

01921
254



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES**

**DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN ETAPAS
DE CRISIS Y SU INFLUENCIA EN LA
RELACION DE PAREJA**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE :
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :

MYRIAM ZEPEDA GONZÁLEZ

**DIRECTOR DE TESIS :
DR. JOSÉ LUIS DÍAZ MEZA**



MÉXICO, D.F.

MARZO DEL 2003.

Q



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIAS

Gracias a mis sinodales y todas las personas que apoyaron mi Tesis en forma profesional, moral y emocional. He llegado a ser: la profesionista que soy en gran medida por ellos.

A mi madre: Por esa perseverancia que le permite conservar su inigualable estilo, por su presencia de corazón siempre rebelde pero al mismo tiempo protector.

A esa sensibilidad y ese amor de madre que nunca se cansa, gracias por ser tú, siempre dispuesta a brindar.

A Gladys: Presencia incalculable de mi adolescencia, protectora, apapachadora e incondicional. Tu lucha a mi lado en los momentos difíciles y los consejos que siempre han estado ahí son un alivio. Por esos detalles y ese amor lleno de aceptación para tu hermana "la chica".

A Beta: El mejor compañero de mi infancia, al hombre tierno y defensor que siempre ha vibrado en tu interior y que sale cuando más se necesita. Por ese apoyo silencioso que estuvo durante mi carrera, gracias.

Para Jorge: La luz de mi vida, la pareja estable, comprensiva y madura con quién siempre soñé, tu amor y lucha son toda una escuela para mí. Llegaste en el mejor momento para construir juntos el castillo que siempre imaginamos y que ahora compartimos, por toda una vida juntos.

José Luis Díaz: Mi amigo y maestro, pocas personas tienen tal capacidad de dar como lo haces tú. Mi admiración, respeto y cariño por todos esos años compartidos, principalmente cuando más hacía falta. Esa presencia incondicional la llevaré siempre conmigo.

Por Gaby: La amiga de hermoso ser que todo brinda: cariño, conocimientos, presencia y hogar. Porque platicar contigo siempre ha sido un placer.

A mis tíos Elvia y Roger: Mis segundos padres, su respaldo en todo sentido ha sido básica en mi crecimiento como persona. Su biblioteca fue mi paraiso durante muchos años. Les agradezco ese espíritu de lucha y ese sentido de independencia que me transmitieron.

Para Azul: Mi niña, mi hermanita, a la vez mi maestra. A la soñadora que nunca se rinde, el alma siempre cercana a mi corazón. Esas crisis que hemos vivido juntas llenas de cariño y apoyo son tu más preciado regalo. Por el éxito que te mereces en todos los sentidos.

A Paola: Por ese corazoncito siempre dispuesto a recibir y dar. Tu hermosa energía llena de calor mi alma, tu tolerancia y amor es algo para aprender.

Carlitos: El pequeño guerrero incansable que me llena de ternura.

A mis cuñados Adris y Luis: Por el cariño y la confianza que siempre me han brindado, el gran apoyo y reconocimiento como familia que tenemos es un soporte personal muy valioso.

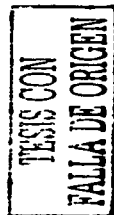
José Luis Reyes: Tus clases son algo que nunca olvidaré por su riqueza, profesionistas así llenan de empuje el espíritu de los alumnos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INDICE

• Resumen.....	4
• Introducción.....	5
1. Elementos de influencia en la formación de pareja	
1.1. Fundamentos teóricos.....	9
1.2. Conquista.....	13
1.3. Polaridades.....	13
2. El amor y sus repercusiones.....	17
2.1. Amor y conocimiento.....	19
2.2. Amor como proceso dinámico.....	19
2.3. Vida compartida.....	20
2.3.1. Los ingredientes de la vida compartida.....	22
2.3.2. Características internas de la pareja.....	26
2.3.3. La complejidad en el matrimonio.....	28
2.3.4. Amor y odio en el matrimonio.....	29
2.3.5. Cohesión familiar.....	30
2.3.6. Principio epigenético.....	34
3. ¿Qué es la crisis?.....	37
3.1. Crisis familiares.....	39
3.1.1. Tensiones y estrés familiar.....	39
3.1.2. Los engaños.....	41
3.2. El dolor.....	42
3.3. El proceso del duelo.....	43
3.4. Divorcio.....	44

4.	Depresión.....	45
4.1.	Antecedentes históricos.....	45
4.1.1.	Depresión en mamíferos.....	47
4.2.	El proceso de enfermedad.....	48
4.3.	Sintomatología.....	49
4.4.	Consideraciones generales.....	50
4.4.1.	Clasificación.....	54
4.4.2.	El punto de vista de la OMS.....	55
4.4.3.	DSMIV y CIE-10.....	56
4.5.	Aspectos epidemiológicos y etiología.....	57
4.5.1.	Causas determinantes y desencadenantes.....	60
4.6.	Concepto médico y psicológico.....	66
4.7.	Psicofarmacología.....	68
4.7.1.	Mecanismos de acción.....	68
4.8.	Cuadro clínico y escalas de uso actual.....	69
4.9.	Tratamientos.....	72
4.9.1.	Consideraciones generales.....	74
5.	Ansiedad.....	74
5.1	Historia de la ansiedad.....	74
5.2	Ansiedad y miedo.....	76
5.3	Somatización.....	78
5.3.1.	Aspectos clínicos de la somatización.....	79
5.4	Psicofisiología.....	81
5.5	Clasificación según el DSMIV CIE-10.....	82
5.6	Factores de la ansiedad.....	83
5.6.1	Epidemiología.....	83
5.6.2.	Bases neurológicas.....	84
5.7.	Tratamiento.....	86



• Justificación.....	90
• Importancia y limitaciones del estudio.....	94
• Planteamiento del problema e Hipótesis.....	96
• Método.....	98
• Resultados.....	110
• Discusión.....	125
• Conclusiones.....	135
• Apéndices.....	138
I. Prueba del ASPA.....	138
II. Prueba de Calderón Narváez.....	141
III. Prueba del IDARE.....	143
• Referencias bibliográficas.....	145

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

RESUMEN

Frecuentemente nos hemos preguntado, cuáles son los factores que se relacionan con las crisis de pareja; se mencionan las repercusiones sobre las expectativas que se tienen del matrimonio, o la vida en común; la interrelación entre los problemas físicos, económicos y psicológicos que acaban en la disolución de la pareja. Esto muchas veces, da como resultado un lastre en el autoconcepto o la autoestima de la persona y como consecuencia, le dificulta el relacionarse posteriormente con otros seres. Si otorgamos mayor importancia a la influencia de factores externos (sociedad), o materiales (nivel económico o laboral); al no cumplirse dichas expectativas el resultado es el mismo: la ruptura de la pareja. Se dice también, que las parejas se forman cuando ambos comparten actitudes y aptitudes similares o complementarias; el problema posterior surge cuando se viven situaciones extremas o aniquilantes entre sus miembros, dichas relaciones generan resentimientos o consecuencias que desembocarán en el deseo de finalizar con la relación.

Cada pareja forma su propio estilo el cual conlleva una serie de matices: felicidad e infelicidad, tranquilidad vs. angustia, agresividad vs. pasividad. Así, se comienzan a repetir más unas vivencias que otras, se va plasmando algo más permanente, una forma única e irrepetible de convivencia. De esta forma, cuando la pareja se encuentra en crisis por situaciones de angustia, ansiedad, enojo, depresión, etc., se activan patrones de relaciones anteriores, estructurando estilos particulares, que irán altamente relacionados con el tipo de personalidad de cada miembro de la pareja, con su historia familiar, individual y de relaciones significativas grabadas en forma consciente e inconsciente.

Por todas las variables que intervienen en los problemas de pareja, el objetivo de la presente investigación residió en determinar el grado de correlación entre los factores de depresión y/o ansiedad y la conducta dominante de enfrentamiento, bajo situaciones de conflicto. Para cumplir con este objetivo, se efectuó un análisis entre las conductas asertivas, sumisas, agresivas y agresivo pasivas.

La muestra estuvo formada por: 39 mujeres y 9 hombres; que hubieran convivido en pareja (bajo el mismo techo) cuando menos un año, y estuvieran pasando por un momento de crisis. La selección de la muestra se realizó en 2 instituciones de desarrollo personal; las pruebas fueron aplicadas antes de iniciar el curso. Se entregó: el cuestionario de Aserción en la Pareja ASPA (formato A), la Prueba de Calderón Narváez y la prueba del IDARE. Se realizó un análisis descriptivo por cada prueba. Así mismo se aplicó un análisis de correlación entre los factores de cada sexo, y por último una correlación múltiple de los instrumentos aplicados.

Encontramos en la prueba del ASPA, que al comparar el factor de Asertividad entre mujeres vs. hombres, ellos presentaron mayor puntaje. En el Calderón, las mujeres presentaron mayor puntaje en Depresión en comparación con los hombres. Respecto a la prueba del IDARE; las áreas de Ansiedad en estado y rasgo, presentaron mayor puntaje en las mujeres que en los hombres, aunque no fueron significativas.

La Asertividad, fue la conducta predominante tanto en hombres como en mujeres; no sabemos si es porque hay muchos reactivos que cuestionan las actitudes "socialmente aceptadas", o en realidad, la pareja ha ido incrementando sus niveles de comunicación en forma más clara y directa. La Agresión Pasiva se manifiesta en segundo lugar en ambos sexos, lo cual resulta ligeramente contradictorio con la primera conducta predominante, este resulta un punto a investigar posteriormente, ya que debido a cambios socioeconómicos y culturales, se presentan cambios ideológicos que podrían responder este contraste conductual. Así mismo contrariamente a lo esperado, los hombres puntúan más alto en el factor de sumisión; lo cual puede atribuirse a diversos factores: el aumento de nivel educativo de parte de las mujeres, la búsqueda de manutención económica, el cese del rol pasivo, así como el incremento de las denuncias de agresión; acciones realizadas por la mujer para su propio beneficio y en defensa de actitudes invasoras o agresivas de parte del género masculino.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCIÓN

En nuestros días, se menciona que la relación de pareja se encuentra en crisis, debido a que cada vez son mayores los índices de divorcio, abandono, o relaciones fugaces bajo la denominada "unión libre" y personas que prefieren permanecer solteras. Así, muchos son los que se han preguntado los factores que se relacionan con dichas crisis, por lo que es posible encontrar diversas teorías al respecto.

Se ha desarrollado mucho por ejemplo, acerca de las expectativas respecto al matrimonio o la vida en común, mencionando que actualmente se espera más de una pareja y cada vez es menos lo que se piensa tolerar del otro (Rojas, 1994); también existen teorías acerca del nivel de autoestima y su influencia en la intimidad, ya que las "marcas" o traumas psicológicos que llevamos desde la infancia van en aumento, debido a diversas situaciones socioculturales, lo que va afectando nuestras relaciones con las otras personas (Branden 1996). Nuestras estadísticas muestran de acuerdo al INEGI (CONAPO 2000), que el interés por el matrimonio va en disminución, en gran medida por el cambio de valores en nuestra sociedad, en donde es más importante el desarrollarse como individuos primero antes de casarse (principalmente de parte de las mujeres). Así, el concepto "familia" se ha ido perdiendo y los lastres dentro de nuestra historia van haciendo que resulte más difícil relacionarse con otros seres de una forma más o menos "sana" que permita la convivencia y la durabilidad de una relación

Rojas (1999), plantea que actualmente vivimos una cultura "lighth", en donde todo es superficial, ya que la mayor importancia se le otorga a los motivantes externos o materiales: como puede ser un buen carro, un excelente físico, aceptación social, una relación sexual o coital rápida, etc. En fin, existe una gran lista en donde se conjugan más aspectos materiales que emocionales, y nos encontramos tan inmersos en alcanzarlos, que las relaciones humanas profundas van perdiendo relevancia, así, en la carrera por alcanzar lo externo, se va olvidando lo interno, lo individual, incluyendo a nosotros mismos; dejando atrás el manejo de emociones, la intimidad, la tolerancia y la convivencia real y personal.

Si nos remontamos años atrás, Fromm en 1959 (2000), efectúa una interesante disertación afirmando que el factor primordial que "impide" practicar el amor es que no se considere como un "arte" que requiere ser aprendido y practicado.

Morris (2000), expone acerca de la influencia de los factores sociales como la sobrepoblación, la violencia, el estrés y la competencia entre sexos, elementos que actualmente se vive en casi todas las ciudades. El tipo de vida tan acelerado y las continuas demandas sociales, provocan que nos encontremos defendiéndonos del otro, en lugar de relacionarnos; se acaba dejando la empatía, es decir el entendimiento por el otro en último término. De esta manera, la situación personal se coloca más en el ámbito de sobrevivencia o la competencia, que de la convivencia, promoviéndose pautas de conductas agresivas o evasivas. Este tipo de conducta, impide las relaciones profundas y promueve seres que van actuando por la vida como seres asustados, defensivos y agresivos, que no permiten el libre desenvolvimiento de pautas de cortejo o de acercamiento real e íntimo con el otro.

Cada vez, es más frecuente el índice de personas con sentimientos de infelicidad y frustración, parecería que se fuera contagiando de una persona a otra siendo necesario moverlo hacia el sentido opuesto, contactando con la esencia del ser humano: ya que, si somos capaces de conocernos, amarnos y respetarnos, podremos hacerlo con los demás. Justamente, la teoría logoterapéutica, menciona que el ser humano puede trascenderse a sí mismo, formar su propio sentido de vida, independientemente de las circunstancias que lo rodeen (Brito, 1998).

Como podemos apreciar en las diferentes teorías que estudian a la familia y a la pareja, algunos elementos se interrelacionan y otros no. En la terapia familiar Andolfi (1992), define a la vida de los individuos como si estuviera inmersa en un gran sistema, compuesto de subsistemas que tienen más sistemas a su vez, y en donde el conjunto de unidades vinculadas influyen entre sí.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Brito (1998), explica que existen estratos físicos, orgánicos, anímicos y espirituales que conforman la actitud o el comportamiento del ser humano: por ejemplo: si en el trabajo no estamos bien, tampoco vamos a sentirnos completamente a gusto con nosotros mismos; si no hay satisfacción personal, esto va a afectar a nuestra familia, la pareja e inclusive a las relaciones sociales más superficiales. La incomodidad o el movimiento, puede darse desde cualquier vertiente y afectar a la otra: como una serie de cascabeles atados en círculo, que al agitarse desde cualquier lado, van a producir ruido y movimiento en los demás.

En la teoría del Desarrollo, ha sido posible analizar la intervención de múltiples factores: la comunicación, la relación con uno mismo y con los demás, la historia personal, elementos sociales, etc. El cómo se puede afectar la estabilidad de la pareja lo podemos apreciar en cada actitud que provoca respuestas y sensaciones diferentes, dependiendo de la persona. Una acción manipuladora, puede generar resentimientos y de parte del compañero, deudas pendientes por cobrar; y así, ante una actitud sumisa es fácil encontrar una reacción agresiva o controladora que se activa al sentir el poder (Beitman, en Gilbert y Shmukler 2001). Cada actitud, va a tener su parte complementaria, ó opuesta en determinado caso. También Dethlefsen y Dahlke (1990), en su tratado de "La enfermedad como camino", mencionan que siempre se requieren ambos lados de la moneda, que así es la polaridad, la cual consiste en el equilibrio entre los extremos, así cada elemento, requiere de su opuesto, ya que sin uno no existiría el otro: como el día y la noche, la bondad y la maldad, lo masculino y lo femenino, la actividad y la pasividad, etc.

Por supuesto, cada estilo de relación conlleva por sí mismo, una serie de sentimientos, pensamientos y acciones. Cuando se comienzan a repetir más unas vivencias que otras, se forma paulatinamente algo más definido: un estilo o forma determinada de sentir, pensar y actuar; como la gota de agua que cae en una piedra, en un lugar específico, a través de los días, los meses y los años, llegando a darle una forma única e irrepetible, definiendo así un estilo propio.

A este respecto al atestiguar sobre relaciones, Martínez (2002) menciona que el ser humano establece sus propios vínculos afectivos en base a necesidades, apegos y estilo de

TRON
FALLA DE ORIGEN

interacción. El estilo de los vínculos establecidos con los demás, va formando huella en nosotros, estructurando nuestra percepción del mundo, nuestra actitud ante la vida, las reacciones ante determinadas situaciones en determinados momentos. ¿Y cómo son esas reacciones?, existen variedad de ellas, algunas, con factores comunes. Es posible por ejemplo, identificar cuando alguien esta triste si habla poco, luce agotado, tiene alteraciones en el sueño, en la comida o ambas, y su perspectiva hacia el futuro es pobre o nula. Si esta sintomatología continúa, podemos hablar de una enfermedad denominada depresión, que dependiendo de su durabilidad, origen e intensidad, lo ubicaríamos en un tipo específico de depresión: transitoria, enlarvada, endógena o exógena. También está otro conjunto de reacciones como podrían ser las de sudoración en las manos, aceleramiento cardiaco, sensación de que algo "malo" va a suceder, etc., lo cual es posible identificar como ansiedad.

Existen síntomas, que engloban una enfermedad o alteración en nuestro sistema, el cual se puede haber desequilibrado por diversas situaciones. Es por esto, que escuchamos u observamos que Laura, después de su divorcio, entró en una depresión "tremenda": que Juan, después de pelear con su esposa está irritable o estresado y discute con todos; que Mary, parece haber tomado con relativa calma la muerte de su esposo, que se le escuchaba muy triste principalmente en el primer año, pero actualmente comienza a hacer sus cosas cotidianas. Todas estas conductas tienen que ver con el estilo de Laura tendiente a una actitud pasiva, o sumisa; que Juan, por lo general, cuando algo lo altera o le preocupa tiende a mostrarlo hacia afuera, en forma agresiva. Y por último que Mary, siempre se ha inclinado más por tomar la acción y buscar la forma de exteriorizar lo que siente permitiendo fluir sus emociones.

Así, hay pautas de conducta que se ven relacionadas, por ejemplo, cuando se habla de una pareja en crisis, significa que su mundo no funciona adecuadamente en ese momento, que hay una ruptura de la cotidianeidad y esto les puede llevar a manifestar diversos grados de depresión o ansiedad. Esta sintomatología irá altamente relacionada con su tipo de personalidad, la manera en que acostumbran a enfrentar sus problemas, así como la etapa que están viviendo cada uno individualmente y la etapa en la que se encuentran de su relación.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1 ELEMENTOS DE INFLUENCIA EN LA FORMACION DE PAREJA

1.1 FUNDAMENTOS TEORICOS

Pareja, concepto de hace ya varios años, que cada vez se cuestiona más, ¿qué comprende?, ¿hacia dónde nos lleva?. El diccionario Larousse (2001), la define como el conjunto de dos personas, animales o cosas, especialmente si son varón y mujer. Con respecto a una persona o cosa, otra que forma par con ella, lo que nos habla de igualdad por cualidad, condición o cantidad.

Este proyecto de investigación tratará la pareja entre hombre y mujer, en donde ambos, deciden, compartir un mismo techo, analizando cual es la manera predominante de afrontar las situaciones de conflicto o crisis.

Mucho se dice, que para poder emparejarse necesita haber amor, que éste es el ingrediente principal para poder enfrentar la vida en común. ¿Y qué es el amor?, ¿cómo compartir una vida juntos?, ¿se logra fácilmente?, o con acordarlo ¿es suficiente?. Si revisamos las estadísticas, parece que dentro de la cotidianidad, la vida en pareja no es tan fácil: cada vez son más las personas que deciden romper con su relación. También, ha sido posible apreciar como aumentan las variantes en cuanto a los tipos de uniones: parejas que viven juntas y compaginan todo; los que comparten sólo su economía; los que conviven apoyándose solamente en momentos cruciales que ellos van decidiendo; los que viven por separado y se acompañan en eventos sociales; los que comparten un techo pero viven su vida por completo en forma independiente; e inclusive, los que sólo se relacionan para pelear.

De acuerdo a la población en México (INEGI 2002), la mayoría de los jóvenes están casados antes de los 32 años, otros viven en unión libre o forman alguna relación con personas casadas y otros permanecen solteros. Lo que sí es real aquí y en otras partes del mundo, es que los índices de divorcio se han incrementado. En este país, el porcentaje de divorcios se duplicó

entre 1970 y 1997; siendo el mayor riesgo de separación el rango entre el primero y el quinto año después de la unión (CONAPO 2001).

Los datos del INEGI en 2001, reportaron un índice del 7.4% de divorcios siendo el 18% del D.F., se sabe además, que existen muchas parejas que viven separadas desde hace tiempo pero nunca llevan a cabo los trámites de divorcio por diversas circunstancias.

Diversos especialistas se preguntan que sucede con la familia y por ende, con la pareja, ya que se considera a la familia como la base de la sociedad (Chinoy 1981); y sin parejas no existe esta plataforma, núcleo social básico de donde va formando el individuo su ideología del mundo en que vive, las herramientas fundamentales para sus interacciones sociales e íntimas futuras, la formación de valores, etc. Shmukler y Gilbert (2001), hablan acerca de que el déficit de habilidades básicas de comunicación y estrategias para el manejo de conflictos, es por lo general el resultado de un trauma repetitivo en la infancia que interfirió de modo significativo con el desarrollo de experiencias normales de relación.

Teruel en 1974, mencionó algunas Teorías acerca del porqué de un Matrimonio, cómo se da el proceso de selección de pareja y estas son:

- a) El matrimonio como institución social es una expresión de aspiración de pertenencia a una sociedad. Se considera que con él es posible alcanzar la estabilidad, seguridad y la dignidad de las necesidades de relación entre padres e hijos.
- b) El matrimonio como sistema de relaciones interpersonales es estable y duradero según el grado en que alcanzan las cualidades de una díada (pareja) integrada.

Este autor, menciona que es posible discernir tres niveles fundamentales o subsistemas que están relacionados internamente, pero que pueden variar de modo independiente y poseen cambiante importancia para mantener la cohesión de la díada en diferentes fases:

- 1) Los valores y normas socioculturales,

- 2) Las normas personales que son conscientes y
- 3) Las fuerzas inconscientes que fluyen entre los cónyuges, ya sean de tipo positivo o negativo.

Dicks (en Teruel 1974), sostiene que la "mezcla de la interacción más o menos inconsciente de las relaciones objetales en este tercer subsistema es lo que gobierna la calidad a largo plazo de los matrimonios".

Por otra parte, se estipula que los cónyuges actuarán sus conflictos de acuerdo con los niveles que hayan alcanzado en su desarrollo individual; en el sentido de los factores que llevan a la madurez (posición depresiva) o a la inmadurez (posición esquizoparanoide) de acuerdo a la teoría de separación de la madre y las distintas etapas por las que pasa el sujeto para alcanzar su individualidad estudiadas ampliamente por Melanie y Fairbairn (en Teruel 1974).

El estudio de la vida en pareja, principalmente en cuanto a selección, nos demuestra que se puede aspirar a cualquier compañero aunque tenga los defectos más graves, porque la selección se basa en gran medida, en mecanismos inconscientes (Morales 2001). Esto demuestra la gran relevancia que tienen los procesos emocionales dentro de la relación, además de la influencia de factores externos, lo cual se definirá con mayor precisión más adelante al hablar de las expectativas conscientes e inconscientes de cada uno de sus integrantes al establecer el acuerdo de compartir una vida juntos.

