopa, Sedantes, Diuréticos, Propanolol, Barbitúricos, Reserpina, Anfetamina, Esteroides, Guanetidina, Cocaína, Contraceptivos, Alcohol, Antabuse.
- **POR TRASTORNOS ENDOCRINOS:** Como, Hipotiroidismo (frecuente), Enfermedad de Addison, Hipertiroidismo (rara), Hipopituitarismo, Diabetes, Hiperparatiroidismo.
- **POR NEOPLASIAS:** Como, Cáncer del páncreas, Tumores retroperitoneales (Linfomas), Carcinomatosis, Tumor cerebral.
- **OTRAS CAUSAS ORGÁNICAS:** Como: Mononucleosis, Esclerosis múltiple, Hepatitis viral, Lupus eritematoso, Estados carenciales, Demencias degenerativas, Depresión post parto.

CAUSAS PSICOLÓGICAS.

Las causas psicológicas son de dos tipos: determinantes y desencadenantes:

CAUSAS DETERMINANTES: Tienen origen principalmente en experiencias vividas en la infancia tales como la muerte o la pérdida de personas significativas, que predisponen a la persona haciéndola más vulnerable a experiencias futuras, a las cuales responderá con una carga afectiva poco esperada referente al suceso que la precipitó.

CAUSAS DESENCADENANTES: Son aquellos eventos que disparan la reacción depresiva, se pudiera decir que es "la gota que derramó el vaso". Entre las causas desencadenantes más comunes que precipitan una depresión, están: las carencias y frustraciones que van más allá de los límites de tolerancia individual, la pérdida de amor o apoyo emocional, fracasos personales o económicos, pérdida de poder, pérdida de la salud, responsabilidades nuevas, etc.

SUICIDIO

Aunque no quisiéramos hablar del tema, ni siquiera pensar en él, es una realidad que nunca debe negarse cuando tenemos un familiar o amigo que padece depresión. Nuestra manera de apoyarlo puede significar la diferencia entre la vida o la muerte. Si él puede hablar de ello con alguien se sentirá mejor.

Las ideas suicidas son síntomas de la enfermedad depresiva, y así como otros síntomas de diferentes enfermedades, deben ser tratados por un médico. *Las ideas de muerte son relativamente frecuentes en las depresiones moderadas y casi inevitables en la profunda. No todo aquel que piensa en el suicidio lo lleva a cabo. Para muchos, son*

ideas que después de algún tiempo desaparecen, pero en otros la desesperanza y la angustia hacen que las ideas suicidas sean cada vez más persistentes hasta llegar a ser prácticamente incontrolables. Es natural tener miedo de ofender o molestar a nuestro familiar o amigo depresivo, preguntándole si está pensando en el suicidio. O incluso podemos creer que si hablamos del suicidio a lo mejor le sugerimos la idea. Es muy importante que usted sepa que a nadie se le puede convertir en suicida, por hacerle una pregunta basada en nuestra genuina preocupación. Por el contrario, si la persona es suicida, por lo general agradecerá la oportunidad de hablar sobre sus sentimientos. Si la persona está muy cerca de cometer un intento suicida, hacerle preguntas directas sobre el cómo, cuando y dónde, esto permitirá ayudarlo a prevenir el intento. *Permítale desahogarse.* Al mismo tiempo, tal conversación es la oportunidad de que usted tiene para presentarle al enfermo un mensaje de apoyo, aceptación y esperanza que tanto necesita.

- *Exprésele cariño y preocupación.* La depresión profunda se acompaña por aislamiento y falta de comunicación. Cuando trate de ayudar, podrá encontrar que su amigo o familiar no quiera comunicarse o hablar del problema. En ese momento es importante comprender lo mal que se siente y que sus sentimientos dolorosos son verdaderos. Si el depresivo no se siente bien hablando con usted, ofrézcale hablar con alguna otra persona.
- *Describale las conductas y hechos específicos que a usted le preocupan.* Si usted ha notado cambios en su forma de ser, háblelos, ésta puede ser una buena manera de empezar la comunicación.
- *Trate de combatir sus sentimientos de culpa.* La falta de comunicación puede encubrir sentimientos de culpa o vergüenza respecto a las ideas suicidas que son provocadas por la depresión. Si ha existido un intento suicida, el mismo hecho y su falla pueden empeorar esos sentimientos. Es importante hacerle ver al enfermo que no hay nada vergonzoso en la depresión y que sus sentimientos son síntomas de una enfermedad.
- *Trabaje junto al médico y otras personas.* Una vez que logre vencer la incomunicación y que conozca la importancia de la ideación suicida, su meta principal es asegurarse que el enfermo reciba ayuda profesional. Cuando una vida está en peligro, como es el caso del deprimido grave, no debe haber secretos entre el paciente, su médico y su familia.
- *Hágale ver que su vida es importante para todos.* Parece ser algo simple, pero cuando se debe poner en palabras ya no lo es tanto.
- *Combata las ideas del depresivo respecto a que su enfermedad no tiene remedio.*