En el hombre civilizado, es posible observar como esta selección es intervenida por mecanismos mucho más complejos, unos conscientes y otros inconscientes, (Caruso 1982). Por ejemplo, Teruel (1974) la enumera de la siguiente manera:

1. Reconocimiento definitivo de la importancia del ambiente en el desarrollo del individuo, de su carácter y su vida.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2. La teoría del superyo, que implica que la sociedad con todas sus complejidades se asimila a la estructura psíquica del individuo durante la crisis edípica. Se origina por la necesidad interna de salir del caos de sentimientos opuestos y ambivalentes: amor vs. odio, deseo vs. frustración, etc.; que despiertan las fantasías primitivas del niño en choque con la realidad.
3. El individuo en constante interacción con la sociedad que integra: se basa en considerar el punto de unión desde las coordenadas de su pasado: conflictos primitivos y forma de resolverlos; su presente, el "aquí y ahora"; de transferencias: proyección de sus sentimientos y vivencias en los otros, que permita una comprensión profunda de sus problemas.

Es muy importante el yo-ideal cuando se trabaja con parejas, se puede decir que cumple un rol importantísimo en el proceso del enamoramiento ya que parece ser muy común el patrón ideal. Si todo está de acuerdo con el ideal prefabricado, uno se siente tranquilo y satisfecho consigo mismo, si no se ha alcanzado, puede sentirse angustia y decepción (Caruso 1982).

Bergler (en Teruel 1974), dice que el amante ve su ideal en la amada: busca en la realidad a un objeto material de su ideal, proyectando sus fantasías en el otro, cometiendo errores tan frecuentes en la elección del objeto amoroso, que no se deben enteramente a que éste engaña al enamorado, sino al deseo del mismo amante de ver cumplidas sus fantasías.

Entre los factores asociados al incremento en la ruptura de uniones en México (CONAPO 2001), se menciona el notable aumento en los niveles de educación en las mujeres y su mayor participación económica; desde la perspectiva cultural, parece tener una gran relevancia el cambio de valores, el cual redundaría en una mayor importancia a proyectos individuales (estudios, trabajo, etc.) que en formar una familia.

1.2 CONQUISTA

En la conquista amorosa Rojas (1994), dice que se produce una especie de juego ambivalente: estar interesado e indiferente a la vez. Es un ejercicio de exploración entre dos personas, que tiene como fin el conocer al otro más íntimamente. Por medio de este proceso, medimos de un modo real y práctico las propias posibilidades afectivas. En este período, el amor no ha aparecido todavía de una forma auténtica y verdadera, sino que se está ensayando, probándose para observar qué sucede y qué posibilidades se tienen de triunfar, dominar, vencer y colonizar el corazón de la otra persona.

Fromm (2000), habla de que también es un proceso de juego en donde participan actitudes ambivalentes: de aproximación vs. alejamiento; ofrecimiento vs. negación e interés vs. indiferencia. Esto es justo lo que forma parte del cortejo, lo cual provoca movimiento tanto interno como externo, emoción por el interés en la otra persona y por nosotros. Eso mismo nos va dando conocimiento del otro, así como de nosotros mismos mientras vamos viviendo todo este ritual de la conquista, lo que nos muestra nuestras posibilidades afectivas. El momento de la conquista, es un proceso de mucha emoción y fuerza, conlleva competencia, ya que mide las posibilidades en el individuo de: triunfo, dominio y vencimiento.

1.3 POLARIDADES

Sanford (ref. en Barragán 1990), menciona que el individuo vive bajo arquetipos como mencionaba Jung: *el ánima y el ánimus*: la parte femenina y la parte masculina respectivamente, que forman parte de un solo individuo al crecer en un mundo conformado por ambos sexos. Estos arquetipos contienen aspectos tanto positivos como negativos, y por lo tanto, parecen ser altamente deseables y atractivos principalmente al inicio de la formación de una relación, aunque después puedan convertirse en aspectos destructivos e irritantes.

Esto se explicará a continuación, cuando la pareja comienza a relacionarse, si el hombre proyecta en la mujer el aspecto positivo de su parte femenina, entonces ella se convierte en alguien sumamente deseable para él, lo fascina, lo atrae y le proporciona felicidad. La mujer con esta proyección, enseguida se convierte en el objeto sexual de sus fantasías eróticas y de sus deseos sexuales. Así a este hombre, le parece que solo estaría satisfecho, al hacer el amor con ella, fase comúnmente denominada enamoramiento. Naturalmente, dicha mujer con esta proyección de su hombre de lo femenino, se llegará a sentir especialmente contenta, por lo menos al principio. Se siente halagada y valorada, y aunque no se dé cuenta del todo, goza la sensación del poder. No obstante, al transcurrir la relación, ella puede arrepentirse, principalmente al experimentar la parte desagradable de cargar con la proyección de otra persona; ya que eventualmente, puede sentirse sofocada. Se percatará que él resiente que ella no siempre esté disponible, creando una sensación de opresión. De igual forma, descubrirá que el hombre, resiente cualquier intento de su parte por desarrollar su individualidad; de hecho, es muy común que él no la vea como realmente es, sino como desearía que fuera. El puede pretender que su pareja cumpla su imagen femenina idealizada y proyectada y esto, inevitablemente chocará con la realidad de ella como persona.

De hecho, los dos pueden comenzar a sentirse disgustados respecto al sexo. El hombre, es arrastrado compulsivamente a la relación sexual con la mujer que carga su imagen femenina, y solo siente que la relación se completa después del coito, cuando tiene una sensación momentánea de unidad con ella. Más aún, la mujer que en algún momento cargaba la proyección positiva de su pareja podría de pronto, recibir la proyección negativa del lo femenino (la imagen de la bruja), sobretodo cuando él no vea reflejadas sus idealizaciones.

Siendo por lo general, ignorantes acerca de su propia psicología, la mayoría de los hombres responsabilizan a sus mujeres por su mal humor; lo que conlleva al hecho de que la mujer de la que el hombre se enamoró alguna vez y fue considerada como diosa, puede fácilmente ser vista como el ser más bajo, catalogada por no ser incondicional y acorde con la imagen preconcebida, comenzando a percibirse como un ser abandonador o castigador ante el amor que se le

proporciona y así como alguna vez fue sobrevalorada, de momento puede tornarse en una imagen totalmente devaluada por no cubrir las expectativas depositadas en ella.

Las mismas proyecciones hacen las mujeres en los hombres; si la mujer proyecta en el hombre su imagen positiva del ánimos (su lado masculino), ella sobrevalora al hombre como el héroe salvador y guía espiritual, se siente fascinada, atraída y completa a través de él. Tales proyecciones, son especialmente depositadas en los hombres que tienen el poder de la palabra; cuando el goza de este don, adquiere poder con sus ideas, siendo la figura ideal para cargar con las proyecciones de ella: él se convierte, en algo más grande que la propia vida. De esta manera la mujer puede perder su propia flama creativa, habiéndola desplazado en su pareja y, el hombre que recibe dichas proyecciones, puede frecuentemente no merecerlas o no poder con tan excesivas demandas. En sí, el hombre puede sentirse halagado al cargar con una proyección positiva, pero también puede llegar a sentir los aspectos desagradables de la carga: una sensación de pesadez y de cansancio ligados a la relación al verse obligado a cargar con la responsabilidad física y emocional de dos seres. Si ambos proyectan imágenes positivas en el otro al mismo tiempo, tenemos el perfecto estado de la relación, conocido como el estar enamorados (Stendhal, en Barragán 1990).

Como ya se dijo, las proyecciones negativas se encuentran a la vuelta de la esquina. El mismo hombre que puede sentirse fascinado, de pronto podrá verse irritado y frustrado. La proyección positiva se desvanece cuando la familiaridad expone a la relación una dosis de realidad, y la proyección negativa se encuentra justo ahí para tomar su lugar. A su vez, la mujer inicialmente deslumbrada con el hombre sobrevalorado, ahora es devaluado por no cumplir sus expectativas.

Las relaciones basadas exclusivamente en el estado del enamoramiento, nunca perduran. Simplemente, no permanecen cuando se aplican a la prueba real de una relación verdadera y humana. Sólo perduran en un mundo fantasioso en donde no se atraviesa por las presiones

cotidianas de la vida. Mientras más reales sean hacia el otro como personas, menor posibilidad tienen las imágenes mágicas y fantásticas del inconsciente de seguir proyectadas en ellas.

Enamorarse

Consiste en un estado emocional surcado por la alegría y la satisfacción de encontrar a otra persona que es capaz de comprender y compartir tantas cosas como trae consigo la vida, Rojas (1994) menciona como algunos de sus representaciones características:

- a) **Trastorno de la atención.**- Se centra en una dirección determinada, solo ve al ser idealizado desatendiendo todo lo que está a su alrededor.
- b) **Cristalización.**- Es atribuir a la persona amada todo un conjunto de cosas buenas, positivas y nobles que pueden existir.
- c) **Entusiasmo.**- Se compone de una serie de ingredientes: exaltación, alegría, pasión y afectividad.
- d) **Admiración.**- Puede ser de muy diversos tipos y referirse a cuestiones de la más variada condición: desde la personalidad a la simpatía, pasando por la sencillez, la fortaleza y el espíritu de lucha.

Para los enamorados, el tiempo vuela cuando están juntos: las horas del día son escasas, progresivamente la comunicación se hace más rica e intensa, y se desarrolla en cuatro vertientes:

- 1) **Comunicación física.** - Es sentirse atraído por lo más externo, aquello que llama la atención y que es a primera vista.
- 2) **Comunicación psicológica o psíquica.**- Ahí se encuentran los sentimientos, las pasiones, las motivaciones principales; por otro lado: la personalidad: la manera de ser, de funcionar, con sus rasgos particulares y sus perfiles concretos. La intimidad es una de las cosas que más enamoran.

- 3) **Comunicación espiritual.**- Es buscar y conseguir objetivos comunes que les rebasen y que sean capaces de ampliar sus horizontes. Si las creencias religiosas y/o sobrenaturales son similares, es mayor la probabilidad de mantener relaciones estables y duraderas.
- 4) **Comunicación social y cultural.**- Va a ser decisiva, pues es fundamental que ambos pertenezcan a niveles parecidos. Al principio, interesa la vida familiar del otro, con sus recodos y características. Después está la cultura, que significa tener una interpretación de la vida, el criterio para elegir un determinado camino. Este punto confirma si se mantiene la relación con el otro o por el contrario, que a pesar de esa atracción inicial existen aspectos, matices e ingredientes que a la larga harían muy difícil esa convivencia (Rojas, 1994).

2 EL AMOR Y SUS REPERCUSIONES

En español, el perímetro del vocablo "amor" muestra una gran riqueza: querer, cariño, estima, predilección, enamoramiento, propensión, entusiasmo, arrebato, fervor, admiración, efusión, reverencia, etc. En muchas de sus definiciones se repite una constante: la tendencia basada en la elección de algo que nos hace desear su compañía y su bien. Amor y conocimiento, son dos formas de trascendencia, de superación de la individualidad. Amar a una persona presupone el deseo de unirse con ella: de hecho, para desear algo, es necesario conocerlo antes, ya que no se puede amar lo que no se conoce (Rojas 1994).

De acuerdo a Fromm (2000), el amor es un arte, que requiere ser ensayado, igual que un pintor o un artesano de la madera. Todo arte requiere irse conociendo, practicando y puliendo, no es algo con lo que se nace sabiendo vivir. El menciona 3 aspectos principales que vive el ser humano en este sentido y que dificultan practicarlo:

- 1) **El problema de ser amado.**- Tiene que ver más con una necesidad que forma parte de la naturaleza humana, de ser reconocido, de sentirse digno de amor. Aquí, son necesarios

ciertos atributos que eleven la probabilidad de alcanzar lo deseado como son: el nivel de éxito alcanzado, la atracción que se provoque en el sexo opuesto, el ser agradables y sociables.

- 2) **Sentir que no existe nada que aprender.**- Cuando se siente y piensa que el amor se da por sí mismo, que todos los seres humanos nacen sabiendo aplicar este arte. Principalmente, cuando no se ha conocido a familia, los seres cercanos, o se ha convivido en pareja, es sumamente difícil vivir el amor, ya que algo que no se ha palpado, o para lo que no se han ido desarrollando habilidades, no resulta fácil de alcanzarse; y como tal, conllevará muchos ensayos de aciertos y errores.
- 3) **Confusión entre enamoramiento y permanecer enamorado.**- Frecuentemente se ha confundido el enamoramiento con el amor. El enamoramiento, es ese arrebató inmediato y fugaz que tiene que ver más con el grado de soledad anterior, con la necesidad de amar y ser amado. Es en realidad el comienzo para conocer y acercarse a la persona amada, para así, poder saber si la persona con la que se está compartiendo es con la que se quiere compartir más tiempo o el resto de la vida. El amor en cambio, comienza a darse a partir del conocimiento más profundo de la persona amada; con virtudes y defectos, cuando la venda del enamoramiento se va cayendo y el ideal va tomando una forma más clara y objetiva para dar paso a una etapa duradera que tiene las bases en el conocimiento.

El que amar requiera de un aprendizaje, no quiere decir que pierda espontaneidad, sino que lo que hace es ganar firmeza y solidez, afianzarse. Para convivir adecuadamente no sólo es necesario una cierta forma de aprendizaje, sino también, poner al máximo las cualidades personales, que van de la generosidad a la capacidad de olvido pasando por un largo camino de puntos concretos. Es cierto que el amor puede dar sentido a la vida, pero para conseguir este fin se requiere perseguir un amor maduro, hondo y estable; porque para estar con alguien, es necesario antes estar con uno mismo. Cuando la elección se ha realizado sopesando pros y contras, puede decirse que está en vías de convertirse en un amor maduro. Por ejemplo, el amor conyugal lo define Rojas (1994) de la siguiente manera: "es un acto que debe apoyarse en la

voluntad y en la inteligencia para conducir a un compromiso que es fidelidad. En su envoltura encontramos unas creencias comunes y un dinamismo vivo” .

2.1 AMOR Y CONOCIMIENTO

Conocer a alguien es saber qué piensa: qué criterios lo mueven, su carácter, cómo es su vida sentimental, sus motivaciones profundas, etc. Todo conocimiento de otra persona tiene dos notas básicas:

- 1) **Aproximación reflexiva.** - Que se acompaña de una observación detenida de lo que vamos encontrando en esa persona.
- 2) **Conocimiento humano auténtico recíproco.** - Cuando se va conociendo al mismo tiempo se deja conocer, invita a la otra persona a que vea lo que hay en ella. No sólo es saber del otro, sino entenderlo, disculparlo y no ser severo al contemplarlo.

2.2 AMOR COMO PROCESO DINÁMICO

La esencia del amor consiste en la entrega de sí mismo a la persona amada. En el amor, uno y otro se dan y a la vez se pertenecen. Es la unión de dos personas buscando una el bien de la otra, centradas en la masculinidad y la femineidad de cada cual. El amor es un proceso dinámico, no estático, que conserva sus puntos primordiales, la esencia con la que nació.

Así, el amor es siempre una aventura dulce y amarga, transparente y opaca; como la vida misma, pero con capacidad suficiente para permanecer, sin falsos idealismos, sabiendo que el amor conyugal y familiar sólo puede conservarse y perfeccionarse con espíritu de sacrificio y renuncia. Un amor maduro, rico y compacto, hace al hombre más libre. La verdadera liberación es la superación del hedonismo, del materialismo, la egolatría y la permisividad (Rojas 1994).

2.3 VIDA COMPARTIDA

La vida habitual, se ha vuelto más problemática que nunca. El hombre moderno, repleto de información, cada vez sabe menos a qué atenerse. Cada vez son más sofisticados los mecanismos para evadir de uno mismo, o lo que es igual, volcarse en cuestiones de interés general desatendiendo principios básicos de la vida personal. Con frecuencia se dice que se confunde al amor con el sexo, ya que para muchos, el amor equivale al coito. Algunos de los soportes que Rojas (1994), considera básicos para el amor conyugal son:

- a) **Enamoramiento.** - Es como si se apostara por un sistema de preferencias que se halla implícito en la otra persona.
- b) **Elección correcta.** - Todo amor entre un hombre y una mujer tiene que pasar algunas pruebas inevitables, será entonces cuando se revele su grandeza o su pobreza.
- c) **El amor conyugal es un sentimiento gratificante.** - Es una tendencia hacia la persona a la que se ama, un acto que se apoya en la voluntad y en la inteligencia para conducir a un compromiso.
- d) **Se estructura con creencias comunes y funciona como un dinamismo vivo.** - Es un sistema lleno de interacciones que depende del trabajo mutuo de la pareja para poder subsistir.

Este autor menciona también que hay dos procesos básicos por los que la pareja atraviesa cuando decide unir sus vidas: primero, cambiar todos aquellos mecanismos que hasta entonces proveyeron seguridad emocional y que resultan inválidos en la nueva relación; y en segundo, integrar un sistema de seguridad emocional interno, que incluya a uno mismo y al nuevo compañero. Uno de los problemas es que se piensa que si no somos unos expertos en el matrimonio, en cuestión de segundos lo seremos y además, que el otro fácilmente captará y aceptará los viejos sistemas de funcionamiento emocional que cada cual consideraba infalibles y únicos.

Sager en 1972 (en Morales 2001), emplea el término "Contrato Matrimonial", para referirse a todos aquellos conceptos individuales, de naturaleza consciente e inconsciente que pueden ser expresados verbalmente o en alguna otra forma. Estos conceptos tienen como tema principal lo que cada uno piensa acerca de sus obligaciones y deberes dentro del matrimonio, así como de los bienes y beneficios que espera recibir del mismo. Cuando estas expectativas no son cumplidas, hay una sensación de haber sido engañado o defraudado. En verdad, la calidad del matrimonio depende en gran parte del grado de satisfacción y complementariedad que se le pueda dar a las expectativas de cada uno de los cónyuges, y en estas intervienen todas las profundas necesidades y deseos del psiquismo individual. Dichas necesidades pueden ser saludables y realistas, y otras neuróticas y conflictivas. Así se mencionan 3 niveles de Contrato Matrimonial:

- 1) El que se verbaliza.- Incluye todo aquello que se comunica al compañero acerca de sus expectativas tanto en el dar como en el recibir.
- 2) El consciente que no se verbaliza.- Lo relacionado con creencias, planes, deseos y fantasías que nunca se expresaron y que cada individuo da por sobreentendido
- 3) Los deseos o necesidades irracionales y/o inconscientes.- Tienen que ver con la problemática personal de cada quién, que inevitablemente se depositan en el otro y por ser de carácter interno son poco o nada claros para el mismo individuo y muchas veces contradictorios.

Cuando existe congruencia en el nivel verbal, por lo general se formaliza una relación; la diferencia en el segundo (no expresado), puede provocar el rompimiento en un año aproximadamente; y la incongruencia en el tercer nivel (irracional y/o inconsciente), la relación puede durar varios años por haber sido basada en necesidades neuróticas que pueden ocasionar serios problemas en un futuro.

Así, cada esposo percibe sus propias necesidades y deseos en grados diferentes, según su capacidad introspectiva, por lo general, ninguno se percata de que sus esfuerzos por satisfacer al

**TESIS CON
FALLA DE
ORIGEN**

compañero, están basados en la creencia inconsciente de que el otro es, siente y percibe las cosas igual que él. La sensación de trabajar en pro de la relación y no obtener la respuesta deseada puede provocar grandes grados de frustración en uno o ambos miembros de la pareja. De esta manera, tan pronto sucede lo inevitable, como que algunos términos del contrato individual no sean cumplidos, aparecen poco a poco la desilusión, el resentimiento, la sensación de haber sido lastimado o engañado. Dichas decepciones pueden provocar problemas serios, como depresiones, ansiedad y discordancias maritales severas, que se basan en el falso presupuesto de que las reglas matrimoniales han sido violadas. La sensación de rompimiento de acuerdos matrimoniales según Rojas (1994), se presenta por diversos factores:

- 1) **Por ignorarlo.** - Por lo general, a nadie se le ocurre que la unión de pareja requiera de algo tan materializado y prosaico como un contrato; eso se deja para los negocios u otro tipo de asociaciones.
- 2) **Cuando los 2 miembros operan bajo dos contratos totalmente diferentes e incongruentes.** - Como antecedentes socioculturales o expectativas completamente diferentes no expresadas.
- 3) **Donde las expectativas son imposibles de obtener debido a situaciones irremediables.** - Como bajo coeficiente intelectual, diferente nivel cultural o algún problema emocional severo.
- 4) **Cuando la fantasía sobrepasa por mucho a una realidad.** - Deseos profundos de alcanzar riquezas desmesuradas o de encontrarse un "príncipe" o una "reina", basado en la expectativa de tener a la persona ideal por compañero (a).

2.3.1 LOS INGREDIENTES DE LA VIDA COMPARTIDA

Hay que decir que se transita de la borrachera del enamoramiento, a la vida habitual; de ese amor que termina por institucionalizarse. La vida comienza a verse en forma más serena y objetiva, se reduce el entusiasmo inicial y se aterriza en la verdad de ese amor. Se llega así a la convivencia cuando se debe construir la vida de cada día. Una vez que se ha conocido a la persona

amada, que se ha entendido su historia y su intimidad, es el momento de entrar en el complicado trance de la vida en común.

El amor, en tanto que es posesión, es la alegría de tener a otra persona con uno, vivirla, disfrutarla, hacerla feliz y, simultáneamente, sentir un torrente de vitalidad gratificante en donde se desea refugiarse en ella. Aquí, se van a complementar dos psicologías sexualmente distintas: la masculina y la femenina, con todos sus atributos. También en las relaciones sexuales se ve el egoísmo o la generosidad; la capacidad de darse o la tendencia de amarse a uno mismo. Cuando se busca la utilidad placentera, el propio provecho, a la larga, todo esto queda al descubierto. En estas circunstancias no es posible creer en el otro, ya que las raíces no son fuertes ni profundas y, ante la primera dificultad todo se desmoronará, de ahí es de donde provienen muchas crisis de pareja.

Por el contrario, cuando al amor es auténtico, con verdadera comunicación en todas las áreas, quienes lo viven se llenan de paz y de gozo, de serenidad y confianza recíproca. Así no llega la decepción, uno y otro buscan lo mejor para la otra persona.

Compromiso, responsabilidad, fidelidad: son elementos secuenciales que conducen a la sensación de seguridad. Tomando a la fidelidad como un imperativo del amor que se logra día a día basándose en esfuerzos pequeños, concretos, particulares y bien delimitados. El egoísmo, el pensar demasiado en uno mismo, puede convertir la convivencia en algo excesivamente costoso, en una empresa aburrida, monótona e insufrible. Cuando esto se produce, la convivencia conyugal puede tener sus horas contadas, inundando a sus miembros de depresión y ansiedad. Esta es una de las principales enfermedades del amor, cuyo síntoma es que cada uno vive por su lado, hace su vida con independencia de la otra persona. El hombre puede refugiarse en el trabajo y no dedicarse sino a trabajar. La mujer, si tiene hijos, se entrega a ellos y se desconecta del marido. Vidas paralelas que pocas veces entran en contacto, ya que no se ofrecen una a otra nada positivo.

Cuando en una sociedad como la actual, está muy al alcance de la mano cualquier fórmula de ruptura: separación, divorcio, unión con otra persona: ya ni se plantea el luchar o el poner la voluntad al servicio de ese amor, sino que se escoge el camino más fácil: la retirada. El amor así entendido se interpreta siempre como algo pasajero que puede durar, es decir, no se le niega la posibilidad de ser eterno, pero no pasa absolutamente nada si no funciona: se recurre a los mecanismos jurídicos vigentes que ayudan a disolverlo. En esta concepción ya no hay promesa de amarse para siempre ni palabras de eternidad, sino que todo es transitorio y relativo, todo depende de las circunstancias, (Rojas 1994).

ELEMENTOS POSITIVOS DEL MATRIMONIO

I Conocimiento de uno mismo y del entorno

Para ir alcanzando una relación positiva entre los que viven en el mismo seno familiar, empezando por la pareja, es necesario que cada uno se conozca bien a sí mismo. Se traduce en descubrir las cualidades y características de la propia psicología. Implica enfrentarse con uno mismo y procesar las incongruencias y los conflictos internos.

II Respeto y Consideración

Para que la convivencia sea posible es necesario el respeto y la estimación recíproca, ambos están íntimamente conectados, abarca atención, amabilidad, aceptar opiniones e ideas diversas de las propias, estima por encima de todo, en definitiva: consideración. El respeto se pone a prueba en el diálogo y en la capacidad de escuchar. La persona con capacidad de diálogo es siempre tolerante y flexible; es capaz de aceptar las divergencias de criterio sin ofender ni descalificar.

III La vida se compone de Detalles

Dos ingredientes esenciales en la vida son: tener ideas claras y saber lo que no se quiere, generalmente unas ideas firmes, coherentes, positivas, etc. Aquí son muchas las particularidades que integrarán un inventario de elementos a cuidar, verdaderamente minúsculos pero interesantes: como preocuparse por las actividades del otro, saber disculpar momentos malos, poner buena cara cuando no hay muchos deseos de hacerlo, quitarle importancia a los pequeños contratiempos, etc. En fin la convivencia debe ser una escuela en la que se ensayan, se forman y se cultivan las principales virtudes humanas: la naturalidad, la sencillez, el espíritu de servicio, la generosidad, la paciencia, la fortaleza, la sinceridad, etc., que crean un clima de estabilidad y de paz. Por la convivencia familiar se forman y se sustentan los principales ingredientes de la personalidad, allí se adquieren las bases y por ende, los primeros y principales resortes para vivir. (Rojas 1994).

IV Voluntad para la vida en pareja

En múltiples ocasiones, es tal el hambre de amor que, a veces, de algo relativo se hace un absoluto. Todo amor grande encierra una pasión, esto es lo que le da sentido a la vida del ser humano (Caruso 1982). Hoy, la erotización de la sociedad ha hecho cambiar el panorama sentimental de una forma patente: son muchos los factores que han influido, pero dos han tenido un especial relieve: el cine y la televisión, grandes elementos de irrealidad y glamour. Si no existe objetividad, se puede caer en la trampa de decir que uno se ha desenamorado y lo que realmente sucede es que, como en todas las parejas, la relación pone a prueba a los dos, pasa el tiempo, quedándose al descubierto lo que es cada uno. Convivencia es, ante todo, compartir, participar en la vida ajena y hacer participe al otro de la propia. Es una prueba complicada en la que se demuestran muchas cosas de nuestra personalidad. Una buena convivencia no resulta fácil, pues implica un esfuerzo importante de voluntad y capacidad suficiente para aceptar convivir con otras personas.

2.3.2 CARACTERÍSTICAS INTERNAS DE LA PAREJA

De acuerdo a Estrada (1992), la pareja que comienza a vivir como una familia puede verse como una unidad fundamental de la sociedad, recorriendo su "Ciclo Vital", es decir las etapas de desarrollo por las que atraviesa. La familia, entre subidas y bajadas, puede seguir armónicamente su desenvolvimiento, o bien, pretender avanzar a grandes saltos, brincarse etapas, yendo a pautas emocionales anteriores o detenerse para siempre en alguna parte del camino.

Esta pequeña organización social, que comienza con la pareja, se puede describir, como una unidad de personalidades interactuantes que forman un sistema de emociones y necesidades entrelazadas de la más variada naturaleza. Por ello se supone que tanto niños como adultos en algún momento buscan dentro de su seno familiar la satisfacción casi total de sus necesidades emocionales. Se puede encontrar que la mayor parte de los esposos se casan debido a necesidades recíprocas o complementarias, situación que rara vez llega a ser armónica en forma total y mucho menos perfecta (Morales 2001). Existen esfuerzos por obtener el poder o la supremacía; aparte de las dependencias mutuas que se entorpecerán en los diferentes subsistemas apareciendo las demandas y los consecutivos rechazos; determinando la duración y el éxito o fracaso de una pareja.

El problema podría ser más fácil si la pareja en el momento que se encuentra, pudiera buscar y trabajar su propio ajuste, sin presiones ni demandas del exterior, sin sufrir las tremendas exigencias provenientes tanto de las familias paternas como de las circunvecinas, situación difícil de presentarse puesto que la familia es un sistema, íntimamente ligado a otros sistemas que influye hacia afuera y es influido en su interior por todo lo que le rodea.

Cada elemento de la pareja tendrá su propio código de mensajes y señales ya establecidos, de tal suerte que los defenderán e implantarán como la misma esencia de su vida, de aquí que se defina a la familia como una forma colectiva de encarar una crisis tras otra. De hecho, las tensiones y los conflictos pueden comenzar con la muerte de las expectativas románticas y

continuando con las diferencias individuales. Las **fases críticas del Ciclo Vital de la Familia**, que son también de la pareja de acuerdo a Estrada (1992) son:

- a) **El desprendimiento.** - Transición entre el abandono del hogar de origen para ir en la búsqueda de un compañero fuera de su familia
- b) **El encuentro.** - Inicio de vida en común con la pareja seleccionada abarcando el cambio de viejos mecanismos e inclusión del compañero a la vida íntima.
- c) **Los hijos.** - Generación de espacio físico y emocional para los descendientes. Esto plantea la necesidad de reestructura el contrato matrimonial y las reglas hasta ahora establecidas.
- d) **La adolescencia.** - Apoyo y adaptación para la independencia de los hijos que entran a la adolescencia, esto se conjuga en ocasiones con la crisis de la pareja por pérdida de juventud, la asimilación de nuevas generaciones y la crisis revivida de la misma adolescencia de los padres.
- e) **El re-encuentro.** - Aislamiento y soledad de la pareja al dejar las actividades de crianza y reencontrarse con las necesidades individuales y del otro. Esto se interrelaciona por lo general con percances propios y de los hijos como jubilación, declinación de salud, problemas financieros y emocionales de los descendientes, nacimiento de nietos, pérdida de los mismos padres, etc.
- f) **La vejez.** - Ensismamiento y despegamiento del mundo exterior por la declinación de salud y sensación de cercanía a la muerte. Necesidad de búsqueda de nueva identidad es donde se vuelve imperiosa la necesidad de compañías que produzcan placer y sentido de vida. A veces hay invasión de los hijos hacia sus padres por no permitirles vivir sus espacios e intimidad en forma adecuada.

Dentro de cada fase, existen incesantes interacciones y diferentes retos a enfrentar dependiendo de las edades de cada uno de los miembros, así como de sus necesidades personales. De acuerdo a Estrada (1992), en cada etapa los miembros de una familia atraviesan siempre por el desarrollo de 4 grandes áreas:

- 1) **Area de identidad.**- Se refiere a la constante reorientación interpersonal que ofrece el medio familiar, mediante la cual se fortalece el desarrollo de la personalidad. Por ejemplo, proveer a la pareja un anclaje capaz de sustituir al anterior de los padres, facilita la resolución de los restos del problema edípico y favorece posteriormente la relación saludable con los hijos.
- 2) **Area de la sexualidad.**- La interacción debe proceder hacia la búsqueda de una armonía que busque completar las áreas psíquica y biológica. Además de promover la maduración del ser a través de la reproducción, brindando apoyo cuando aparezcan los conflictos edípicos frente a los hijos adolescentes y apoyando en el declinar de las funciones sexuales conforme avanza la edad de la pareja.
- 3) **Area de la economía.**- Resulta importante la posibilidad de dividir las labores entre el proveedor y el que cuida del hogar, existiendo la capacidad de adaptarse a los cambios sociales y a los de la propia familia conforme cambian las condiciones y/o las edades de sus integrantes. En México por ejemplo, la jefatura femenina se ha incrementado en un 40% en los últimos 25 años de acuerdo al INEGI (CONAPO 2000), datos que reflejan un sinfín de factores influyentes que se han modificado en cuanto a la estructura familiar en estos últimos años.
- 4) **Area de fortalecimiento del Yo.**- Se requiere de una ayuda mutua para aprender el papel de esposo o esposa, además de la libertad para expresar la propia personalidad y mantener así el sentimiento de identidad. La relación saludable se basa en el suficiente intercambio de satisfactores materiales y emocionales tanto dentro como fuera del ambiente familiar.

2.3.3 LA COMPLEJIDAD EN EL MATRIMONIO

De acuerdo a Whitaker (1991), un matrimonio sano es una mezcla de dos culturas extranjeras. El esfuerzo por mezclar estas dos culturas para formar otra nueva es lo que resulta a la vez similar a los clanes de origen, y diferente de ellos. A veces, la política entre los matrimonios parecería ser la de dos familias enemigas que envían a 2 espías para duplicarse a sí

mismas, y la pareja vive entonces para ver quién domina o gana. En realidad, cuando una familia se duplica, pierden todos; la nueva pareja necesita ser claramente diferente de cada familia de origen, a la vez que hace conciencia de qué aspectos vale la pena conservar. Esto no sucede mágicamente, ni siquiera por el intercambio de las promesas conyugales: la consabida frase de "felicidad para siempre" que considera a la boda como el punto final, y no como un comienzo es horriblemente destructiva. Hace que los dos cónyuges prevean un estado de amor y satisfacción espontáneo y todopoderoso, ignorando la realidad de que es necesario formar una relación más madura. Cuanto antes se libera el mito de la pareja perfecta, más pronto es posible comenzar a construir la intimidad; mientras más se alargue el mito, mayor será la frustración de sus integrantes y la imposibilidad de crecimiento o permanencia de la relación.

A este respecto, la periodista Sheehy (1987), hace una interesante investigación encontrando que las mujeres reportan constantemente el deseo de *"que un hombre las completará y estarán a buen resguardo"*; mientras que los hombres manifiestan en su mayoría *"la necesidad de llenar alguna carencia interior, de alejarse del hogar paterno, de obtener prestigio o de conseguir algo práctico"*. En donde ambos coinciden es en la búsqueda de *"alguien que los impulse, complete y brinde amor de forma incondicional"*. Así se llega al matrimonio con esta fantasía de *"crecer juntos"*, descubriendo con el transcurrir de los años, que la mayoría de las veces el desarrollo individual, laboral y social se dan en tiempos y formas diferentes. Esto muchas veces, llega a provocar serias crisis en la pareja, al darse cuenta que la compañía eternamente esperada para sobrellevar los avatares de la vida no siempre está disponible, aún cuando se vive bajo el mismo techo.

2.3.4. AMOR Y ODIO EN EL MATRIMONIO

Cuando se trata del amor, ya sea romántico, sexual o matrimonial, se necesita aprender nuevamente, con cierta dificultad, a abandonar todo tipo de expectativas. El amor romántico adolescente, es el "comienzo normal y crucial" del amor adulto. Pero muchas personas han

terminado con la adolescencia antes de haber terminado con los amores adolescentes. Freud (en Viorst, 1995), nos recuerda que la relación amorosa más profunda no estará a salvo de la ambivalencia, que inclusive el matrimonio más feliz albergará una parte de sentimientos hostiles y de odio.

El aspecto negativo es que ninguna pareja de adultos puede infligirse mutuamente más daño que un marido y su mujer. (Viorst 1995). El matrimonio presenta uno de los problemas personales más difíciles en la vida del hombre: tanto el más emocional como el más romántico de los sueños del hombre debe contentarse con una relación funcional ordinaria. Aún casándose con una visión muy asentada en la tierra de lo que un buen matrimonio debería ser, cada individuo (y su propio cónyuge) está condenado a no ser capaz de satisfacer algunas (a veces ninguna) de las mutuas expectativas.

Las primeras lecciones de amor y la historia de nuestro desarrollo modelan las expectativas con que se unen las parejas. A menudo se está consciente de las esperanzas que no se han cumplido. Pero también se llega al matrimonio con las añoranzas inconscientes y los problemas no resueltos de la infancia. (Morales 2001). A este respecto, es sabido que las relaciones íntimas se interpretan como una relación reconfortante y valiosa para las mujeres, mientras que una proximidad exagerada suele plantearles problemas a los hombres, (Whitaker 1991).

2.3.5. COHESIÓN FAMILIAR

Se le define como "la ligazón emocional que los miembros de una familia tienen entre sí", Olson y col. (en Falicov, 1991). Cuando los niveles de cohesión son demasiado altos se denominan como "sistemas enmarañados", ya que hay un exceso de identificación con la familia, de manera tal que la lealtad hacia ella y el consenso interno impiden la individuación de sus miembros. En el extremo opuesto están los denominados "sistemas desvinculados" en donde se

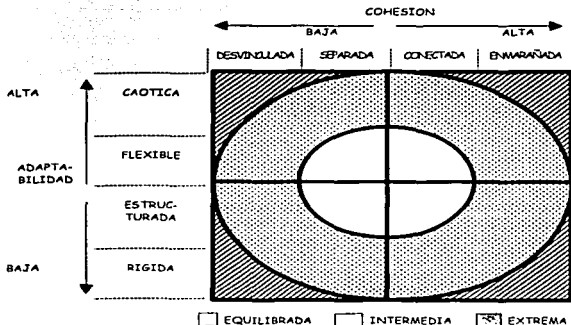
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

estimula un excesivo grado de autonomía: los miembros de la familia hacen cada quién lo suyo y tienen un apego o compromiso limitado hacia ella.

El establecimiento del tipo de sistema proviene por supuesto, del estilo que los miembros de la pareja van conformando en base a la relación y depende de factores como la adaptabilidad, la comunicación y la dominancia o el equilibrio que se establezca entre ellos.

Adaptabilidad familiar

Olson (en Falicov, 1991), la define como la capacidad de un sistema conyugal o familiar de cambiar su estructura de poder, relación de roles y reglas de interacción, en respuesta al estrés situacional o evolutivo. Se supone que los niveles centrales de adaptabilidad (estructurado y flexible), son más favorables para el funcionamiento del matrimonio y la familia, en tanto que los extremos (desde el estilo rígido hasta el caótico), son los que más problemas ocasionan a la pareja y por lo tanto a las familias.



EF CON FALLA DE ORIGEN

Modelo Circumplejo.- Dieciséis tipos de sistemas conyugal y familiar para 2 dimensiones (cohesión y adaptabilidad). Cuadro de Olson y Col. 1983 (en Falicov 1991).

Comunicación

Las habilidades para la comunicación positiva como empatía, escucha reflexiva, comentarios de apoyo, etc., capacitan a las parejas y familias para compartir sus necesidades y preferencias cambiantes, en tanto se relacionen con la cohesión y adaptabilidad. Las habilidades negativas como son las comunicaciones de doble vínculo, las de doble mensaje y las críticas; reducen el mínimo la capacidad de los cónyuges o miembros de una familia de compartir sus sentimientos, y así restringen su movimiento en las otras dimensiones.

El que una familia sea equilibrada significa que puede experimentar, llegado el caso, los extremos dentro de la dimensión considerada, pero que no es característico de ella funcionar en esos extremos por períodos prolongados. Dentro de nuestra cultura, las expectativas normativas proporcionan dos temas antagónicos que pueden causar problemas: por un lado se espera que los integrantes de una familia actúen juntos para prácticamente todas las actividades y por otra parte se alienta a los individuos a "hacer cada quién lo suyo".

El tema de la independencia se hace más notable a medida que los hijos van aproximándose a la adolescencia y, en nuestra cultura, ha adquirido mayor importancia para una número creciente de mujeres ya que de acuerdo a la estadística de 1997 del INEGI (CONAPO 2001), el nivel alcanzado por las mujeres en cuanto a educación registró un incremento de 122% respecto al nivel analizado en 1970. En cuanto a participación económica se calcula que la tasa es del 40.1%, la cual se dispara dramáticamente a la de 1979 que era del 17.6%, aún tomando en cuenta que muchas de las tareas económicas desarrolladas por la mujer sigue subregistrada en nuestras estadísticas.

En la actualidad, en nuestro país (CONAPO 2000), es posible distinguir 5 grandes tendencias en los hogares: la reducción de su tamaño, la coexistencia de diversos tipos de arreglos residenciales, el aumento en proporción de hogares encabezados por mujeres, el

TESIS CON
FALLA DE C...

envejecimiento de los hogares y una respuesta económica más equilibrada entre hombres y mujeres.

Satisfacción conyugal

Hawkins en 1968 (en Falicov 1991), menciona que la "Satisfacción Conyugal" puede definirse como: "los sentimientos subjetivos de felicidad, satisfacción y placer que experimenta un cónyuge al considerar todos los aspectos actuales de su matrimonio". Esta variable se concibe como un continuo que va de la gran satisfacción a la gran insatisfacción. La satisfacción conyugal es, evidentemente, una variable de actitud y, por lo tanto, constituye una propiedad individual de cada cónyuge.

Según Glenn y McLanahan en 1982 (en Falicov 1991), la investigación previa se centró en la declinación de la satisfacción conyugal tras el nacimiento del primogénito y su alza subsiguiente, a medida que los hijos se emancipaban y dejaban el nido.

De acuerdo a estudios realizados por el investigador Olson en 1986 (en Falicov 1991), se recabaron datos de parejas de todas las edades, encontrando lo siguiente:

- a) Existen diferencias de percepción entre los miembros de las familias y sus cambios entre las etapas de su ciclo de desarrollo.
- b) Los estresores y tensiones familiares, varían de manera considerable en las diversas etapas del ciclo vital. Pese a la importancia de los principales estresores sociales y familiares, a menudo parecen tener peso las disputas cotidianas, debido al impacto acumulativo que causan tales sucesos.
- c) Los lados fuertes de la pareja conyugal constituyen características positivas muy significativas; estos incluyen variables como la comunicación, la resolución de conflictos, la relación de roles y la relación sexual; las fuerzas familiares incluyen el orgullo y los acuerdos.

- d) Las parejas y familias que poseen estos lados fuertes parecen funcionar de manera más adecuada en todo el ciclo vital. Tienen a sentirse más satisfechas con su matrimonio y su vida familiar, actuando estos como grandes amortiguadores o resistencias frente a los sucesos estresantes de la vida.
- e) La satisfacción en el matrimonio fue mayor en las etapas iniciales y finales del ciclo familiar (cuando las parejas vivían solas, sin los hijos). Su punto más bajo lo alcanzó en la etapa 5 (emancipación de los hijos), en la que por otro lado, el estrés familiar llegó al máximo.

Etapas	1	2	3	4	5	6	7
Familia	Sin hijos	Preescolar	Escolar	Adolescencia	Emancipación	Nido vacío	Retiro
Resp.	> Satisfacc. matrimonial	- Satisfac.	- Satisfac	- Satisfac	Estrés máximo	> Satisfac. matrimonial	> Satisfac. matrimonial

2.3.6 PRINCIPIO EPIGENÉTICO

Singer y Wynne postularon este principio en 1965 (en Falicov 91), que habla de los intercambios o transacciones de cada fase evolutiva y como se apoyan en el resultado de etapas anteriores. Esto significa que las influencias constitucionales y experienciales se recombinan en cada fase evolutiva, para crear nuevas potencialidades biológicas y de conducta que, ayudan a determinar la fase siguiente. Si, en cualquier fase evolutiva dada, las transacciones se distorsionan u omiten, se alterarán todas las fases evolutivas subsiguientes, porque no se edificarán sobre las bases necesarias para un desarrollo óptimo. Se presume que el ambiente familiar, debe proveer necesariamente determinadas clases de influencias en cada fase de maduración del individuo. Lo apropiado y lo que puede acarrear consecuencias psicopatológicas varía, pues, con el tiempo y se lo debe considerar siempre en este contexto evolutivo. Cuatro procesos parecen desenvolverse de Modo Epigenético en los sistemas relacionales:

- 1) El apego/cuidado solícito.- Consiste en la ligazón afectiva complementaria, manifiesta de manera prototípica en el allegamiento progenitor-hijo. Este concepto abarca la necesidad

de proximidad a la persona por la que se tiene afición, ya sea la pareja o los hijos. Si se da una ausencia de la persona con la que se desea proximidad, se presenta un marcado aumento de malestar y angustia. Por el contrario, cuando la persona con la que se establece el apego está presente, hay un aumento de bienestar y una disminución del nivel de angustia.

- 2) **La comunicación.** - Inicia por compartir los focos de atención y continúa, con el intercambio de significados y mensajes. Por lo general, se admite que la familia y sus sustitutos, proporcionan el esquema básico para aprender a comunicarse y adquirir otras habilidades de relación utilizadas en contextos ajenos a la familia. Cuando no ha existido un "apego/cuidado solcito", al individuo les es materialmente imposible establecer una perspectiva cognitiva y afectiva compartida adecuadas.
- 3) **La resolución conjunta de problemas y la participación cotidiana renovable en los intereses, las tareas y las actividades recreativas.** - Los efectos de las pautas de comunicación disfuncionales emergen con máxima claridad en la etapa de edad escolar de los niños. Aquí es cuando la resolución conjunta de problemas adquiere más importancia, la habilidad y diligencia de cada miembro de la pareja para resolver los problemas, así como el dominio de la tarea, constituyen sin duda, una fase importante de su desarrollo psicológico. El aprendizaje de estas habilidades se efectúa, en parte, mediante el proceso individual de prueba y error.
- 4) **La mutualidad.** - Existe un compromiso mutuo de ir modelando la relación a medida que se desenvuelve el ciclo vital, ocurran hechos inesperados o surjan nuevos intereses y aspiraciones. La pareja requiere irse adaptando a cada cambio, se llegan a experimentar reorganizaciones importantes, pero es indispensable la continuidad en las contribuciones de cada integrante. La mutualidad, incorpora el distanciamiento o desvinculación de costumbres anteriores y la nueva vinculación constructiva ante nuevas situaciones, se apoya en el modo más directo en la resolución conjunta de problemas porque en muchas ocasiones, el problema por resolverse puede ser la decisión de si la relación de la pareja debe continuar o no, y si lo hace, bajo que condiciones debe permanecer. Esto implica inventariar la cualidad actual del trato y las circunstancias que la afectan: enfermedad,

crecimiento, aumento de la edad de cada integrante, transiciones en el ciclo vital e involucraciones con otros sistemas (la escuela, el trabajo, con la familia extensa, personas ajenas a la familia, etc.).