- SI USTED SUPONE QUE UN AMIGO O FAMILIAR ESTA CERCA DEL SUICIDIO:
 - * Mantenga la calma.
 - * No trate de disminuir el problema.
 - * Exprese su preocupación dando ejemplos concretos de lo que le hace pensar que su familiar o amigo está próximo al suicidio.
 - * Escuche con atención, mantenga el contacto visual con el enfermo, incluso tome sus manos o abrácela.
 - * Pregúntele directamente. Determine si hay un plan suicida.
 - * No le juzgue, hágale saber que comprende su sufrimiento.
 - * Explíquelo que el suicidio es una solución permanente a problemas temporales. Dele esperanzas y recuérdelo que hay forma de ayudarlo para que todo mejore.
 - * No le prometa confidencialidad. Es muy probable que usted tenga que hablar con otros familiares y con su médico para proteger al enfermo. Nunca haga promesas que puedan poner en riesgo la vida del deprimido.
 - * Póngase en acción. Si es posible no deje solo al deprimido hasta que esté en manos de personas competentes o con el médico que lo atiende.

TRATAMIENTO

Los tratamientos utilizados en la depresión pueden ser somáticos o psicológicos.

Los **TRATAMIENTOS SOMÁTICOS** incluyen a la terapia de luz o fototerapia, la terapia por supresión de sueño, la terapia eléctrica o TEC, y la terapia farmacológica, que es la más comúnmente utilizada, que a continuación se presenta.

La **TERAPIA FARMACOLOGICA** consiste básicamente en la ingestión de medicamentos antidepresivos, los cuales dependiendo del tipo de acción y de sus componentes "equilibran" la cantidad de sustancias (neurotransmisores) del cerebro, para que éste pueda funcionar adecuadamente. El tiempo que requieren estos medicamentos para hacer efecto depende de cada organismo, pero en promedio, los primeros efectos de mejoría se observarán en dos o tres semanas; y el promedio total de tratamiento es de seis meses. Los antidepresivos en algunos casos pueden tener efectos secundarios indeseables, tales como: sequedad oral y de las mucosas, visión borrosa, estreñimiento, mareo, aumento de peso, somnolencia, náusea o inquietud. Pero muchos de estos síntomas pueden confundirse con los síntomas del cuadro clínico depresivo anteriormente mostrado. También cabe señalar que todas estas molestias son más intensas cuando inicia el tratamiento y generalmente desaparecen o se hacen más tolerables con el paso de las semanas.

Es muy importante recalcar que el no seguir estrictamente las indicaciones del médico, para el uso del medicamento, frecuentemente tiene como resultado recaídas.

Los TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS o PSICOTERAPÉUTICOS , son otra forma de manejo de la depresión, por medio de éste se logra la recuperación del paciente a través del análisis e interpretación de los factores emocionales involucrados en el trastorno o bien en la modificación de la forma como el paciente percibe sus problemas para proceder entonces a modificar conductas o actitudes depresivas. Dentro de estos tratamientos existen diferentes tipos de psicoterapia que serán asignadas a cada paciente según el tipo de necesidades y del tipo de depresión que éste presente.

COMUNICACIÓN

La comunicación abarca e influye todo lo que acontece entre las personas. Es la norma por la que dos (o más, en caso de grupo) personas miden mutuamente su autoestima (muy importante en el caso de la persona deprimida), y también es el instrumento por medio del cual ese nivel puede modificarse para ambos.