- 5) **Intimidad.**- A lo largo de la vida humana, parecería que en verdad existe una diferencia entre hombres y mujeres en cuanto a su disposición a la intimidad (Withaker 1991), además del origen cultural o biológico de las diferencias entre los sexos. En el curso de la evolución (genética y cultural), los componentes sociales y emocionales se han privilegiado con el desarrollo de la mujer, comenzado por la contribución materna al "apego/cuidado solícito" y continuando con la enseñanza del lenguaje y la comunicación no verbal. Las mujeres parecen más dispuestas y aptas para la intimidad, no sólo en la crianza de los hijos, sino también en el allegamiento de mujer a mujer. En cambio, la intimidad entre hombres (si acaso ocurre), parece desarrollarse tan sólo una vez que han sido satisfechas las demandas urgentes de resolución conjunta de problemas. Es posible que las actividades emprendidas por el varón en el curso de la evolución (ya sea en el ámbito de la caza, el combate, los negocios o el sexo), hayan suscitado en él conductas demasiado competitivas, y agresivas, que no le dejaron margen para desarrollar de manera firme y coherente habilidades de intimidad (Morris 2000). De hecho hasta las actividades recreativas y sociales masculinas, pueden encerrar un mayor contenido de "habladuría" competitiva que de verdaderas relaciones íntimas.

Cuando existe un respeto recíproco entre personas con roles bien definidos, puede desarrollarse un grado considerable de mutualidad genuina, aunque no haya mucha intimidad. Pero, cuando las circunstancias de la vida cambian de manera rápida o repentina, la comprensión íntima y la actualización de necesidades y experiencias del otro pueden facilitar en gran medida el descubrimiento de nuevos modos de trato. La intimidad puede infundir nuevos componentes en la resolución conjunta de problemas y, al mismo tiempo, los libres intentos de resolverlos pueden preparar el escenario para experiencias de intimidad más profundas (Wynne, en Falicov 1991).

3 ¿QUÉ ES LA CRISIS?

El vocablo chino *Li K'AN* quiere decir *antes de la consumación* y sus dos caracteres significan "*peligro y oportunidad*", es ir del caos al orden, a un nuevo devenir, a un cambio de carácter. El término griego *Krinein* significa decidir, y sus derivaciones nos indican que la crisis implica, a la vez que *decisión, discernimiento*: así como también un punto decisivo, durante el que habrá un cambio para mejorar o empeorar. *Crisis en sentido originario es juicio, es la decisión final sobre un proceso o elección en general, terminación de un acontecer en un sentido o en otro (González, 1995).*

La crisis resuelve una situación y al mismo tiempo, designa el ingreso a una situación nueva que plantea sus propios problemas. Por lo tanto, para crecer con las crisis hay que trabajar, de lo contrario, podemos salir disminuidos de cada una de ellas. Dado que crisis implica algún cambio o pérdida de algo o alguien, es probable que las cosas se compliquen si no aceptamos o asimilamos esas pérdidas y si no aprovechamos toda la energía que se moviliza durante ese cambio (González, 1995).

En general, cada cambio o proceso de adaptación, requiere de la generación de nuevas pautas, de lo contrario, serán crisis que se irán acumulando y desgastarán al individuo. Así que entre las crisis, necesitamos espacio, un tiempo para asimilar. Si no hay recuperación entre ellas, se puede desembocar en una especie de crisis crónica, ya sea por acumulación o por evasión de eventos que se van sumando, los cuales al no encontrar resolución, terminan en una combinación de situaciones y vivencias con innumerables orígenes y pocas salidas. Cuando así sucede, se nos empalman los duelos por las pérdidas y probablemente se terminará en la desesperación o la enfermedad. De hecho Zumaya (1990) asegura: "*cualquier síntoma o conjunto de síntomas puede estar relacionado con conflictos intrapsíquicos, relaciones interpersonales y problemas sociales o ambientales*". Lo dicho anteriormente tiene que ver con el aspecto integral del ser humano, no podemos aislar por completo una situación externa que nos afecta, de nuestra mente o nuestro

cuerpo y viceversa una situación interna (física o emocional) influirá directamente en nuestro ámbito exterior.

Las grandes crisis de la vida suelen ser resueltas en opciones definitivas, sea ese el deseo personal o no. De aquí la importancia de esta investigación acerca de las crisis por las que transita una pareja y la manera característica de enfrentarlas. A veces, la gravedad de las crisis rebasan la capacidad de optar de la persona: asustan las consecuencias de cada una de las decisiones posibles, en muchas ocasiones se resuelven por una compleja combinación de decisiones propias o ajenas e inclusive, del curso mismo de los acontecimientos. De hecho, si lo desconocido asusta, no es tanto por lo desconocido o imprevisto, como por la posibilidad del error que envuelve (por ejemplo, el divorcio). A medida que una posición es más familiar o habitual, disminuye la posibilidad de lo inesperado que el futuro siempre contiene, aminora por tanto la posibilidad de enfrentarse ante opciones decisivas, lo cual es siempre una experiencia dramática en la vida del hombre. La disponibilidad para estas situaciones límite es reducida, la conciencia del error es también una situación límite, saber que en la vida no es posible evitar el error es una situación fundamental para el ser humano (González 1995).

Los términos de una alternativa, se presentan siempre como extremos: el extremo es el límite donde se encuentra cada uno cuando se requiere tomar una decisión. En la realidad concreta, la perplejidad del hombre se origina en la consideración de diversas posibilidades, cada una de las cuales aparece en sí como extrema, porque la elección de cualquiera de ellas excluye a todas las demás. La renuncia tiene un carácter tan absoluto como la preferencia que la produce, la vida es irreversible, "es como una escultura en la que sólo hay una oportunidad de cincelar sin posibilidad de rehacer lo que se ha devastado" (González, 1995).

El objeto del amor perdido o del duelo permanece subjetivamente en el tiempo interior del individuo, es precisamente el duelo el que se encarga de mantenerlo vivo (Caruso 1982). Hay situaciones en las que el hombre únicamente puede vivir la vida en el auténtico sufrimiento; como las relaciones que ya murieron emocionalmente hace muchos años y sin embargo sus integrantes

permanecen ahí por miedo a enfrentar el rompimiento definitivo. Es la crisis lo que cuestiona, moviliza en el ser humano una gran cantidad de energía y lo obliga a hacer uso de "su libertad", pues estar en crisis es estar en tensión mientras se decide optar por una solución e ir actuando de uno u otro modo. A este respecto Brito (1998), al plantear la teoría Frankliana escribe: "Uno mismo es quien decide siempre, cuando uno decide lo que hay que hacer trasciende el mero hecho biológico-psíquico-social... claro que puede uno dejarse llevar sin trascender, sin conscientemente decidir y la consecuencia es el sentimiento de la pérdida de sí mismo".

3.1 CRISIS FAMILIARES

Las rupturas conyugales son crisis inflamables que tardan años en cicatrizar. Cuando la familia se ve surcada por experiencias de este tipo, queda abierta, destrozada, partida por la mitad, quebrada, desarticulada. Llegar a conseguir una buena convivencia no es tarea fácil, se necesita tiempo y esfuerzo para ir aceptando la personalidad del otro y sus diversas formas de pensar, actuar y sentir (Rojas 1994).

3.1.1 TENSIONES Y ESTRESORES FAMILIARES

Scherz en 1971 (en Falicov, 1991), sostuvo la existencia de tareas familiares universales y recurrentes como el cuidado a los hijos, la educación, etc., paralelas a las tareas psicológicas individuales (cambio de edad, formación de autoestima, etc.); manifestando que, en cada una de las diversas etapas, debe haber un desplazamiento en las relaciones de objeto, las identificaciones y el equilibrio conyugal. Creía que el conflicto era inherente, por varias razones, al desarrollo familiar ya que las necesidades de pareja o familiares pueden diferir de las individuales. También genera conflictos el ingreso de los hijos en etapas evolutivas que sus padres inevitablemente resolverán de manera incompleta. Además, se produce una elevación del nivel de estrés cuando se está por pasar de una etapa a otra, porque siempre hay un conflicto entre el

deseo de retener el *status quo* y el deseo de cambio. Scherz (en Falicov, 1991), clasificó esta elevación de estrés como "*crisis de transición*". Así, resumió los procesos de relación implícitos en el desarrollo familiar con las siguientes contraposiciones:

- Intimidad vs. distancia
- Aceptación vs. rivalidad
- Promoción vs. desaliento
- Manifestación vs. encapsulamiento
- Consolidación vs. confusión
- Liberación vs. adhesión

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Aquí, se identifican los 10 estresores o tensiones citados con mayor frecuencia dentro de cada una de las 7 etapas del ciclo vital. Específicamente, las esposas declaran más "demandas" que los maridos durante las etapas 2, 3, 5 y 6 del ciclo vital (preescolar, edad escolar, emancipación y nido vacío). En el cuadro 1 se presentan los estresores y tensiones más citados: en primer lugar, hubo una lucha bastante persistente con los estresores y tensiones financieras en todas las etapas del ciclo vital. Las tensiones financieras son a todas luces problemáticas para las familias en las etapas 2, 4, 5 y 7 (preescolar, adolescencia, emancipación y retiro).

Cuadro 1. Principales estresores y tensiones, a lo largo del ciclo vital

Estresores	Etapas 1 Sin hijos	Etapas 2 Preescolar *	Etapas 3 Escolar *	Etapas 4 Adolescencia	Etapas 5 Emancipación *	Etapas 6 Nido vacío *	Etapas 7 Retiro
Tensiones intrafamiliares	20%	20%	50%	30%	20%	10%	10%
Tensiones financieras	30%	50%	20%	60%	40%	30%	40%
Tensiones trabajo-familia	40%	10%	30%	10%	10%	10%	10%
Enfermedades	10%	10%			10%	20%	20%
Tensiones conyugales						10%	
Embarazo		10%					
Transiciones de la familia					20%		
Totales	100%	100%	100%	100%	100%	80%	80%

*Las etapas con * se manifiestan como las de mayor demanda establecida por mujeres. Las tensiones financieras e intrafamiliares presentan signos de tensión en todas las etapas Cuadro sobre la investigación de Olson y col. (1983) sobre el desarrollo familiar (en Falicov 1991).*

La resistencia de una familia al estrés y su recuperación de la zozobra bien pueden verse facilitadas, en gran medida, por los lados fuertes de la familia y la pareja. Los recursos más importantes, en cada etapa, que caracterizan a las familias con estrés bajo son las siguientes:

- 1) **Parejas jóvenes sin hijos:** Acuerdo familiar, buena administración de las finanzas, comunicación satisfactoria, personalidad compatible y actividades de esparcimiento compartidas.
- 2) **Familias con hijos pequeños:** Acuerdo familiar, buena administración de las finanzas, buena comunicación, satisfacción con la familia y amigos, una red social de apoyo, satisfacción con la crianza de los hijos, una valoración positiva de la relación conyugal y satisfacción con la vida.
- 3) **Familias con hijos adolescentes:** Buena administración de las finanzas, personalidad compatible, una red de apoyo constituida por familiares y amigos, una valoración positiva de la realidad conyugal, relación sexual plena y satisfacción con la vida.
- 4) **Parejas mayores:** Buena comunicación conyugal y personalidad compatible.

3.1.2 LOS ENGAÑOS

Otra de las grandes crisis enfrentadas por las parejas según Rojas (1994), es la de los engaños, y es que en nombre del amor suceden, hechos que están muy lejos de él, o que son diametralmente opuestos. Los errores se pagan tarde o temprano y, a la larga, suelen tener consecuencias muchas veces irreparables. Hoy se han multiplicado los engaños sobre el amor. El resultado es, que en vez de liberar al hombre y lanzarlo en la aventura de encontrarse consigo mismo, lo lleva a situaciones de prisión, encadenamiento y sumisión que giran cada vez más sobre sí mismo y lo hacen cautivo de unos sentimientos mal enfocados. El amor se puede perfeccionar, pero también es susceptible de empeorar: es decir, es perfectible y defectible.

En general se dice que el "mejor amor" es aquel que lo da todo, que no se guarda nada que busca el bien y la felicidad de la otra persona. El denominado "peor amor", por su parte, es aquel que está lleno de egoísmo, intrascendencia, frivolidad y es voluble, irresponsable, caprichoso. Entre estos dos polos, se sitúa una gama intermedia de posibles formas de amor: unas más densas y otras más ligeras. Cuando el amor entre un hombre y una mujer no conduce, de alguna manera, hacia un mejoramiento personal, se puede afirmar que antes o después llevará a un gran vacío psicológico, puesto que sus ansias afectivas no se verán colmadas. El verdadero amor disuelve la soledad y tiende a la fidelidad, contiene a su vez, esclavitud y libertad, sujeción y emancipación. Es a través de él como se desarrolla la verdadera psicología e identidad de cada uno, como un movimiento que tiende a los valores más humanos. Cuando el amor se vive como traición, la persona lastimada volcará todo su odio contra su pareja, o en su caso se volcará contra sí misma convirtiéndose en depresión por la misma agresividad reprimida (Dethelsen T. y Dhalke, 1990).

3.2 EL DOLOR

González E. (1995), menciona que en la vida es posible encontrar a quienes no hayan sido felices, pero nunca a quienes no hayan sufrido y lista algunos decretos:

1. El dolor y la pena que nos causa lo que perdemos es la medida para la profundidad de una crisis.
2. La magnitud del dolor marca la cantidad de energía que se movilizará en la crisis: el tiempo que nos llevará el duelo y los valores que tendremos que reacomodar para volver al estado de paz que se pierde con la crisis.
3. El dolor es lo que da la pauta, no el suceso en sí ni la clase de pérdida, ya que cada ser humano responde de muy diferente manera a un mismo suceso.

3.3 EL PROCESO DEL DUELO

La función de la pena es representar dentro de nosotros mismos el vacío que dejó la persona amada. Basta contar una historia para percatarse de que las cosas no son como se había creído: siempre hay dos historias: la que sucedió y la forma cómo se interpreta la vivencia (González 1995).

Etapas del Duelo:

Según Kavanaugh (en González 1995), en la muerte encubierta, son siete las etapas por las que pasa el ser humano en el proceso de duelo:

1. **El Impacto emocional.** - Caracterizada por la negación como mecanismo de defensa. Hay aturdimiento y sentimientos de irrealidad. Parece como si los bloques de los cimientos de la vida se hubieran hundido. Es la etapa de entumecimiento emocional.
2. **La desorganización de sí mismo.** - El recuperarse del pesar se percibe como un laberinto irreparable, que no tiene salida. El doliente no se entiende a sí mismo y puede enfrentar una creciente depresión e impotencia y sentir que no tiene ningún control sobre su situación actual.
3. **El sentimiento de coraje.** - Hay repentinas explosiones de ira y sentimientos de tensión. Esta reacción emotiva de coraje empieza cuando la herida emocional comienza a ahondarse. Si no se expresa el coraje, éste se transforma en ira reprimida y se volverá contra sí mismo con efectos devastadores.
4. **El sentimiento de culpa.** - Una vez que el dolor ha seguido su curso y se comienza a aceptarlo, probablemente sea difícil dejar ir el pasado. Lo que pasó o no pasó, lo que se hizo o dejó de hacer: todo esto se va recordando desde el fondo de la emotividad herida, en este contexto real y doloroso se trata de rescatar un pasado idealizado (parcialmente alterado), del contexto real en que sucedió, lo que provoca sentimientos de culpa y responsabilidad. Esta etapa es también una época de perdón. Perdonarse a sí mismo por no

haber hecho todo lo que se piensa y se siente que se podía haber hecho; cuando hay una liberación de la culpa y un proceso de auto-perdón, es posible entonces, perdonar a los demás.

5. **La aceptación de la pérdida o experiencia de soledad.** - Cuando el perdón a sí mismo se va manifestando, significa que se van aceptando y asimilando los propios límites. Es el momento en que se concientiza la soledad. Un sentimiento de vacío se apodera de la persona. En esta etapa se requiere de la fuerza suprema del espíritu. Tener la valentía de poner frente a sí la pérdida, tal como ha sido y separarse de aquello, dejarlo ir, soltarlo y quedarse solo. Es el momento culminante del proceso de duelo.
6. **El alivio.** - Después de lo acaecido, se sigue viviendo, la vida continuó y de alguna manera es el seguir haciéndose a sí mismo. Esta es la realización de la vida humana: la impermanencia, en donde todo fluye, todo pasa y paulatinamente, casi sin sentirlo, comienza el restablecimiento.
7. **El restablecimiento de sí mismo.** - La intensidad de las siete etapas se ve afectada también por la claridad con que se comprendan las propias expectativas de los resultados del cambio. Cada ser se va levantando a sí mismo. La reintegración al mundo que fluye, se lleva a cabo suave y lentamente. A medida que esto sucede, es como volver a nacer, cargado con una nueva fuerza y una nueva esperanza. Fortalecido y templado en el propio dolor, se comienza con la posibilidad de hacer planes sintiendo que la vida merece ser vivida, sin depender del que se fue o de lo que ya no es.

3.4 DIVORCIO

Teruel (1974), afirma que los cónyuges que sufren conflictos como para hablar de un alto riesgo de separación o divorcio "irradian de modo constante su desesperación y odio cada vez que sobreviene una crisis marital, o mantienen una atmósfera cargada. Es indudable que esto se proyecta al ambiente, en general constituido por los hijos. El resultado es un aumento de las neurosis y de las afecciones psicóticas y psicosomáticas".

Es el patrón emocional del individuo, su manera de ser y la naturaleza en la interacción de la pareja en el matrimonio la que determina la respuesta, ésta hay que buscarla en principio, desde su incipiente comienzo en la infancia y cómo estas primeras experiencias son la base de toda relación posterior.

El curso y resultado de un matrimonio se determinan por las dificultades emocionales de cada cónyuge y por la manera en que interaccionan las dos personalidades. El propósito inconsciente más frecuente en el matrimonio es encontrarse con una pareja que represente a uno de los progenitores.

Dicks (ref. Teruel, 1974) fundador de la Unidad Matrimonial de la Clínica Tavistock maneja dos hipótesis:

- 1) Muchas tensiones y malentendidos entre cónyuges parecen originarse en la decepción que uno o ambos sienten, y que es causa de agravio cuando el otro no atina a representar el rol de cónyuge, ajustándose a una figura o modelo preconcebido del mundo de fantasía del otro.
- 2) Los sujetos pueden perseguir (o atacar) en sus cónyuges tendencias que originalmente ejercieron atracción, pues el compañero fue percibido inconscientemente como símbolo de aspectos de la personalidad del sujeto que le hacen falta y se "perdieron" a causa de la represión.

4 DEPRESION

4.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

El término depresión se remonta a un cuarto de siglo, el cuadro patológico en su forma severa fue descrito desde la época grecorromana con el nombre de melancolía. En los primeros

siglos de nuestra era, Celsus, en su libro *De re medica*, y Arateo de Cappadocia, en *Enfermedades agudas y crónicas*, hablaban de la manía y de la melancolía como problemas médicos.

El gran incremento mundial de la depresión y la enorme cantidad de enfermos con cuadros sintomatológicos obviamente no incluidos en los cuadros psicóticos o neuróticos, motivaron a los expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), a establecer un nuevo grupo en la IX Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, que empezó a ser utilizada en enero de 1979. Este grupo, bajo el rubro 311 y con el nombre de trastorno depresivo no clasificado en otra parte, incluye a los pacientes que presentan este cuadro psicopatológico.

Calderón en 1992, plantea el incremento de cuadros depresivos reportados por el Hospital San Rafael aquí en México y de como perturba ese cuadro las relaciones interpersonales y disminuye la productividad de la persona afectada, pudiendo llegar hasta el suicidio, por lo que se considera un problema de salud pública. La prevalencia actual se estima en la mayoría de las investigaciones en un 10%, pudiendo llegar a ser de 20% en personas que solicitan servicios médicos, lo que implica que uno de cada 5 enfermos que atiende un médico, puede presentar un cuadro depresivo (Calderón 1992).

Son varios los factores que intervienen en los cuadros depresivos, dentro del Distrito Federal se presentan como características predominantes para la depresión y el suicidio: la agresión, los problemas familiares en tercer lugar y en 5° los amorosos (desconociéndose las causas del primer lugar 34.9% y siendo segundo lugar la enfermedad 33.09%), en población que se encuentra en la tercera década de la vida, con residencia urbana, estrato socioeconómico medio y bajo, de sexo masculino (Rivera C. 1998).

La Asociación de Psiquiatría Americana (Nemeroff 1998), considera que una persona tiene el síndrome de depresión clínica si muestra, por lo menos cinco de los síntomas adjuntos, de forma ininterrumpida y a largo de un período de dos semanas:

- ✓ Animo deprimido la mayor parte del día
- ✓ Notable disminución del interés o gusto en todas en la mayoría de las actividades diarias
- ✓ Aumento o disminución desproporcionados del apetito
- ✓ Insomnio o sueño excesivo
- ✓ Agitación (evidente por el modo de frotarse las manos) o lentitud en los movimientos
- ✓ Cansancio inexplicable o pérdida de energía
- ✓ Sentimientos de inutilidad o de culpabilidad
- ✓ Indecisión o capacidad disminuida para pensar o concentrarse
- ✓ Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio

Nemeroff (1998), confirmó en sus investigaciones que la depresión y la depresión maníaca aparecen con frecuencia en el círculo familiar. Existiendo mayor probabilidad de que los parientes cercanos padezcan la misma enfermedad, con una frecuencia mucho mayor que el resto de la población. A este planteamiento se le denominó modelo de diátesis-estrés de las alteraciones del ánimo, para dar fe de la interacción entre experiencia (estrés) y predisposición innata (diátesis). Lo que confirma la correlación entre experiencia y neurobiología.

4.1.1. DEPRESIÓN EN MAMÍFEROS

Estados emocionales tales como depresión, angustia, miedo e ira tienen una función en la vida de muchos organismos, entre los que debemos ubicar al ser humano, y que consiste en mejorar su adaptación al medio ambiente como Darwin lo enunció en su libro "la expresión de las emociones en el hombre y en el ánimo" (en Calderón 1984).

Estudios experimentales

Casi por definición, la depresión anaclítica se refiere a la separación de la madre y del hijo, este fenómeno ha podido ser comprobado en un gran número de especies de monos,

demonstrando que los lazos de afecto entre madre e hijo son fuertes y duraderos en la mayoría de los primates (ref. Calderón, 1984), la separación repetida de los pequeños determinó, además de angustia y depresión, una ausencia total del proceso de maduración de la conducta normal. Sin estar acompañados de otros compañeros, los pequeños monos eran prácticamente nadie, y permanecieron estáticos en una etapa de infancia permanente.

Por lo anterior, se llega a la conclusión de que la posibilidad de sufrir depresión no es exclusiva del ser humano, sino que es un elemento de herencia evolutiva, y que desempeña un papel importante en los mecanismos de adaptación biológica. Este papel, de acuerdo con Engel (ref. Calderón, 1984), es el de una "señal de alerta", que llama la atención del grupo social y en forma especial del padre y de la madre, cuando una de sus crías está en peligro. Esta función se basa en dos hechos comunes a los mamíferos en general y a los primates en particular: primero, en que nuestra descendencia es muy pequeña comparada con otras especies, y segundo, que estos descendientes nacen con una gran inmadurez biológica y totalmente desamparados. Por lo tanto, es lógico pensar que para nuestra especie haya sobrevivido tanto tiempo, deben de existir mecanismos para criar y proteger a nuestra desvalida descendencia, y que la depresión que se presenta al separarse de los seres queridos es muy humana.

4.2 EL PROCESO DE ENFERMEDAD

La enfermedad es un estado que indica que el individuo, en su conciencia, ha dejado de estar en orden o armonía. Esta pérdida del equilibrio interno se manifiesta en el cuerpo en forma de síntoma. El síntoma es, pues, señal y portador de información, ya que con su aparición interrumpe el ritmo de la vida obligando a estar pendientes de él. Señala que, como individuos, tenemos una manifestación de enfermedad, es decir, que se ha perdido el equilibrio.

Este lenguaje es psicosomático, es decir, sabe de la relación entre el cuerpo y la mente. Si se consigue redescubrir esta ambivalencia del lenguaje, es posible oír y entender lo que dicen los

síntomas, los cuales dicen cosas más importantes que nuestros semejantes, ya que son compañeros más íntimos, le pertenecen a la persona por entero y son los únicos que contienen toda la información del ser.

En realidad, no es posible trazar una línea divisoria clara entre los síntomas somáticos y psíquicos. Todo síntoma tiene un contenido psíquico y se manifiesta a través del cuerpo. También la ansiedad y las depresiones utilizan al cuerpo para manifestarse. Estas correlaciones somáticas, sin embargo, proporcionan también a la psiquiatría académica la base para sus tratamientos farmacológicos (Dethelefsen y Dahlke, 1990).

4.3 SINTOMATOLOGIA

En general, los síntomas de la depresión abarcan las esferas afectiva, cognitiva, conductual y somática:

1. Trastornos Afectivos.

Indiferencia afectiva por lo que los intereses vitales se ven perdidos, tristeza con o sin tendencia al llanto, inseguridad manifestada por la dificultad para tomar decisiones, pesimismo en general predominando sentimientos de autoderrotismo, miedo indiferenciado o específico, ansiedad que se intensifica por las mañanas e irritabilidad.

2. Trastornos Intelectuales.

Sensopercepción disminuida ya que la captación de estímulos es deficiente, trastornos de memoria presentándose dificultad para la evocación de recuerdos, disminución de la atención en vivencias cotidianas, disminución de la comprensión y comunicación deficiente, ideas de culpa o fracaso acompañadas de sentimientos de autoevaluación e incapacidad de enfrentamiento y pensamiento obsesivo con ideas o recuerdos repetitivos.

3. Trastornos Conductuales

Actividad en general disminuida con descuido de aseo personal y obligaciones, productividad disminuida, impulsos suicidas e impulso a la ingesta de alcohol y otras drogas.

4. Trastornos Somáticos.

Trastornos en el sueño con dormir inquieto, hipersomnía, insomnio, ya sea al principio o al final del periodo del sueño, trastornos en el apetito (anorexia o hiperfagia), disminución de la libido (el deseo sexual se ve disminuido o nulificado), cefaleas tensionales (los músculos de la nuca y los temporales se ven afectados), trastornos digestivos (náuseas, meteorismo, aerofagia, dispepsia, etc.), alteraciones cardiovasculares (taquicardia, bradicardia, disnea suspirosa, etc.) (Calderón, 1987; Alcalá, 1988; Marván, 1988 en Díaz, 1992).

Como ocurre con otros fenómenos psicopatológicos, el término depresión se utiliza en tres sentidos: **síntoma, síndrome y enfermedad mental**. Como síntoma puede acompañar a otros trastornos psicopatológicos primarios, como síndrome agrupa unos procesos caracterizados por tristeza, inhibición, culpa, minusvalía y pérdida del impulso vital y como enfermedad, desde la óptica del modelo médico, se observa como un trastorno de origen biológico en el que puede limitarse una etiología, una clínica, un curso, un pronóstico y un tratamiento específico (Vallejo et al 1994, en Herrera 2001).

4.4 CONSIDERACIONES GENERALES DE LA DEPRESION

El duelo normal, prototípico de la depresión, tiene lugar como respuesta a separaciones y pérdidas significativas como la muerte de algún pariente, un desengaño amoroso, la separación matrimonial, el fin de alguna etapa de la vida, etc. En el 20% de las mujeres y el 12% de los hombres, se da a lo largo de la vida algún episodio de trastorno del estado de ánimo, la mayoría de desorden depresivo. Los estados depresivos y maníacos suelen ir precedidos de

acontecimientos vitales traumáticos, sobre todo separaciones (Makivar 2000); ya que este parece ser uno de los procesos de mayor impacto en el ser humano tanto por la dependencia emocional y social que se proyecta sobre otros como por depositarse en el compañero o compañera mucho de lo que dejamos pendiente en la infancia (Gilbert y Shmukler 2001).

Calderón (1984), habla del efecto negativo en las relaciones familiares y sociales, su influencia en la desvalorización de la propia personalidad, y el enorme contraste entre la imagen que el paciente deprimido tiene de sí mismo y la realidad, estas manifestaciones han hecho que se le considere como la enfermedad de las paradojas. Dichas manifestaciones afectarán en grado sumo la relación de la pareja.

Dethelefsen y Dahlke (1990), definen a la depresión por medio de síntomas como la total paralización de la actividad, cansancio, trastornos del sueño, inapetencia, estreñimiento, dolor de cabeza, taquicardia, dolor de espalda, trastornos menstruales en la mujer y baja del tono corporal. El depresivo sufre sentimiento de culpabilidad y continuamente se hace reproches. trata de hacerse perdonar. Según estos autores los **Orígenes de la Depresión** vienen de 3 temas principalmente:

- 1) **Agresividad.** - La agresividad que no es conducida hacia el exterior se convierte en dolor corporal y en el aspecto psíquico conduce a la depresión. El depresivo evita todo lo que no tiene el reconocimiento público y trata de disimular sus impulsos agresivos y destructivos con una vida irreprochable. La agresividad dirigida contra uno mismo encuentra su expresión más clara en el suicidio. Un claro ejemplo es cuando no se encuentra satisfacción en la vida conyugal y existe un alto grado de agresión por expectativas no cumplidas de la pareja y no se comunican entonces hay depresión por la ira contenida.
- 2) **Responsabilidad.** - La depresión es (dejando aparte el suicidio), la forma extrema de rehuir la responsabilidad. El depresivo no actúa sino que vegeta, más muerto que vivo. El miedo a asumir responsabilidad está en primer término. Todas las depresiones se

producen precisamente cuando el paciente tiene que entrar en otra fase de la vida. Muchas veces al casarse o después de tener un hijo se manifiesta este tipo de depresión por la responsabilidad que implican estos cambios.

- 3) **Renuncia, soledad, vejez, muerte.**— Todo lo vivo como movimiento, cambio, relación social y comunicación, es arrebatado al depresivo y se le ofrece el polo opuesto apatía, inmovilidad, soledad, pensamientos sobre la muerte. El conflicto radica en que se teme tanto a la vida como a la muerte. La vida activa trae consigo culpabilidad y responsabilidad. Asumir responsabilidad significa también renunciar a la proyección en el otro y aceptar la propia soledad. La personalidad represiva tiene miedo de esto y, por lo tanto, necesita personas a las que aferrarse. La separación o la muerte de la persona amada suele ser desencadenante de una depresión.

La pérdida de un ser querido, una situación desfavorable, o el enfrentamiento a situaciones aflictivas pueden originar en cualquier persona un estado de tristeza o pena al que llamamos "Duelo", que se considera normal en el sentido de que se espera que ocurra, dada una situación determinada (Martínez 2000), o sea que el proceso de crisis ante cualquier vivencia interpretada como una pérdida o interrupción de cotidianidad conlleva un período esperado de duelo; la duración de estedependerá del tipo de pérdida y la personalidad de cada individuo.

Caruso (1982), por ejemplo, al hablar de como se da la vivencia de separación de la pareja ya sea de manera física o emocional, nos dice que la vinculación emocional con las personas que se aman es tan fuerte que forma parte de la identificación personal, y si esta unión con el otro se ve truncada esto se vive como una "muerte en vida", de ahí el entrar en períodos de duelo ante conflictos con la pareja.

El deprimido prevé que sus problemas y experiencias comunes continuarán indefinidamente. Existe una tendencia a deformar sus experiencias, mal interpretar acontecimientos tomándolos como fracaso, privación o rechazo personal. Como se exagera y

generaliza excesivamente cualquier situación por más sencilla que sea, hay una tendencia a hacer predicciones indiscriminadas y negativas del futuro.

El duelo incluye períodos, la realidad de la pérdida puede no ser aceptada, e incluso puede ser negada durante los primeros momentos, lo cual se suele acompañar de sentimientos de falta de sentido de la existencia, de la vacuidad de todo, de la futilidad de la lucha y de la inutilidad del esfuerzo y del sacrificio (González 1995). Esto puede explicar mucho de la permanencia de las relaciones aún cuando son poco o nada funcionales, cuando se comienza a vislumbrar la pérdida o el rompimiento de una relación como el matrimonio, las personas pueden negarse a aceptar la realidad de la "muerte de la relación" ya que la vivencia de vacío resulta intolerable, es entonces cuando se acepta el permanecer en una relación que ya no aporta nada, o permitir que la relación se deteriore aún más (a veces a costa de ellos mismos), en un intento desesperado por tratar de evitar la separación con el ser amado y el rompimiento del propio mundo que se estructuró en base a la relación con la otra persona.

Cuando se entra en el período de adaptación en donde se asimila que la relación emocional con la otra persona (como puede ser la pareja), ya terminó, es cuando "inicia" el final del duelo, es cuando ya se está preparado para "soltar" o "dejar ir" a la persona amada. Es en este momento cuando se comienza a reconstruir o reconfigurar una nueva estructura interna sin la persona que formaba parte de nuestro mundo. En base a una nueva realidad, en donde las alternativas, las vivencias y las emociones compartidas ya no son las mismas, es que se puede formar un mundo claro y objetivo, de lo contrario se puede permanecer en un duelo eterno en donde la persona que se amó nunca es abandonada y forma parte de un mundo irreal que se convierte en algo confuso y desgastante por su misma irrealidad.

4.4.1 CLASIFICACION

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. La historia clínica de algunos pacientes muestra causas ambientales y psicológicas como factores determinantes aparentemente obvios: entonces, la depresión es llamada exógena o reactiva: en otros, no hay factores desencadenantes evidentes, y la depresión es considerada como endógena. En la práctica es difícil distinguir los límites entre estos dos supuestos subgrupos.

SUBTIPOS DEPRESIÓN

Depresión con ansiedad. - Consiste en síntomas de ansiedad que acompañan a la depresión en forma de crisis de pánico, preocupaciones, tensiones, agitación continua, fobias o compulsiones.

Depresión atípica. - Se caracteriza por la reactividad del estado anímico y por lo menos dos de las siguientes características: incremento del apetito, aumento de peso, hipersomnia y sensibilidad acerca del rechazo interpersonal; además, humor disfórico frecuente.

Trastornos afectivos estacionarios. - Se consideran cuando la mayoría de los episodios depresivos ocurren entre noviembre y abril. Muchos pacientes tienen mayor apetito, un deseo vehemente por carbohidratos, aumento de peso e hipersomnia. Los tratamientos efectivos, utilizados solos o en combinación son: terapia con luz brillante (Fototerapia), privación de sueño, los ISRS y los IMAOS (Vallejo, 1994, en Herrera 2001).

Depresión posparto. - Es un estado depresivo que ocurre dentro de las cuatro semanas que siguen al parto. La depresión posparto puede ser tratada con psicoterapia, medicamentos o fototerapia, si además esta relacionada con una temporada especial.

Se concluye que la determinación del subtipo de depresión es importante en el establecimiento de un diagnóstico preciso lo cual facilita encontrar los tratamientos más apropiados (Clayton, 1998, en Herrera 2001). Sin embargo el mejor tratamiento para el paciente debe hacerse en base a su individualidad.

4.4.2 EL PUNTO DE VISTA DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

Sartorius en 1975, director de la División de Salud Mental de la OMS (en Herrera 2001), calculaba que en el mundo hay por lo menos cien millones de personas que sufrían alguna forma clínica reconocible de depresión; que relacionados con ellos existían otros tres tantos que sufrían por ella y, lo que es peor, que el problema tendía a aumentar en los años venideros por los siguientes motivos:

- 1) **Porque el promedio del índice de expectativa de vida está creciendo en todos los países.**
- 2) **El rápido cambio del ambiente psicosocial que permite la exposición cada vez mayor del individuo y de grupos sociales a un ambiente tensionante intenso y creciente como el que se presenta en situación de desarraigo, desintegración familiar, aislamiento social e información sobrecargada.**
- 3) **El aumento de la morbilidad de padecimientos crónicos, tales como el reumatismo, trastornos gastrointestinales, cerebrovasculares, y problemas neurológicos que según se ha demostrado, se asocian con depresión**
- 4) **El creciente abuso de medicamentos, algunos de los cuales pueden causar depresión, como los antihipertensivos, la fenotiacinas y varios preparados hormonales (en Herrera 2001).**

Las cifras actualmente manejadas son alarmantes ya que según registros en el año 2000 padecieron por primera vez alguna forma de depresión hasta unos 250 mil mexicanos, hablando

de depresión mayor, hay aproximadamente 4 millones de habitantes con este trastorno. Lo que se ha visto es que la depresión es más común en las mujeres, pero no necesariamente por ser un trastorno femenino sino porque pareciera ser que por las características culturales de nuestro país, el varón mexicano acepta menos que puede estar sumergido en un proceso de depresión. De hecho si en México no hay mucha conciencia para aceptar problemas psicológicos, mucho menos para asistir a una consulta (Romo 2001).

4.4.3 CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN SEGÚN EL DSM-IV Y EL CIE-10

A medida que los investigadores y los especialistas han estudiado los trastornos del estado de ánimo, las distinciones clínicas entre los pacientes que ya se habían reconocido previamente, han sido constatadas y reconocidas oficialmente en la cuarta edición del Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). Los principales trastornos de este grupo son el trastorno depresivo mayor y el trastorno bipolar I.

Existen otros dos trastornos del estado de ánimo, el trastorno distímico y el trastorno ciclotímico, que estaban reconocidos clínicamente desde hace mucho tiempo. Estos dos trastornos se caracterizan por la presencia de síntomas que son menos graves que las manifestaciones del trastorno depresivo mayor y el trastorno bipolar I, respectivamente.

Según el DSM-IV se clasifican los trastornos del estado de ánimo en:

Episodio depresivo mayor, Episodio Maníaco, Episodio Mixto, Episodio hipomaniaco, Trastorno Depresivo Mayor, Trastorno Depresivo Mayor Recidivante, Trastorno Distímico, Trastornos Depresivos no Especificados, Trastorno Depresivo Menor, Trastorno Depresivo Breve Recidivante, Trastorno Depresivo Pospsicótico en la Esquizofrenia, Episodio Depresivo Mayor superpuesto a un trastorno delirante, Trastorno psicótico no especificado o a la fase activa de la

esquizofrenia. Casos en que el Clínico ha llegado a la conclusión de que hay un trastorno depresivo, pero es incapaz de determinar si es primario, debido a enfermedades médicas o inducido por sustancias. Trastorno Bipolar I, episodio maníaco único, Trastorno Bipolar I, episodio más reciente hipomaniaco, Trastorno Bipolar I, episodio más reciente Maníaco, Trastorno Bipolar I, episodio más reciente Mixto, Trastorno Bipolar I, episodio más reciente depresivo, Trastorno Bipolar I, episodio más reciente no especificado, Trastorno Bipolar II (Episodio depresivo mayor recidivante con episodio hipomaniaco), Trastorno Ciclotímico, Trastorno Bipolar no Especificado (Pichot, 1995, en Herrera 2001).

Según el CIE-10 clasifica a la depresión en trastornos del estado de humor (afectivos):

Episodio depresivo, Episodio depresivo leve, Episodio depresivo moderado, Episodio depresivo grave, sin síntomas psicóticos, Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos, Otros episodios depresivos, Episodio depresivo sin especificación, Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve, Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado, Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado, Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos, Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos, Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión, Otros trastornos depresivos recurrentes, Trastorno depresivo recurrente sin especificación, Trastornos del humor (afectivos) persistentes (OMS, 1993, en Herrera 2001).

4.5 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS Y ETIOLOGÍA

En los últimos años la importancia de la depresión se ha destacado de tal forma, que se le considera no sólo como el problema más frecuente en el campo de la salud mental, sino aun, y de acuerdo con opiniones tan calificadas como la Nathan Kline (en Calderón 1984), como el padecimiento que más trastornos acarrea a la humanidad. Durante las últimas 3 décadas, se ha registrado un continuo incremento del cuadro depresivo entre las personas que viven en las

grandes comunidades urbanas, y sobre todo entre la población de los países industrializados (Kielholz 1972, en Calderón 1984). Expertos internacionales estiman en un 3 a 5% de la población total la frecuencia de las depresiones.

ETIOLOGIA

Por lo general se divide a los cuadros depresivos en tres tipos: psicóticos, neuróticos y simples. La constitución del paciente desempeña un papel importante, y la participación de factores ambientales modifica ese estado básico. Se considera que la etiología de la depresión es multifactorial, con predominio de algunos agentes predisponentes y determinantes sobre otros según el cuadro, ya que el predominio del estado constitucional o de los factores ambientales influirá en el tipo de depresión que se desarrolle en el enfermo. Aún cuando no existen factores etiológicos específicos en ningún tipo de depresión, se dividen para fines didácticos en 4 causas genéticas, psicológicas, sociales y ecológicas (Calderón 1984):

Causas Genéticas

Quizá no se podría hablar de una herencia directa de la depresión, sino simplemente de la posibilidad de transmisión de un terreno más vulnerable al cuadro, como puede suceder con otras enfermedades. Además es preciso considerar que los miembros de una familia están sujetos a los mismos factores ambientales que pueden determinar la depresión, y que la convivencia con una persona deprimida puede originar el mismo cuadro en alguno de sus allegados. En realidad, se podría hablar de que los factores se encuentran altamente interrelacionados, por ejemplo: si la pareja tiene predisponentes genéticos que la hacen tender a la depresión esto inevitablemente afectará a ambos cónyuges y a toda la familia.

Causas Psicológicas

Estas causas 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 en los primeros años de vida, determinando rasgos de personalidad tan enraizados, que algunos psiquiatras se refieren a ellos como rasgos constitucionales, que sin embargo, se aprenden a través de la estrecha relación y la dependencia respecto de los miembros de la familia. (Calderón 1989). En el caso de la pareja, se dice que al formarse una relación de manera inevitable la nueva relación retardará los viejos patrones de supervivencia no importa como hayan contribuido a la adaptación en las familias de origen y de hecho parte de las experiencias cotidianas desafiará las suposiciones más tempranas y conducirá a cambios en el esquema interpersonal central, sin embargos otras experiencias pueden servir para reforzar y confirmar sus creencias que ya se traen, bien sean limitantes o facilitadores de la relación (Gilbert y Shmukler 2001).

Causas Sociales

Como lo demuestran los estudios etiológicos, los estados afectivos de depresión son una respuesta a la pérdida de los lazos de unión que han sido indispensables para la supervivencia y desarrollo de nuestra especie. Por medio de ellos se han desarrollado los sistemas psicobiológicos que a través de los siglos hemos heredado de nuestros antecesores mamíferos, particularmente de los primates. Un aspecto interesante de estos sistemas es que nos permiten resistir con una fuerza biológica cualquier intento de destrucción de nuestras ligas afectivas, reaccionando generalmente con manifestaciones físicas y psíquicas de angustia. Un indicador de la fuerza de estos lazos es la reacción de duelo que se presenta en nosotros cuando alguno de ellos se destruye, como en el caso de la separación o las crisis de la pareja, que es lo que principalmente atañe a nuestra investigación.

Un estudio efectuado en Inglaterra y Gales, en más de 4,000 hombres viudos, demostró que durante el primer año de viudez éstos tenían una tasa de mortalidad mayor que la de individuos con características demográficas semejantes. Hay otros indicadores que señalan que la muerte del cónyuge o alguna otra pérdida sensible origina un fuerte impacto que hace que personas con antecedentes de alcoholismo aumenten su ingestión de bebidas alcohólicas, y que

otras incrementen el uso de tranquilizantes o el número de cigarrillos: es decir, en todos los casos los humanos reaccionan vigorosamente, con todo su organismo, a la destrucción de sus vínculos afectivos (Calderón 1984).

De acuerdo a Gilbert y Shmukler (2001), el vivir en pareja compromete a dos seres con mundos completamente diferentes a procesos de adaptación inmensamente grandes, los cuales demandan del individuo tolerancia a la frustración, estructura, paciencia, capacidad de negociación, prudencia, comunicación, soltar pautas anteriores, etc. Todos estos elementos requeridos para una vida en común y que aún estando presentes no evitan la aparición de procesos de crisis en donde la depresión es uno de los síntomas más frecuentes debido al proceso de duelo por el que transitan ambos cónyuges al enfrentarse al abandono de sus anteriores vidas: familia, hogar, costumbres, economía, valores, etc. Lo anterior aunado a las crisis normales de desarrollo de cada individuo y su descendencia, son percances por los que toda pareja atraviesa, por lo que es de vital importancia abundar en su estudio para el mejor entendimiento de las mismas.

Causas ecológicas

<i>Problema</i>	<i>Motivo</i>	<i>Consecuencia</i>
Contaminación atmosférica	Productos de la combustión de vehículos de motor, Industrias, talleres, quema de desechos, polvo	Mala calidad del aire inhalado
Problemas de tránsito	Exceso de vehículos Falta de estacionamientos	Mayor número de accidentes, Pérdida económica, Dism. de las horas de descanso
Ruido excesivo	Autotransportes, Aviones de reacción, Fábricas metalúrgicas Equipos de sonido	Insomnio, Fatiga física e intelectual Irritabilidad, Aumento de la frecuencia cardíaca y de la tensión arterial, sordera.

4.5.1 CAUSAS DETERMINANTES Y DESENCADENANTES

DETERMINANTES

Es frecuente que durante la infancia se presenten algunos trastornos como sonambulismo, terrores nocturnos, enuresis, berrinches, fobias, timidez, etc., que se conceptúan como problemas de personalidad y conducta. Probablemente estas manifestaciones deban considerarse

como signos de conflictos específicos y de factores que han producido angustia; también es necesario advertir la presencia de sentimientos de culpa, conflictos creados por necesidades inconscientes, de incidente que han tenido un fuerte significado y de tensiones familiares, como son las matrimoniales o sexuales. Además se debe distinguir si estas circunstancias son factores etiológicos determinantes, o si son elementos desencadenantes que ponen de manifiesto la incapacidad de enfrentamiento de una personalidad deficientemente estructurada (Calderón 1984).

Algo muy frecuente en la pareja, es que uno de los miembros puede estar en una etapa particular de desarrollo en el proceso de la relación, mientras el otro se encuentra en una etapa anterior o posterior. Si están presentes estas discrepancias, habrá un conflicto inevitable de necesidades e intereses conforme las personas experimentan un desequilibrio el uno con el otro Gilbert y Shmukler (2001), plantean algunos de los modelos de relación:

Simbiótico-simbiótico.- Enredamiento en donde dos son uno solo. Se caracteriza por cercanía y la suposición de similitud, este encantamiento incluye la pérdida de individualidad, miedo al abandono y pasividad. La depresión puede estar presente por esa falta de contacto consigo mismo ya que no existe la diferenciación con el otro.