Los sentidos captan la apariencia, forma, voz, olor, etc.; entonces el cerebro informa lo que esto significa para la persona que percibe; valiéndose de sus experiencias pasadas del aprendizaje (libros, T.V, pláticas, etc.) y de la habilidad que cada quién tiene para utilizar esa información con el fin de dar una explicación al mensaje de los sentidos. De acuerdo con lo que informa el cerebro, el que percibe se sentirá cómodo o molesto, el cuerpo estará relajado o en tensión. A menos de que se constaten todas estas suposiciones y fantasías, éstas se convertirán en hechos "incontrovertibles".

Los elementos de la comunicación a excepción de algunos casos son:

- | Elemento | Procesa |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| a) <i>Cuerpo</i> : | movimiento, distancia y posición, forma y figura. |
| b) <i>Valores</i> : | conceptos que significan su manera de sobrevivir y llegar a la "buena vida" (los "debiera" y "debería" para sí mismo y los demás). |
| c) <i>Expectativas</i> : | del momento, nacidas de experiencias pasadas. |
| d) <i>Organos sensoriales</i> : | permiten ver (contacto visual), oír, oler, saborear, tocar y ser tocado. |
| e) <i>Habilidad para hablar</i> : | palabras y voz. |
| f) <i>Cerebro</i> : | interpreta. |
| g) <i>Mundo interno (transferencia)</i> : | carga afectiva y cognitiva o de recuerdo. Puede ocurrir que por características similares de una persona, que nos recuerda mucho a otra del pasado; reaccionemos ante ella como si fuera la otra. Se comete un error de persona y tiempo. |
| h) <i>Nivel de energía</i> : | ánimo (autoestima), fuerza. |

Errores de la comunicación: no tener contacto visual, no poner atención, no aclarar lo que no entendí, método de sugerencia, método de telepatía, no usar el lenguaje (lo, eso, aquello), usar la crítica o etiqueta en lugar de la descripción, generalizar en vez de especificar.

LA DEPRESION Y LA PAREJA

Diversos autores, que estudian la depresión en el matrimonio, sostienen que la relación matrimonial juega un papel muy poderoso en el desarrollo y mantenimiento de la depresión, así como también puede ser potencialmente útil, para promover la recuperación y mantenerla.

La sintomatología depresiva altera el comportamiento y las pautas establecidas dentro de la pareja que invariablemente tienden a crear malos entendidos entre los miembros de este particular grupo; y en consecuencia a estos problemas generadores de estrés aunado a su alteración afectiva (depresión), la evolución del paciente queda afectada.

Como anteriormente se mencionó en el cuadro clínico, la depresión origina con frecuencia irritabilidad, que dificulta las relaciones interpersonales y que en muchos casos en los que se había planteado un divorcio inminente, la curación del paciente *cambia por completo el panorama familiar.*

El enojo, la culpa y el miedo coexisten en la depresión. El enojo es similar a la culpa, excepto porque la hostilidad en lugar de dirigirse a uno mismo se dirige a los demás. Responder al enojo agresivamente agravará la hostilidad, contribuyendo al aumento de la ansiedad y de la depresión. Se debe tener presente que para que haya una disputa se *necesitan dos, y si uno es capaz de conservar la cordura, las relaciones mejoran.*

Por otra parte, existe la posibilidad de una sobreprotección que generalmente proviene de la madre ; es preciso hacerle saber que para la recuperación de la autoestima del paciente, es necesario que el mismo vaya actuando y tomando decisiones, lenta pero progresivamente; y que en esta tarea, su actitud lo perjudica.

Lo más importante que puede darse a una persona que está deprimida, es nuestro apoyo emocional. Esto requiere comprensión, paciencia, consideración y ánimo.

Por último, cabe mencionar que la relación interpersonal le da dirección, fuerza y sentido a las metas humanas; es a través de las relaciones interpersonales que el ser humano obtiene felicidad o dolor emocional. La felicidad personal sólo tiene sentido en función de otro; la madre, el padre, los hermanos, la familia extensa, los amigos, la pareja, el enemigo y demás personas que pueden ser importantes emocionalmente. Es bastante lo que cada quien puede hacer por el otro; si se lo propone y si tiene un poquito de disposición para dar una palabra de aliento, un poco de tiempo y un mínimo de tolerancia. A final de cuentas, todos vamos caminando en esta aventura de la vida, compartimos alegría, tristeza, salud y enfermedad; cada quien, a su diferente nivel de desarrollo comparte su vida con otros que le rodean. Por lo tanto, siempre tendremos esa condición humana de dar, recibir y compartir nuestras experiencias vitales.