Simbiótico-simbiótico de tipo hostil-dependiente.- Relación que se presenta por una búsqueda de ayuda, comienza cuando las fantasías simbióticas comienzan a marchitarse. Se caracteriza por expresiones abiertas y frecuentes de enojo, furia, batallas y maldiciones, provocadas por la misma ambivalencia. La tristeza es por el miedo al abandono que se encuentra en conflicto con el deseo de independencia.

Simbiótico-diferenciación.- Uno de los miembros comienza el proceso de diferenciación, mientras el otro se aferra o resiste a la separación. El problema es el desequilibrio y el miedo de traición, mientras el miembro de la pareja en fase de diferenciación siente enojo y culpa. el

trabajo es en base a la falta de seguridad y confianza en el dependiente y de balanceo y negociación del que busca la diferenciación.

Diferenciación-diferenciación. - "Yo cambio si tú cambias". Aquí hay conflicto en cuanto a la forma de pelear. Ambos miembros se viven en franca desventaja oscilando entre la depresión y la agresión, u obtienen lo que desean o se sienten oprimidos. En este modelo la pareja requiere trabajar sus sentimientos y el proceso de diferenciación tanto en forma interna como externa.

Simbiótico-práctico. - Mientras el miembro simbiótico anhela fusionarse y teme el abandono, sintiéndose traicionado cuando se presenta, el integrante en la fase práctica ha perdido empatía por la necesidad del otro y trata de escapar del sumidero. La discrepancia en las metas hace sufrir a ambos sintiéndose ignorados e invadidos respectivamente.

Práctico-práctico. - Relaciones basadas en batallas de poder y miedo por no querer caer en una pérdida del yo por exceso de intimidad. Los problemas en esta etapa pueden ser el abismo cada vez más ancho entre los dos conforme avanzan en sus caminos individuales, la consigna es: "me entrego, si tu lo haces".

Práctica-reacercamiento. - Estilo que habla de "un pie adentro, un pie afuera". Uno desea regresar a la intimidad y el sustento emocional de la relación, ahí se encuentra el nuevo surgimiento de vulnerabilidad con mayor capacidad para la negociación. Uno de los miembros aún busca establecer un sentido de sí mismo separado y el otro busca regresar a la intimidad.

Reacercamiento-reacercamiento. - Alineación entre los miembros de la pareja, que ahora se están comprometiendo de nuevo de una manera íntima como individuos separados. Modelo de relación ideal en donde cada uno tiene un claro sentimiento establecido de identidad personal, no están amenazados por la cercanía ni las actividades compartidas. En estos momentos ninguno de los miembros se vive deprimido o ansioso por la relación ya que se sienten equilibrados interna y externamente respecto a esta.

DESENCADENANTES

Entre las causas inmediatas de las 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, que es la fuente más común e importantes de los trastornos psiconeuróticos. Esta angustia, engendrada por un super ego demasiado severo y exigente, al ser estimulada por una situación externa, puede movilizar defensas de la personalidad que constituyen los síntomas neuróticos.

La neurosis son más frecuentes en la mujer que en el hombre, en parte por la represión de necesidades y de instintos biológicos básicos (como el sexual), por otra parte, la insatisfacción o la desilusión matrimonial crónica originada con frecuencia por la falta de afecto por parte del compañero, la responsabilidad de la mujer en la educación de los hijos, que la vorágine del mundo actual ha dejado sólo en sus manos, ante la indiferencia del padre que aduce motivos de trabajo para justificar su ausencia y la frecuencia con que en la actualidad tienen que trabajar fuera de casa para mejorar el ingreso familiar, sin abandonar el cuidado del esposo y de los hijos, son otros tantos factores que le provocan tensión, angustia y depresión.

Los celos son otro claro ejemplo en donde emerge la particularidad social del individuo y depende del autoconcepto que tenga de sí mismo: la persona afectada pasa por un complejo proceso interpersonal al imaginar que su pareja siente una mayor atracción por un rival imaginario o real que por ella (White en Sánchez-Escárzega 1998). Ante una experiencia de celos, cualquier individuo reaccionaría en forma cognoscitiva, fisiológica y conductual. Las reacciones van desde la cólera, daño, alineación, pérdida, indignación y ofensa. Así Van (en Sánchez-Escárzega 1998).identifica las diferentes reacciones de los celos los cuales son síntomas de depresión también :

- ✓ **Resentimiento.**- Como respuesta secundaria a la reacción celosa inicial.
- ✓ **Conducta taciturna y mártir.**- Actitudes de frialdad, severidad e irritabilidad, acompañadas de ostentación de virtudes y actitudes de mártir. Esto puede conducir al otro miembro de la pareja a iniciar actitudes de abierto desafío o agresión.
- ✓ **Cólera y hostilidad.**- Por lo general es imposible contenerlas, en algunos casos la hostilidad se mantiene bajo control, o puede manifestarse como agresión pasiva.
- ✓ **Ambivalencia y desvalorización de la pareja.**- Los sentimientos hostiles están presentes en algunas relaciones desde su origen, ya que existe el miedo que experimentan algunos miembros de la pareja a ser dependientes y de que a su vez el otro se vuelva independiente, punto explicado anteriormente en la disertación de polaridades.

PÉRDIDA DEL OBJETO

La pérdida del objeto durante la etapa de desarrollo podría relacionarse con la psicopatología de la vida adulta y los problemas a los que se verán expuestos dependiendo del grado de sintomatología. De acuerdo a Calderón (1984), la resistencia personal a la pérdida es variable: hay personas que son extraordinariamente sensibles a ella, y otras que la soportan; estas varían de acuerdo a las etapas de desarrollo y son:

I Durante la infancia

En el cuidado materno, si el niño no tiene una relación satisfactoria con su madre, podría volverse reservado y ser incapaz de tener relaciones adecuadas en otras etapas de la vida. Los estudios de privación materna explican el tipo y la magnitud del problema.

El antiguo conocimiento de que los niños alojados en conventos, asilos y orfanatos tenían un índice de mortalidad muy alto, se destacó en el siglo XVIII, cuando se observó que el índice de mortalidad era más bajo entre los niños que, por falta de cupo en los hospicios, fueron colocados

en hogares donde se les procuraba alimentación y cuidado. Se ha demostrado la relación etiológica entre la carencia afectiva en la primera infancia y determinados trastornos de la personalidad que pueden persistir hasta la edad adulta. Tarde o temprano el niño descubre que la madre y él no forman parte de un todo. Con base en una clara diferenciación entre su propio ser y el mundo, el niño aprende a decir "yo" comenzando su autoafirmación. Cuando el niño no recibe el cuidado adecuado por parte de la madre, trata de evitar que ella se aleje, estableciéndose relaciones simbióticas perennes entre niños y progenitores, las cuales podrían originar serios problemas psiquiátricos. El perverso por ejemplo, es altamente dependiente de ese otro que es su complemento que es el masoquista y que sufre por las leyes impuestas por el primero. Ambos, son sujetos que tienen la imposibilidad de hacer converger las corrientes de ternura y sensualidad sobre el mismo ser, aquí, existe una disociación de pulsiones sexuales que se gestan desde la infancia (García Valdez 1992).

II Durante la adolescencia

El adolescente "normal" suele padecer alteraciones emocionales y ligeros cambios de la personalidad, a menos que, por represión, no haya podido resolver los problemas propios de esta etapa. Cuando esta situación se presenta puede provocar trastornos de la personalidad durante la edad adulta. La pérdida del objeto en la adolescencia coincide con la pérdida de la protección familiar. El abandonar la imagen de sus progenitores como seres poderosos, supremos e infalibles le origina depresión, que generalmente se manifiesta como una reacción de rebeldía y desafío.

III Durante la edad adulta.

Es más fácil de identificar para poder establecer la relación de causa a efecto. Puede ser la pérdida de un ser querido, de una situación económica, de poder o de salud. Cuando la pérdida de la persona no es por muerte sino por ausencia (divorcio, abandono, requerimiento laboral o militar, etc.), la magnitud de la respuesta esta condicionada por la intensidad de los lazos de

afecto entre las dos personas, el motivo de la separación, la duración, la resistencia personal ante el problema y las expectativas futuras para reanudar la relación.

Hay dos principios que se consideran básicos para tener una buena salud mental: "trabajar en un lugar a gusto y vivir en un hogar feliz". Actualmente, la sociedad de consumo, en donde se usa la frase "viaje ahora y pague después" provoca una de las más grandes preocupaciones para la economía del hogar en el hombre actual. La pérdida del poder es otro factor importante que altera la estabilidad afectiva del individuo, pues determina actitudes inusitadas y conductas inadecuadas ante una situación de hipertrofia de la personalidad (Calderón 1984). La pérdida de la salud con frecuencia produce depresión. Enfermedades graves, alteraciones estéticas, enfermedades cutáneas o padecimientos que afecten la autoestima del paciente, suelen desencadenar severos cuadros depresivos. También se ha visto que la sumisión se correlaciona positivamente con el neuroticismo y el machismo con el psicoticismo y ambos aspectos con la depresión en ambos sexos (Lara Ma. A 1999).

4.6. CONCEPTO MEDICO Y PSICOLOGICO

Medicina psicosomática

En 1977 Engel (en Calderón 1984), llamó la atención sobre la abrumadora evidencia de que las emociones, conflictos, tensiones y actitudes de los individuos eran capaces no sólo de cambiar su conducta, sino también de desencadenar y modificar la evolución de muchas enfermedades, por lo que demandó cambiar el modelo biomédico inicial por uno biopsicosocial.

Relaciones patológicas entre la madre y el niño

Con frecuencia se incluye en el concepto de privación materna la desviación de la relación madre-hijo caracterizada por rechazo, hostilidad y ambivalencia por parte de la madre, trastornos que son debidos a alteraciones de la personalidad o del carácter de la madre. La

TEST CON
FALLA EN EL ORIGEN

bibliografía al respecto señala que este tipo de alteraciones provoca en los niños trastornos psicóticos de tipo depresivo, que serán de consecuencias tanto en la selección como en el establecimiento de calidad de relación con los seres queridos, principalmente los hijos y la pareja. Stern en 1985 (en Gilbert y Shmukler 2001), habla acerca de este tema al mencionar "La representación de interacciones generalizadas" denominadas *RIS*, que son vinculadas al contacto con personas que han influido de manera significativa a la experiencia de la persona, por lo que tendrán una ascendencia vital en la historia de relaciones subsecuentes, ya sea conduciendo hacia las personas o infundiendo desconfianza hacia la intimidad. Siempre que se experimenta un conjunto particular de circunstancias, se recordarán episodios de un tipo específico de interacciones con un "otro autorregulador", al cual Stern lo llamó "compañero evocado".

Los investigadores enfatizan que cuando hablan de privación materna no se refieren precisamente a falta de atención de la madre, sino por el contrario, en muchos de los casos los pequeños habían sido objeto de gran atención por parte de ellas, interviniendo en todas las áreas de su vida y durante muchos años, pero con un sentido de demanda, de crítica y de desprecio que originaba satisfacción a la madre, en detrimento de la salud mental del hijo ya que son adultos inseguros y demandantes con la gente que les rodea especialmente su pareja o sus hijos que son con los que generan relaciones más íntimas.

A su vez, los padres que fueron golpeados manifiestan, por lo general, inapropiadas demandas de dependencia, tratan a los hijos como si fueran mayores, les exigen respuestas amorosas, establecen medidas disciplinarias rígidas y se muestran ambivalentes en sus sentimientos de amor y odio hacia ellos al igual que con sus parejas. Curtis (1963, en Calderón 1984), encuentra que la violencia que se recibe durante la infancia, se transforma en la edad adulta a su vez, en violencia y hostilidad hacia los padres y con el mundo en general, haciendo de estos individuos peligrosos criminales.

4.7. PSICOFARMACOLOGIA DE LA DEPRESIÓN

La serotonina, la noradrenalina y la dopamina son los neurotransmisores mayormente implicados en los trastornos del estado de ánimo. Así mismo se ha demostrado a través de las técnicas de neuroimagen funcional que en los trastornos del estado de ánimo se encuentra una hiperfunción fronto cortical y del sistema límbico, disminución de la actividad de la corteza prefrontal dorso lateral en el cíngulo en los pacientes depresivos en comparación de maníacos o con trastorno obsesivo-compulsivo o bien en personas sin patología, los deprimidos con déficit cognitivo tienen decremento especial en el giro frontal medio izquierdo e incremento en el vermis cerebeloso. Los pacientes depresivos tienen disminución en la captación del C11-5HTP a través de la barrera-hematoencefálica. En la depresión orgánica hay un incremento en la fijación de los receptores de serotonina 5HT-2. Los pacientes con trastorno bipolar tienen alteración en la proporción de los fosfo-esteres y disminución de los potenciales de la fijación del receptor en el Corteza frontal (Hamad, 1994 en Herrera 2001). Se ha identificado que existen trastornos relacionados con la depresión y estos son: la ansiedad, la dependencia al alcohol, los trastornos relacionados con otras sustancias y las patologías; teniendo cada una de estas una etiología particular.

4.7.1. MECANISMOS DE ACCIÓN

Actualmente se sabe que en la patogenia del cuadro depresivo intervienen trastornos psicológicos y alteraciones bioquímicas. Los factores bioquímicos pueden ser modificados por un tratamiento farmacológico a base de medicamentos antidepresivos.

Efectos de drogas psicoactivas y terapia electroconvulsiva sobre el metabolismo de la norepinefrina y estado de ánimo en humanos: un sumario."

Drogas o tratamiento	Efecto sobre el edo. de ánimo	Efectos sobre el metabolismo de la norepinefrina en el cerebro	Efecto hipotético sobre la norepinefrina en centros receptores
Inhibidores MAO	Antidepresivo	Al inhibir la desaminación aumentan la norepinefrina y normetanefrina	Aumento
Antidepresivos Tricíclicos	Antidepresivo	Inhiben la absorción celular de la norepinefrina, aumentan la normetanefrina.	Aumento
Anfetamina	Estimulante	Inhibe la absorción celular de las norepinefrina, aumenta la normetanefrina	Aumento
Terapia electroconvulsiva	Contrarresta la depresión	Aumenta la descarga de norepinefrina de las neuronas cerebrales, aumenta la normetanefrina	Aumento
Reserpina	Causa depresión	Agota la norepinefrina (con desaminación intracelular)	Disminución

"Origen la tabla: Modificación de Schildkraut y cols., Am. J. Psychiat, 124:600-608,1967. Ref. Depresión, Causas, manifestaciones y tratamiento. Calderón Narváez, 1989

4.8 CUADRO CLINICO Y ESCALAS DE USO ACTUAL

El cuadro clínico de la depresión puede presentar dos aspectos, uno con alteraciones francas de la esfera afectiva que permiten un diagnóstico rápido y seguro, y otro en el cual éstas se encuentran emboscadas, predominando síntomas somáticos que no son fácilmente identificables por el médico como elementos constituyentes de un cuadro depresivo. Para facilitar la exposición dividiremos los Síntomas Depresivos en cuatro grupos: trastornos afectivos, intelectuales, conductuales y somáticos.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Efectos de drogas psicoactivas y terapia electroconvulsiva sobre el metabolismo de la norepinefrina y estado de ánimo en humanos: un sumario."

Drugs o tratamiento	Efecto sobre el edo. de ánimo	Efectos sobre el metabolismo de la norepinefrina en el cerebro	Efecto hipotético sobre la norepinefrina en centros receptores
Inhibidores MAO	Antidepresivo	Al inhibir la desaminación aumentan la norepinefrina y normetanefrina	Aumento
Antidepresivos Tricíclicos	Antidepresivo	Inhiben la absorción celular de la norepinefrina, aumentan la normetanefrina.	Aumento
Anfetamina	Estimulante	Inhibe la absorción celular de las norepinefrina, aumenta la normetanefrina	Aumento
Terapia electroconvulsiva	Contraarresta la depresión	Aumenta la descarga de norepinefrina de las neuronas cerebrales, aumenta la normetanefrina	Aumento
Reserpina	Causa depresión	Agota la norepinefrina (con desaminación intracelular)	Disminución

**Origen la tabla: Modificación de Schildkraut y cols., Am. J. Psychiat, 124:600-608,1967.
Ref. Depresión, Causas, manifestaciones y tratamiento. Calderón Narváez, 1989*

4.8 CUADRO CLINICO Y ESCALAS DE USO ACTUAL

El cuadro clínico de la depresión puede presentar dos aspectos, uno con alteraciones francas de la esfera afectiva que permiten un diagnóstico rápido y seguro, y otro en el cual éstas se encuentran emboscadas, predominando síntomas somáticos que no son fácilmente identificables por el médico como elementos constituyentes de un cuadro depresivo. Para facilitar la exposición dividiremos los **Síntomas Depresivos** en cuatro grupos: trastornos afectivos, intelectuales, conductuales y somáticos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Trastornos de la afectividad

Síntoma	Manifestaciones
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 la dependencia hacia la familia
Miedo	Específico o indiferenciado, en ocasiones absurdo (por ejemplo, miedo a bañarse).
Ansiedad	Más intensa en las mañanas, puede ser confundida con síntomas depresivos.
Irritabilidad	Con agresividad que da origen a problemas familiares y laborales

Trastornos intelectuales

Síntoma	Manifestaciones
Sensopercepción disminuida	Mala captación de 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 en el entendimiento y la comunicación
Ideas de culpa o fracaso	Autodevaluación. Incapacidad de enfrentamiento
Pensamiento obsesivo	Ideas o recuerdos repetitivos molestos

Trastornos de la Conducta

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

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Trastornos somáticos

Síntoma	Manifestaciones
Trastornos en el sueño	Insomnio que se presenta al principio o al final del período de descanso. Dormir inquieto, en algunos caso hipersomnía
Trastornos en el apetito	Anorexia que puede originar pérdida importante de peso. En ocasiones 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, etc.
Trastornos cardiovasculares	Trastornos de la frecuencia o ritmo cardíaco, disnea suspirosa, etc.
Otros	Mareo, prurito, alopecia, etc.

PRINCIPIO Y EVOLUCION

El comienzo del cuadro depresivo puede ser súbito y estar aparentemente relacionado con algún problema serio (económico, familiar, laboral o sentimental). A este tipo de cuadros depresivos se les llama reactivos. En otras ocasiones, el comienzo del cuadro es insidioso, sin motivo aparente que lo justifique; el mismo paciente se sorprende de sentirse triste al considerar que, por el contrario, todo concurre para estar feliz; a este cuadro se le llama Depresión Endógena.

ESCALAS DE USO ACTUAL

Actualmente hay un gran número de escalas para medir la depresión, pero las más conocidas y utilizadas son: el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota, la Escala de Hamilton, el Inventario de Beck, la Escala de Autoevaluación de Zung y la Prueba de Depresión de Calderón Narváez. En años recientes la OMS elaboró una escala para medir la depresión y la utilizó en su investigación internacional del problema: sin embargo, aún no se encuentra en disponibilidad para su uso general.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4.9. TRATAMIENTOS PARA LA DEPRESIÓN

El tratamiento de los pacientes que sufren un trastorno depresivo debe ser dirigido a diferentes objetivos. Primero debe garantizar la seguridad del paciente, segundo debe llevarse a cabo una evaluación diagnóstica completa del paciente, tercero el abordaje terapéutico debe iniciarse con la intención de no solo tratar los síntomas de inmediato, sino garantizar, en la medida de lo posible, el bienestar posterior del paciente. Aunque en la actualidad priva la farmacoterapia y la psicoterapia individual, los sucesos estresantes de la vida también se asocian a una mayor tasa de recaídas entre los pacientes con este tipo de trastorno, es por ello que el tratamiento debe reducir el número y la gravedad de los factores estresantes en la vida de estos pacientes (Kaplan, et al. 1997 en Calderón 1989).

Terapias Psicológicas

Una actitud psicoterapéutica es inexcusable ante cualquier depresión, incluso en las endógenas en donde el tratamiento debe ser fundamentalmente biológico. La revisión de Weissman (1978 en Calderón 1989), demostró que en las depresiones neuróticas es importante el tratamiento farmacológico para reducir los síntomas y evitar recaídas, mientras que la terapia incide en el reajuste de las relaciones interpersonales básicamente.

Ante una depresión reactiva la cual es la respuesta ante un evento específico manifestándose a través de síntomas como ánimo bajo, pérdida de interés, etc., puede ser suficiente una terapia breve de orientación y apoyo, en tanto que en una depresión neurótica, (término con el que es coloquialmente conocida), es en sí mismo el trastorno depresivo clásico y por esto requiere de técnicas terapéuticas más elaboradas. Por ejemplo, las terapias focalizadas de base dinámica o sistémica tienen el objetivo de alcanzar modificaciones en el substrato estructural de la enfermedad depresiva y no solamente en sus manifestaciones inmediatas, la terapia cognitiva que hace referencia a los pensamientos negativos "automáticos" que tienen los pacientes depresivos acerca de sí mismos, de sus situaciones y de su futuro, busca modificar

dichos pensamientos a través de discusiones racionales con el terapeuta y la asignación de tareas tanto escritas como conductuales; y por último, la interpersonal donde el terapeuta ayuda al paciente a reconocer puentes entre su estado afectivo y sus experiencias interpersonales cotidianas, en donde se analizan básicamente cuatro áreas: el dolor, el rol de las discusiones, el rol de transición y los déficits interpersonales.

Terapias Biológicas

Terapia Electroconvulsiva (TEC).- El uso de la TEC sigue teniendo una de sus más claras indicaciones en el campo de las depresiones endógenas (bipolares y unipolares), donde su eficacia es claramente superior a la de los antidepresivos y la psicoterapia. Las indicaciones actuales de su empleo son las siguientes:

Fracaso farmacológico, depresiones muy inhibidas, agitadas o con ideas delirantes, situaciones somáticas críticas (desnutrición, deshidratación), riesgo grave de suicidio, reacciones adversas o enfermedades físicas que desaconsejen la utilización de fármacos, antecedentes de fracasos terapéuticos y buena respuesta a la TEC.

Psicofármacos

El tratamiento antidepresivo moderno contempla el uso de diversos medicamentos que pertenecen a diferentes familias o clases farmacológicas, tales como los llamados tricíclicos, los inhibidores de la monoaminoxidasa, los inhibidores de la recaptura de noradrenalina, y el antidepresivo noradrenérgico-serotonérgico específico. Otros antidepresivos atípicos son la Trazodona y el Alprozolam (Kaplan, et al. 1997, en Herrera 2001).

Cuando se comparan la sertralina y la nortriptilina en términos de calidad de vida hay que contemplar estado de salud física, psicológica, satisfacción durante el ocio y la salud social, en estos casos se ha visto que la sertralina es superior a la nortriptilina de forma estadísticamente significativa (Pfizer 1997 en Herrera 2001).

4.9.1. CONSIDERACIONES GENERALES EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN

Algunas veces el médico prueba una variedad de antidepresivos antes de encontrarse el medicamento o combinación de medicamentos más efectiva. Por lo general, el efecto terapéutico completo de los antidepresivos no se observa inmediatamente hay que tomarlo en dosis adecuadas por 3 ó 4 semanas y en algunos casos lleva hasta 8 semanas para que se produzca el efecto completo (NIH 2002).

Ante una depresión resistente a un tratamiento de fármacos, hay que considerar la posibilidad de una patología orgánica subyacente o de un diagnóstico erróneo. En cuadros de ansiedad, que no mejoren con ansiolíticos, hay que considerar la administración de antidepresivos, ya que puede tratarse de cuadros con depresión ansiosa. Son frecuentes las recaídas por supresión o reducción prematuras del tratamiento una vez conseguida la mejoría, hay que mantener la medicación durante semanas y a veces meses, según los casos antes de iniciar una reducción progresiva.

El riesgo suicida debe ser valorado con precisión. Hay que facilitar al paciente y al familiar un soporte emocional adecuado a partir de una comprensión de la enfermedad y una explicación clara de la misma (Vallejo et al. 1994 en Herrera 2001).

5 ANSIEDAD

5.1 HISTORIA DE LA ANSIEDAD

Antes de Freud y de los psicólogos que estudian los procesos psicodinámicos a profundidad, los filósofos fueron los que se interesaron por estudiar la ansiedad sobretudo aquellos preocupados acerca de los conflictos existenciales y las crisis de los seres humanos. El

estudio de la ansiedad tiene como inicio el postulado de Descartes acerca de la dicotomía mente y cuerpo.

Otro aspecto clave en el desarrollo del estudio de la ansiedad, fue la concepción de que la característica racional del hombre era algo necesario, no solamente deseable, evitando a como diera lugar la irracionalidad o emocionalidad, manifestándose de alguna manera las bases para la represión y aumento de la ansiedad con respecto a la falta de control de las emociones. Sin embargo, en el siglo XIX el concepto elevado de razón autónoma fue sustituido por el concepto de la razón técnica y asumiéndose esta última conforme la sociedad industrializada avanzaba, mientras, al mismo tiempo, los ideales humanos se desintegraban. Esta falta de unidad entre emociones y razón, fue la que propició la generalización de la ansiedad, así como el estudio y el afrontamiento de esto por filósofos como Kierkegar (Rojas, 1999).

Una de las más representativas teorías sobre la ansiedad es la de Rasgo-Estado. Esta teoría reconoce la centralidad de la valoración cognitiva en la evocación de un estado de ansiedad y la importancia de los procesos cognitivos y motores (mecanismos de defensa) que sirven para eliminar o reducir estados de ansiedad; la valoración personal es esencial de la intensidad que tenga una situación con respecto a su capacidad de ser amenazante, dicha valoración esta basada en las aptitudes, habilidades y experiencias pasadas de la persona, así como por su nivel de Ansiedad-Rasgo y del peligro objetivo que es inherente a la situación. La teoría asume que la activación de los estados de ansiedad involucra un proceso o secuencia de eventos ordenados temporalmente iniciada por estímulos internos o externos que son percibidos como peligrosos o amenazantes para el individuo (Spielberger y Díaz Guerrero, 1970 en Calderón 1989).

De acuerdo con las teorías filosóficas, psicodinámicas y conductuales; la ansiedad es parte inherente de la vida, nadie se escapa de ella, de hecho es necesaria para la sobrevivencia física y sobretodo para el desarrollo emocional, afectivo o intelectual del ser humano. Sin embargo, para que la ansiedad no pase a ser un estorbo una carga, o en términos científicos parte de una psicopatología, el humano debe tratar de comprenderla y clasificarla para descubrir hasta que

grado la ansiedad que siente es normal o patológico; debiendo analizar que tanto su percepción de la realidad es adecuada o distorsionada (Rojas, 2000).

Berlanga y Zumaya (1990), definen a la ansiedad como parte de la cultura y de la forma de vida actual, sobre todo de las grandes ciudades. A pesar de que la ansiedad, es una reacción emocional y fisiológica a un peligro inminente, a una amenaza potencial, real o fantaseada, constituye un mecanismo interconstruido en pro de la supervivencia y, en tal sentido, es positiva, tanto en su intensidad y cronicidad. Así, su imposibilidad de descarga, afrontamiento, manejo adecuado y resolución, entraña una enorme carga lesiva para el organismo. Dicha carga produce trastornos orgánicos de diversa índole, llamados genéricamente "trastornos psicósomáticos". Por otro lado, la ansiedad puede tender con enorme frecuencia a enmascarse y, entonces, manifestarse de otras maneras a modo de expresión, tanto del sentimiento predominante como de una demanda de auxilio. Este tipo de disfraz somático ha sido denominado simplemente "somatización".

5.2 ANSIEDAD Y MIEDO

Zumaya (en Berlanga 1990), al hablar de la historia de la ansiedad menciona que remontándonos 100,000 años atrás, veríamos que nuestros antepasados frente a cualquier señal de peligro; una rama que se movía súbitamente en ausencia de viento, una sombra fugaz, un brillo insospechado, las respuestas motoras son casi instantáneas y nuestros antepasados se preparaban para pelear, huir o paralizarse, dependiendo de lo que consideraran la estrategia más aceptable en base a su experiencia previa. Ciertamente, pudieran haberse equivocado al considerar que la señal entrañaba un peligro real, pero más valía esto a ser lesionado o morir.

Al percibir una señal amenazante cualquiera se inician los procesos automáticos corporales que van acompañados de una emoción específica. Estos procesos corporales producen aumento de la frecuencia cardíaca, aumento del tono muscular, dilatación pupilar, etc. Tales procesos están

encaminados a instrumentar una reacción "de lucha, huida o paralización" (Marks 1987 en Berlanga 1990), dependiendo del balance de los sistemas simpático y parasimpático. Por otra parte, la emoción acompañante experimentada le "avisa" a nuestros antepasados que hay un peligro inminente. Finalmente, y por medio de un proceso cortical, se evalúa toda la situación, se compara con experiencias previas y se decide el curso de acción. Todo lo anterior en décimas de segundo. Lo que se ha descrito es una reacción súbita de ansiedad y una compleja experiencia de miedo.

La ansiedad puede ser distinguida del miedo en base a que la primera es un proceso emocional mientras que el miedo es un proceso cognitivo. El miedo involucra la evaluación intelectual de un estímulo amenazante: la ansiedad es la respuesta emocional resultante de tal evaluación. Cuando una persona dice que le teme a algo, se está refiriendo a un conjunto de circunstancias que no están presente pero que pudieran ocurrir en algún momento del futuro. Cuando una persona tiene ansiedad experimenta un estado emocional desagradable caracterizado por sentimientos subjetivos displacenteros tales como tensión o nerviosismo y síntomas fisiológicos tales como palpitaciones, temblor, náuseas y mareos. El miedo se activa cuando la persona se expone física o psicológicamente a la situación que considera amenazante. Cuando el miedo se activa, se experimenta ansiedad. El miedo, por lo tanto, es la evaluación del peligro. La ansiedad es el estado emocional desagradable experimentado cuando el miedo es estimulado (Beck 1985 en Zumaya 1990). Conviene hacer notar que la reacción de ansiedad con sus síntomas fisiológicos puede incrementarse al provocar una reacción de alarma sobreagregada, debido a la percepción misma de los síntomas fisiológicos interpretados catastróficamente, llevando, así, al pánico.

Podríamos decir que la reacción de ansiedad se convierte en parte de la experiencia de miedo cuando el sujeto "se da cuenta" del estímulo que provoca su ansiedad. O visto de otra manera, la ansiedad se experimenta "pura" en tanto no se conozca el estímulo, es decir, el por qué de la misma: en ese momento, la ansiedad pasa a ser el fenómeno físico del miedo.

La ansiedad es la respuesta emocional que se presenta frente a un estímulo que significa o implica la amenaza de una pérdida; significado o implicación que no está del todo clara para el sujeto o de la cual no tiene en absoluto advertencia; esto es, sólo experimenta el componente afectivo; la ansiedad; no el cognoscitivo, el miedo. Al sentir ansiedad, se inician una serie de mecanismos de afrontamiento cognoscitivo o pensamiento, los cuales tienen como finalidad entender que es lo que nos está ocurriendo y, así llega la experiencia del miedo. Estos mecanismos pueden ocurrir en forma automática de suerte tal que no podamos capturar con toda conciencia su contenido y sólo experimentemos un cambio en la autonomía, intensidad, duración y las modificaciones conductuales a las que da lugar la ansiedad misma. Este fenómeno puede ocurrir en forma crónica, lo que quiere decir que, frente a un mismo estímulo o estímulos de la misma clase (Marks 1987 en Zumaya 1990), se despierta ansiedad debido al significado que el estímulo o estímulos tienen para el sujeto (Agras 1985 en Zumaya 1990), y se inician mecanismos de afrontamiento de mayor o menor eficacia, con relación a lograr la disminución de la ansiedad misma.

Es importante, ahondar un poco en lo referente al manejo de la ansiedad del complejo psique-soma. Se conoce que existe un "exceso" de ansiedad, de la misma manera en que existe un exceso de peso; esto es, existe una ansiedad patológica, fuera de lugar, anormal e inefectiva. El que lo sea depende de cuatro criterios: autonomía, intensidad, duración y conducta. En el estado de ansiedad este parece tener "vida por sí misma", es decir, no parece probable identificar un estímulo que lo desate; parece endógena. La intensidad hace referencia al nivel de tensión, a la *severidad* de los síntomas y al grado de incapacidad que produzcan.

5.3 SOMATIZACIÓN

La somatización es un proceso por medio del cual el cuerpo (el soma), es usado para propósitos de orden psicológico o para el beneficio personal. Cualquier síntoma o constelación de síntomas puede, concurrentemente, servir a más de un propósito, incluyendo los relacionados con

conflictos intrapsíquicos, relaciones interpersonales y problemas de orden social o medio ambiental.

Los usos psicológicos de la somatización incluyen:

- 1) **El desplazamiento de emociones desagradables en un síntoma físico.** Por ejemplo, preocupación por el funcionamiento de los intestinos en lugar de experimentar la depresión subyacente.
- 2) **El uso del síntomas para comunicar, simbólicamente, una idea o una emoción.** Por ejemplo, una paraplejía histérica que simbólicamente comunicaría sentimientos de desamparo.
- 3) **El alivio de la culpa a través del sufrimiento.-** Como un síndrome doloroso experimentado después de la muerte de alguien hacia el cual hubiesen existido sentimientos encontrados de amor y de odio.

Lo que sí es claro, es que la somatización conlleva algunos beneficios al presentarse, algunos ejemplos de ganancia personal obtenidos a través de la somatización incluyen:

- a) La capacidad de manipular una relación interpersonal
- b) La liberación de obligaciones o responsabilidades
- c) Ventajas financieras
- d) La búsqueda de atención, intimidad o simpatía de alguna persona en especial

5.3.1 ASPECTOS CLÍNICOS DE LA SOMATIZACIÓN

Trastornos Afectivos

La mayoría de los síntomas que forman parte de los cuadros depresivos son de índole somáticos: cambios en el sueño, en el apetito, en el peso corporal, manifestaciones de fatiga y el retardo o la agitación psicomotora son entre otros los más frecuentes. Inclusive, los pacientes

deprimidos tienen en mayor frecuencia manifestaciones somáticas tales como dolores, mareos, cefalea y problemas digestivos (Berlanga 1990).

Esto se presenta debido a que para algunos pacientes resulta difícil expresar verbalmente sus estados anímicos por lo que lo hacen a través de su organismo, para otros, por influencias culturales, no es bien visto expresar emociones como tristeza y pesimismo, por lo cual se ven obligados a traducir a síntomas físicos sus estados emocionales.

Trastornos de la Ansiedad

Las crisis de angustia o ataque de pánico, son un subtipo de trastornos ansiosos cuyos síntomas principales son de tipo físico: diarrea, taquicardia, mareo, cefalea, sudoración, temblor, parestias y malestares abdominales son entre otros los más frecuentes. También otros cuadros englobados entre los trastornos de ansiedad son las fobias, las obsesiones y las compulsiones.

El paciente somatizador, por lo general, negará el estar deprimido o ansioso, o bien razonará que cualquier alteración emocional que presente es producto de su malestar físico o incapacidades que la enfermedad le genera. Más bien, el médico deberá avocarse a buscar síntomas claves que ayuden al diagnóstico: por ejemplo, al pensar en depresión se deberá indagar sobre pérdidas de interés y placer en las actividades cotidianas, cambios en el sueño, apetito y deseo sexual, baja concentración y memoria, pesimismo, autodevaluación o bien sentimientos de culpabilidad y de ineficacia. En el caso de la angustia, además de los síntomas físicos, se buscarán propositivamente síntomas psicológicos acompañantes como la sensación exagerada e injustificada de miedo, temor irracional hacia el futuro que en ocasiones se puede convertir en obsesión, etc.

5.4 PSICOFISIOLOGIA DE LA ANSIEDAD

Los tres principales neurotransmisores asociados con la ansiedad son la noradrenalina, la serotonina y el ácido gamaaminobutírico (GABA). La teoría general de la noradrenalina refiere que en los pacientes ansiosos su sistema noradrenérgico se regula mal y esto provoca explosiones de actividad. Con respecto al papel de la serotonina y del GABA tiene que ver con que las neuronas de estos se proyectan en áreas estrechamente relacionadas con estructuras del sistema límbico (Kaplan, 1997 en Herrera 2001).

Uno de los neurotransmisores que se encuentran mayormente implicados en la psicofisiología de la ansiedad es la serotonina, dada su buena respuesta principalmente en el trastorno de pánico "TP" a los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS), los antidepresivos tricíclicos y los agonistas serotoninérgicos como la buspirona. Las neuronas serotoninérgicas se encuentran en los núcleos del rafe y el sistema reticular del tallo cerebral y sus proyecciones alcanzan el hipotálamo, el área preóptica, el área septal, el hipocampo, el cuerpo estriado y la corteza en general. Se ha propuesto como posible explicación la hipersensibilidad a la serotonina, exceso en la actividad de los receptores serotoninérgicos y deficiencia funcional de la serotonina. La teoría también se apoya en el hecho de que la fenfluramina, un liberador de serotonina, posee efectos ansiogénicos en pacientes con TP, trastorno de ansiedad generalizada o ansiedad anticipatoria (Secin y Riviera 2000 en Herrera 2001).

Estudios realizados utilizando la técnica de neuroimagen funcional, demuestran que en los trastornos por ansiedad intervienen varios factores periféricos y centrales. El arousal (alertamiento, despertar) inespecífico mediado por la formación reticular, es un componente importante de la ansiedad. El lóbulo frontal es la región responsable para el mantenimiento del arousal, la ansiedad moderada eleva el flujo sanguíneo cerebral pero la severa lo reduce. La crisis de pánico está asociada con el flujo sanguíneo cerebral en los lóbulos temporales, ínsulas, cíngulos superiores, claustro, y vermis cerebeloso anterior izquierdo. En el trastorno obsesivo-

compulsivo en estado de reposo la actividad cerebral esta incrementada en la región frontal y reducido en las cabezas del caudado (Hamad 1994, en Herrera 2001).

5.5 CLASIFICACIÓN DE LA ANSIEDAD SEGÚN EL DSM-IV Y EL CIE-10.

Los trastornos relacionados con la ansiedad son: trastorno de ansiedad debido a enfermedades médicas, trastorno de ansiedad inducido por sustancias, trastorno de ansiedad por abuso de alcohol y trastorno mixto ansiedad-depresión con una patogenia particular para cada caso.

Según la clasificación del DSM-IV (1995) para los trastornos de ansiedad son:

Crisis de angustia, agorafobias, trastorno de angustia (panic disorder) sin agorafobia, de angustia (panic Disorder) con agorafobia, agorafobia sin historia de trastorno de angustia, Fobia específica, fobia social (trastorno de ansiedad social), trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático, de ansiedad generalizada (incluye el trastorno por ansiedad excesiva infantil), trastorno de ansiedad debido a... (indicar enfermedad médica), de ansiedad inducido por sustancias y de ansiedad no especificado (Pichot, 1995 en Herrera 2001).

Según el CIE-10 clasifica a los trastornos de ansiedad en el apartado de los trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos donde:

Trastorno de ansiedad fóbica, agorafobia, fobias sociales, fobias específicas (aisladas), otros trastornos de ansiedad fóbica, de ansiedad fóbica sin especificación, otros trastornos de ansiedad, de pánico (ansiedad episódica paroxística), de pánico moderado, de pánico grave, de ansiedad generalizada, mixto de ansiedad y depresión, otros trastornos mixtos de ansiedad, otros trastornos de ansiedad específicos y de ansiedad sin especificación (OMS, 1993).

5.6 FACTORES DE LA ANSIEDAD

FACTORES ETIOLÓGICOS PREDISPONENTES

Se puede decir que estos factores pueden dividirse en: genéticos, de aprendizaje, de personalidad y socioculturales. Ciertos rasgos de personalidad pueden predisponer a la somatización; ciertas características tales como la vulnerabilidad al estrés, baja autoestima y la tendencia a experimentar ansiedad y hostilidad..

Factores predisponentes

Situaciones de vida estresantes, tales como la pérdida de un pariente, o la presencia de una enfermedad grave o de un accidente, pueden precipitar la aparición de un trastorno de somatización. Dichos factores pueden ser diversos pero no muy generalizables, es decir, una situación determinada que puede resultar muy estresante para un sujeto, puede ser indiferente para otro.

5.6.1 EPIDEMIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

La experiencia clínica cotidiana demuestra que la ansiedad, como fenómeno patológico, se encuentra con mucha frecuencia. Sin embargo, su prevalencia real en la población general es difícil de determinar debido a las características subjetivas de su presentación. Su estudio como entidad psiquiátrica es más sencillo ya que existen criterios diagnósticos específicos que la definen. En este sentido se considera que cerca del 4% de la población presenta por lo menos una vez a lo largo de la vida un trastorno de ansiedad lo suficientemente importante como para requerir tratamiento especializado. No sucede lo mismo cuando se intenta determinar la frecuencia de la ansiedad que acompaña a otras enfermedades. Esta falta de información es debida en parte a que existe poca claridad en la definición de los síntomas.

Sin embargo, no se puede negar que la ansiedad es un trastorno muy común en muchos enfermos. Por ejemplo, se ha documentado que en la atención médica primaria la ansiedad ocupa el quinto lugar entre los diagnósticos más frecuentemente elaborados por el médico. Por otro lado, la ansiedad es un síntoma común de muchos cuadros clínicos: el 25% de los trastornos que cursan con ansiedad son de índole neurológico, otro 25% son de causa endocrinológica, 12% son atribuibles a padecimientos cardiocirculatorios y reumáticos y 14% son a causa de algún tipo de enfermedad orgánica. Otra causa muy común de ansiedad son los estados de abuso e intoxicación por alcohol y sustancias psicoativas.

Respecto a este tema, existen estudios que reportan que cerca del 60% de los pacientes con malestares físicos que son sometido a evaluaciones diagnósticas exhaustivas, no se les encuentra causa alguna que explique los síntomas, por lo que estos son atribuibles a la ansiedad (Herrera 2001).

5.6.2. BASES NEUROBIOLÓGICAS DE LA ANSIEDAD

El descubrimiento de los sustratos neuroanatómicos y de los mecanismos neurofisiológicos involucrados en los fenómenos de ansiedad no ha sido sencillo. Las dificultades emergen debido a que la ansiedad como manifestación clínica tiene un carácter subjetivo difícil de determinar en forma específica; por otra parte, los modelos de ansiedad de experimentación son complejos de realizar y difícilmente se pueden extrapolar los resultados a lo que se considera ansiedad en el humano. Sin embargo, un avance importante en esta área se dio con el descubrimiento de que en el cerebro de los mamíferos, incluyendo al hombre, se encuentran sitios de unión para las benzodiazepinas que son de alta afinidad y estereo-específicos para estas sustancias.

Clínicamente es posible diferenciar por lo menos dos tipos distintos de ansiedad: una corresponde a la presentación súbita, intensa y delimitada de síntomas ansiosos, que se ha

denominado crisis de angustia o ataque de pánico: la otra corresponde a una forma menos intensa pero persistente a lo largo del tiempo, y que se denomina estado de ansiedad generalizada. Dos aspectos neurobiológicos de la ansiedad son:

- 1) El sustrato neuroquímico y
- 2) El sustrato molecular

Entre los neurotransmisores que se piensa juegan un papel importante entre los transmisores de ansiedad sobresalen la noradrenalina, la serotonina y el ácido gamaaminobutírico (GABA). Como se sabe, el locus coeruleus es la estructura cerebral que contiene la mayor parte de la noradrenalina existente en el sistema nervioso. Esta estructura provee inervación noradrenérgica a la corteza cerebral, el sistema límbico, el tallo cerebral y a la médula espinal.

Algunos investigadores han sugerido que la ansiedad es consecuencia de una hiperactividad de los sistemas noradrenérgicos cerebrales y que el efecto terapéutico de los ansiolíticos es el de disminuir este funcionamiento adrenergico exagerado. Con respecto a la serotonina, hay diversas evidencias que sugieren su probable involucración en la génesis de las manifestaciones ansiosas. Algunas investigaciones han propuesto que este sistema media el efecto ansiolítico de las benzodiazepinas, al encontrar que la administración de paraclorofenilalanina, un inhibidor de la síntesis de serotonina, produce un efecto de conducta anticonflicto, similar al producido por las benzodiazepinas.

En resumen, los modelos utilizados para el estudio de los correlatos neuroquímicos de la ansiedad han puesto en evidencia el involucramiento de varios sistemas de neurotransmisión en el mecanismo de acción etiopatogénico de la ansiedad. Los efectos de las benzodiazepinas generan una disminución de la actividad serotoninérgica y simultáneamente un incremento de la actividad GABA. Por otra parte, la amplia distribución del sistema noradrenérgico en el cerebro sugiere que este tiene un efecto más general en cuanto a la conducta adaptativa al estrés, y corresponde un fenómeno complementario a los procesos de ansiedad.

5.7 TRATAMIENTOS PARA LA ANSIEDAD

Para el tratamiento de los trastornos de ansiedad se ha demostrado la alta eficacia de la farmacoterapia aunada a un tratamiento de psicoterapia. Dentro del tratamiento farmacológico, las benzodiacepinas constituyen la mejor opción. Por su efectividad, acción rápida, amplio espectro y duración, son consideradas ideales y se pueden ampliar específicamente de acuerdo a las condiciones que el caso requiera. Debe considerarse el propósito de su uso y los posibles efectos secundarios según se trate de benzodiacepinas de vida media-larga, para insomnio intermedio o tardío y en síndromes de abstinencia, pero que pueden inducir sobreesedación, ataxia (falta de coordinación), disminución en la coordinación motora, mareo y depresión respiratoria (Rickels, 1987 en Herrera 2001); Las benzodiacepinas de vida media-corta cuyas indicaciones son: como inductores del sueño, preanestésicos, y anestésicos para procedimientos de duración breve, pero que pueden provocar amnesia retrograda, agitación y empeorar la confusión en pacientes ya enfermos médicamente (Finley, 1989); o benzodiacepinas de vida media-intermedia.

En cuanto a la duración del tratamiento con benzodiacepinas (BZP), las ideas son que su uso sea corto, de días a semanas, con el fin de evitar tolerancia y habituación. Para aquellos pacientes cuya ansiedad es aguda y relacionada con factores estresantes específicos, el uso de estos agentes debe restringirse a la reducción de los síntomas agudos, por lo que su aplicación no debe extenderse de una a dos semanas. Cuando la ansiedad ha durado más de seis meses se recomienda al inicio un tratamiento de cuatro a seis semanas a dosis suficientes que mejoren al paciente y posteriormente reducir la dosis al mínimo necesario como mantenimiento por dos meses más y luego retirarlo gradualmente (Finley, 1989 en Herrera 2001).

Respecto al tratamiento específico del trastorno de pánico y el trastorno de ansiedad generalizada, el alprazolam, bromacepam, loracepam y clonacepam son los que han demostrado mayores beneficios. Las benzodiacepinas son útiles en fobias sociales, principalmente alprazolam y clonazepam (Rickels, et al 1993 y Secín, 2000, en Herrera 2001)..

Antidepresivos

Los antidepresivos tienen un papel especialmente útil en los trastornos de ansiedad en algunos casos por sus propiedades ansiolíticas adicionales como la trazodona, y algunos tricíclicos. (Bellenger, 1991 en Herrera 2001).

En el trastorno de pánico (TP) la imipramina ha sido la más estudiada (Lydiard, 1987) observándose en algunos casos respuestas a la primera o segunda semana y en otros hasta 6 u 8 semanas después, la dosis óptima se ha estimado entre 150 y 200 mg/día pudiendo a veces ser suficiente de 10 o 20 mg/día. Diversos autores proponen que los Inhibidores Selectivos de la Recaptura de la Serotonina (ISRS) son más eficaces que la imipramina (Black, 1993, Bakish et al: 1994) otros medicamentos que han demostrado utilidad han sido la fluoxetina a dosis de 0.5 a 40 mg/día, la Sertralina a dosis de 25 a 150 mg/día y la paroxetina a dosis de 10 a 60 mg/día (Dumbar, 1995 en Herrera 2001).

En cuanto a fobias, los ISRS proporcionan un beneficio evidente. El primero estudiado fue la fluoxetina que ha demostrado eficacia en dosis de 10 a 80 mg/día. Otros ISRS útiles en las fobias son la Sertralina y la paroxetina (Pollack, 1996 en Herrera 2001). En el trastorno Obsesivo-Compulsivo los ISRS han demostrado un beneficio evidente a dosis convencionales y son el tratamiento de elección, aunque es común que se requieran dosis más altas (en Herrera 2001).

Neurolépticos

Los neurolépticos pueden ser útiles en el manejo de ciertos pacientes que tienen ansiedad y confusión mental, en aquellos que estén contraindicadas las benzodiacepinas, traumatismo cráneo encefálico, hipoxia (deficiente oxigenación) y/o depresión respiratoria, pacientes psicóticos o con rasgos presicóticos, con personalidad límite, hipocondríacos, cuya ansiedad ha

sido inducida por otras sustancias o cuya ansiedad es refractaria (Pollack, 1996 en Herrera 2001).

Azapironas

Ansiolíticos no benzodiazepínicos, como la buspirona (cuyo efecto se debe a que es agonista serotoninérgico). Su ventaja es que no tienen efectos colaterales como tolerancia, habituación o abuso. Están indicados en padecimientos donde las BZP están contraindicadas: Adicción a sustancias (especialmente alcohol y benzodiazepinas), enfermedades pulmonares avanzadas y miopatías (patologías musculares). En el trastorno de ansiedad generalizada es el tratamiento de elección (Pollack, 1996 en Herrera 2001).

Betabloqueadores

Los agentes betabloqueadores de catecolaminas pueden emplearse en casos donde la ansiedad se manifiesta por medio de descargas adrenérgicas como el hipotiroidismo, patología en que la función tiroidea se encuentra disminuida; en casos donde predominan los síntomas periféricos de ansiedad, taquicardias, diaforesis (sudoración), temblor distal, pero no como agentes de primera elección para trastornos de ansiedad (Welkowitz, et al, 1991 en Herrera 2001).

Psicoterapia

La psicoterapia es una buena opción sola o combinada. Todas las modalidades de psicoterapia breve son útiles y prácticas. La psicoterapia cognitivo-conductual, ofrece una amplia gama de recursos útiles en el manejo de la ansiedad, esta puede abarcar:

- a) Registro o monitoreo de síntomas
- b) Técnica de respiración
- c) Técnica de relajación
- d) Exposición gradual
- e) Desensibilización sistemática,
- f) Modificación de hábitos,
- g) Abordaje cognitivo,
- h) Técnica de distracción cognitiva,
- i) Solución estructurada del problema,
- j) Biofeedback o retroalimentación biológica,
- k) Meditación
- l) Hipnosis

Welkowitz, et al, 1991 en Herrera 2001

JUSTIFICACION

En México, existen pocas investigaciones acerca de los factores que influyen en la disolución de los matrimonios; son muchas las teorías existentes al respecto, pero pocas estadísticas. Tanto en nuestro país como a nivel internacional, ya se habla de la necesidad de ahondar en el subsistema de la pareja, ya que éste es la base de la familia y por ende, de la sociedad.

Se dice que la pareja está en crisis, saber más acerca de la relación es tener mayor información de cómo se forman nuestras familias. Este núcleo es en donde aprendemos la forma de relacionarnos; la pareja, es la diada principal que establece las bases que forman la organización primaria de la sociedad. Si una pareja es estable, puede promover seres armónicos con su mundo, sanos, plenos, que puedan contribuir al desarrollo de la humanidad. Sin embargo, cuando el individuo se vive en crisis esto influye en su medio interno y externo, es decir individual y socioculturalmente.

La intimidad entre personas de sexo contrario, la interdependencia entre la pareja es este crecimiento mutuo, de seres que luchan o se acompañan en la búsqueda de su propio sentido y necesita basarse en una relación madura, consciente. Sin embargo, cuando nosotros hablamos de inseguridad, miedo, tristeza, egocentrismo, ansiedad constante, no puede formarse una relación de pareja estable. Las relaciones que se fundamentan bajo estos preceptos, se diluyen, mueren. Actualmente en nuestro país, y en muchas partes del mundo, el índice de divorcios ha ido en aumento, en otros lugares, el índice de matrimonios es casi nulo; de ahí el interés de esta investigación.

El basarse específicamente en situaciones de crisis y la conducta de enfrentamiento predominante que utiliza la pareja, así como su correlación con las manifestaciones de depresión y ansiedad nos dan mucha información acerca de los estilos de relación actual y al mismo tiempo,

nos brinda pautas acerca del tipo de familias que se han ido estructurando y del tipo de individuos que se gestan en ellas.

¿Y cómo es esto posible?, pues bien, al trabajar por ejemplo, con seres que se volcan agresivamente a su pareja, a su familia o su sociedad, vemos seres lastimados por sus padres, que tuvieron poca o nula capacidad para el manejo de conflictos, que no tuvieron las herramientas para aportar elementos positivos a sus descendientes. De hecho, cuando hablamos de baja capacidad para el manejo de crisis, nos vamos a la infancia, de ahí la importancia de estudiar a las personas bajo situaciones de crisis y no en estados normales que no permitirían la manifestación del estado depresivo o ansioso. "La mayoría de los elementos que fortalecen o sustentan al individuo se forman en sus primeros años de vida, después con el tiempo, cada uno de nosotros va generando las herramientas, o procesando y modificando todo aquello que le hace falta" (Gilbert M. y Shmukler 2001).

La importancia de estudiar a la pareja y su manejo ante situaciones conflictivas, en nuestro país, nos permite obtener una muestra estratificada que ejemplifique las formas actuales de relación. Teniendo estadísticas, acerca de estos estilos, podemos obtener un panorama más amplio acerca de como nos manejamos en la intimidad. El saber la ideología de la pareja y su estilo predominante de enfrentamiento en situaciones de conflicto, puede ayudarnos a contribuir a su permanencia y evitar su extinción. Aquí justamente, el manejo de los niveles de depresión y ansiedad son, los que van a determinar si el individuo tiene la fuerza y la tolerancia para enfrentar y solventar sus problemas de pareja.

Para el estudio, se estableció como requisito que los sujetos fueran personas que estuvieran viviendo o hubieran vivido en pareja con la finalidad de obtener datos experienciales, y no suposiciones de cómo pensaban las personas que actuarían en su relación viviendo bajo el mismo techo. Esto dificultó un poco la obtención de una muestra mayor aunque podría confirmarse con más estudios que ahondaran sobre el tema.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La prueba que permitió analizar el tipo de comportamiento predominante hacia la pareja fue el ASPA (Cuestionario de Aserción en la Pareja), la cual se elaboró en España, ya que no tenemos un instrumento similar en nuestro país, lo importante de la prueba es que no utiliza términos regionales y se basa en el manejo de conceptos universales en cuanto a asertividad y su manejo, lo cual sí ha sido estandarizado. De hecho, el estudio de validez fue de acuerdo a los resultados obtenidos en hombres y mujeres, comparando las puntuaciones obtenidas de la Forma A con las puntuaciones del Cuestionario para el Análisis de Aserción Personal (AAP) de Heklyn y Linquist de 1984 (Carrasco 1996). Dicho cuestionario fue elegido como criterio para el estudio de la validez por desarrollarse para distinguir entre las conductas asertivas, agresivas y pasivas, proporcionando tres puntuaciones que reflejaron la frecuencia de esos comportamientos en el repertorio conductual de las personas evaluadas.

El objetivo fue analizar la correlación entre los grados de ansiedad y/o depresión y la forma predominante de enfrentamiento de conflicto en la pareja, esto permitió obtener un mayor conocimiento acerca de las pautas actuales de relación, principalmente ante situaciones conflictivas o de crisis. Es más, mucho se ha dicho acerca del cambio de valores entre hombres y mujeres (principalmente los femeninos), de ahí la importancia de ver cuáles son las conductas que se manejan actualmente y hasta dónde ha llegado el llamado feminismo en nuestro país y cómo lo hemos ido incorporando en nuestros cambios socioculturales.

Dependiendo de los niveles de asertividad, sumisión, agresión o agresión pasiva que maneja cada individuo es la calidad de relación que puede llegar a formar (Carrasco 1996). Existen muchos estudios acerca de las repercusiones de estos elementos pero no acerca de las conductas predominantes en las relaciones actuales de pareja, de ahí la importancia de esta investigación

De alguna manera, este proyecto también permitió ver las diferencias actitudinales entre hombres y mujeres ante situaciones de crisis. Es importante señalar que la muestra de hombres es muy pequeña, ya que la población que asiste a cursos o talleres es, en su mayoría mujeres (un

95% o más), lo que dificulta la obtención de resultados más contrastantes que proporcionen mayor información sobre la postura masculina.

Se estudió a la pareja en la influencia entre los niveles de ansiedad y depresión, así como la forma de enfrentar sus conflictos o los procesos de crisis, podemos ahondar en uno de los principales problemas de la pareja actual: el divorcio. Esta investigación permite analizar las diferencias de manejo de depresión y ansiedad entre ambos sexos, con lo cual, se brindan elementos importantes a considerar que pueden ayudar a evitar la disolución de la relación. También, se aporta información que permite calcular repercusiones en las familias debido a pautas predominantes en la relación de pareja que resultan desgastantes para todos.

IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

Cada vez es mayor el índice que se observa de delincuencia, drogadicción, suicidio, de seres que son traídos al mundo y que son explotados o abandonados impunemente; todo esto resultado de una educación ineficiente, de valores trastocados que no encuentran su camino y que se van diluyendo. Mucho se ha estudiado acerca de la influencia de la familia sobre estos temas, por esto en este estudio nos abocamos al estudio del primer pilar de esta: la pareja. Así, la presente investigación se enfocó en la búsqueda de elementos que permitieran:

El análisis entre los grados de correlación de ansiedad y/o depresión y la forma predominante de conflicto en la pareja con la finalidad de:

- a) Obtener una muestra que ejemplifique las formas de relación actual en la pareja y que permita nuevas alternativas de tratamiento o apoyo terapéutico bajo situaciones de crisis.
- b) Un mayor conocimiento acerca del momento sociocultural bajo el que se manejan ambos sexos y las diferencias con generaciones anteriores.
- c) El conocimiento de enfrentamiento predominante entre las conductas asertiva, sumisa, agresiva y agresivo-pasiva, bajo el que se conducen hombres y mujeres ante situaciones de conflicto.
- d) Influencia de las etapas de crisis normales de cada individuo en la relación de pareja.
- e) Otorgar bases acerca de la relación entre estados depresivos y/o ansiosos y el desencadenamiento de crisis en la pareja
- f) Analizar cuáles son los motivos de crisis que más provocan la búsqueda de ayuda terapéutica en los individuos.
- g) Aportar elementos que permitan abordar las diferencias de percepción de crisis entre hombres y mujeres.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- h) Abrir una brecha de investigación que ha sido poco explorada en cuanto al estudio del manejo de conductas de enfrentamiento en parejas mexicanas y su relación con procesos depresivos y ansiosos.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Debido a que la investigación se llevará a cabo con personas que asisten a diferentes centros de apoyo para el trabajo de crisis de diversa índole se presentan varios factores que limitan la obtención de los resultados y son:

- 1) Existen en México pocas instituciones que se dedican al manejo de crisis o problemas de pareja en particular lo que dificultó la obtención de la muestra.
- 2) Las personas que asisten a estos centros lo hacen de forma individual, no necesariamente en pareja lo que no permite realizar las pruebas a ambos miembros.
- 3) Los cursos que se promueven de manejo de crisis presentan un costo que sólo es posible asumirse por gente de nivel socioeconómico medio o alto por lo que las demás personas quedan fuera del alcance de la investigación.
- 4) De acuerdo a la muestra requerida los sujetos deben ser personas que vivan o hayan convivido en pareja durante un año mínimo, lo que redujo el número de personas aptas para el estudio.
- 5) No existen datos acerca del proyecto de investigación en específico, lo cual otorga pocos elementos de referencia.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La presente investigación pretendió determinar el grado de correlación entre los factores de depresión y/o ansiedad, y el estilo predominante de enfrentamiento entre las conductas asertiva, sumisa, agresiva pasiva y agresiva en situaciones de conflicto en la pareja.

Así el problema de investigación es el siguiente:

¿ CUAL ES LA CORRELACION ENTRE LOS FACTORES DE ANSIEDAD Y/O DEPRESION Y LA FORMA DE ENFRENTAMIENTO DE CONFLICTO EN LA PAREJA?

DEFINICIÓN VARIABLES

Depresión.-Estado precedido de acontecimientos traumáticos que se acompaña en forma ininterrumpida cuando menos por 5 síntomas de los siguientes: baja de ánimo, notable disminución del interés por la mayoría de las actividades, aumento o disminución del apetito, insomnio o sueño excesivo, agitación, cansancio inexplicable, sentimientos de inutilidad o culpabilidad, indecisión o capacidad disminuida para concentrarse y pensamientos recurrentes de muerte o suicidio (Nemeroff 1998).

Ansiedad.-Estado emocional que se presenta frente a un estímulo que significa o implica la amenaza de una pérdida que no está del todo clara para el individuo y que es caracterizado por sentimientos subjetivos displacenteros como tensión o nerviosismo, acompañado de síntomas fisiológicos como palpitaciones, temblor, náuseas y mareos (Zumaya 1990).

Enfrentamiento.- Afrontar, hacer frente a un enemigo, peligro o dificultad (Larousse 2001). En el caso de la investigación es la manera de afrontar situaciones conflictivas que pueden surgir en una convivencia marital.

Crisis.- Proceso que resuelve una situación y al mismo tiempo, designa el ingreso a una situación nueva que plantea sus propios problemas. Implica algún cambio o pérdida de algo a alguien y es probable que las cosas se compliquen si no se acepta o asimila esa pérdida y no se aprovecha toda la energía que se moviliza durante ese cambio. En general, cada cambio o proceso, requiere de la generación de pautas, de lo contrario serán crisis que se irán acumulando y desgastando al individuo (González 1995). Existen las crisis normales del desarrollo del individuo, familiares, sociales, por cambios de cotidianeidad, pérdidas materiales, etc. Todo aquello que implica un cambio de vida para el sujeto y requiere de un reacomodamiento tanto interno como externo.

HIPOTESIS DE TRABAJO

Las etapas de crisis de la pareja influyen en la aparición de ansiedad y depresión en los individuos y viceversa, los problemas de ansiedad y depresión van altamente correlacionados con las crisis que se suscitan en la pareja.

HIPÓTESIS ALTERNA

Existe una correlación entre los períodos de crisis de los miembros de la pareja y la aparición de depresión y/o ansiedad en los miembros de la misma y viceversa

HIPOTESIS NULA

No existe correlación entre los períodos de crisis de los miembros de la pareja y la aparición de depresión y/o ansiedad en los miembros de la misma y viceversa.

METODO

SUJETOS

La muestra se estructuró con 48 sujetos: 39 mujeres y 9 hombres, los cuales fueron seleccionados por medio de un muestreo intencional, prefiriendo pacientes que hubieran vivido en pareja por lo menos un año y que percibieran estar viviendo un período de crisis.

El promedio de edad de los sujetos fue de 41 años en mujeres y 48 en hombres, el nivel socioeconómico de clase media, con estudios de nivel medio superior, 29 casados o en unión libre y el resto separados o divorciados.

ANALISIS ESTADISTICO

Se realizó un análisis descriptivo, para obtener las frecuencias características genéricas de la población; así mismo se aplicó un análisis de varianza múltiple, para determinar si existen diferencias entre los rasgos depresivos, ansiedad, en los diferentes grupos (mujeres y hombres). Finalmente se realizó una correlación múltiple de los instrumentos aplicados para determinar si los factores, de cada instrumento, se relacionan con los rasgos depresivos, de ansiedad y del ASPA que mide la forma predominante de enfrentamiento de la pareja (asertividad, sumisión, agresión y agresión pasiva), así como su relación entre sí.

Los datos fueron expresados como su media \pm error estándar. Cabe señalar que se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis como prueba post-hoc, considerando un nivel de significancia de $p < 0.05$.

INSTRUMENTOS

Se utilizó una batería que permitiera analizar el tipo de conducta predominante de enfrentamiento bajo situaciones de conflicto de cada individuo, un inventario que midiera Ansiedad transitoria y de rasgo y una prueba que midiera niveles de Depresión; conformada por los siguientes instrumentos:

- A) **Cuestionario de Aserción en la pareja (ASPA)** de Carrasco Galán Ma. José
- B) **El Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado (IDARE)** de Charles D. Spielberger y Rogelio Díaz- Guerrero.
- C) **Escala para medir la Depresión** de Calderón Narváez.

CUESTIONARIO DE ASERCIÓN DE LA PAREJA ASPA

El cuestionario de Aserción en la Pareja (ASPA), ofrece la posibilidad de evaluar de qué manera cada miembro de una pareja se enfrenta a situaciones conflictivas que pueden surgir en toda convivencia marital. Este cuestionario se plantea como objetivos:

- 1) Evaluar la frecuencia con que son utilizadas cuatro estrategias de afrontamiento: asertiva, agresiva, sumisa y agresivo-pasiva, ante situaciones conflictivas centradas en el ámbito marital.
- 2) Confrontar la visión que tiene cada persona sobre su forma de encarar situaciones problemáticas normales en una convivencia de pareja (Forma A).

Marco referencial teórico del ASPA

Se eligió como marco situacional de evaluación los comportamientos asertivos en conflicto interpersonal por dos razones:

1. Por ser dicho marco el elemento claramente característico del comportamiento asertivo (McFall, 1982, Kelly, 1982; en Carrasco 1996)
2. Debido a la importancia que tiene la forma de afrontar las situaciones conflictivas en la situación marital. La mayoría de los trabajos llevados a cabo para estudiar la comunicación en la relación de pareja, llegan a la conclusión de que hay una relación entre ajuste marital y comunicación, de tal manera que parejas con una relación marital satisfactoria muestran habilidades y estilos de comunicación que difieren de los de aquellas parejas con una relación insatisfactoria (Weiss y Heyman, 1990; Noller y Fitzpatric, 1990; Cáceres, 1992; en Carrasco 1996).

Se partió de un modelo de aserción que superase algunas de las limitaciones y problemas metodológicos que habían puesto las diferentes visiones sobre la aserción existentes: confusión entre aserción y agresión; utilización de conceptos de difícil valoración o limitación conceptual, si se utiliza una sola dimensión para explicar la aserción. Para resolver esas dificultades, (Epstein y DeGiovanni 1978; en Carrasco 1996) proponen un modelo bidimensional en que las conductas son definidas por su posición a lo largo de dos dimensiones. Una recogería el continuo: "expresión manifiesta-expresión encubierta", mientras que la otra estaría delimitada por el continuo de: "coacción-no coacción". La coacción se define como el uso de comportamientos punitivos tales como ultrajes, insultos y amenazas de futuros castigos, pudiendo expresarse tanto de forma verbal como no verbal (Hollandsworth, 1977; en Carrasco 1996).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Modelo bidimensional de la aserción

<i>Expresión Manifiesta (Directa)</i>	
ASERCION <i>No-coacción</i>	AGRESION <i>Coacción</i>
SUMISION	AGRESION PASIVA
<i>Expresión Encubierta (Indirecta)</i>	

Se diferencian, así cuatro categorías de conductas asociadas con la aserción:

Asertividad (AS): *Expresión manifiesta no coactiva* de los sentimientos, preferencias u opiniones personales de una manera directa, sin intentar forzar el acuerdo del otro a través del control aversivo, tal como castigo y amenaza de castigo. Uno puede expresar asertivamente sentimientos positivos y negativos, considerando entre los primeros el afecto y entre los segundos el enfado o la ira.

Sumisión (SU): *Es la expresión encubierta no coactiva* en donde existe una carencia de expresión directa y clara de los sentimientos, preferencias u opiniones personales y sometimiento automático a las preferencias, poder o autoridad del otro.

Agresión (AG): *Expresión manifiesta y coactiva* en donde la expresión de los sentimientos, preferencias u opiniones personales de una manera que incluye el uso explícito de formas coactivas para forzar el acuerdo del otro. Incluye la expresión de castigo y amenazas; el castigo explícito abarca el denigrar, insultar, la agresión física y declaraciones directas de ostracismo social; las amenazas directas incluyen avisos de posibles castigos.

Agresión pasiva (AP): *Expresión encubierta y coactiva*, se manifiesta una carencia de expresión directa y clara de las preferencias, sentimientos u opiniones personales, mientras que

de forma indirecta se intenta coaccionar a la otra persona para que ceda. Incluye infligir indirectamente castigos y amenazas; los intentos de oponerse o manipular al otro de forma indirecta incluirían la retirada de afecto, "las malas caras", la obstrucción pasiva, insinuaciones de agravio y ostracismo social encubierto a través del corte de comunicación "los silencios".

Distingue, así, este modelo entre dos formas de agresión: una activa y otra pasiva, basándose en las descripciones que, de esta última, aparecen en diferentes publicaciones como una conducta que incluye expresión de hostilidad encubierta, incluyendo "las malas caras", el obstruccionismo, los intentos de inducción de culpa y la dispensa indirecta de castigo (Bach y Wyden, 1968; Goodstein y Lanyon, 1975; Sarason, 1976; en Carrasco 1996).

Normalmente este tipo de conducta dentro de los modelos conceptuales existentes, no tendría una fácil ubicación, si se atiende a su carácter de expresión encubierta se incluiría dentro de las conductas sumisas; sin embargo, si se atiende a la violación de los derechos de los otros y a las consecuencias sociales negativas que su utilización conlleva, se catalogaría como una conducta agresiva.

Únicamente el modelo bidimensional incorpora un esquema conceptual, para categorizar las conductas asertivas y no asertivas, que permite la diferenciación de la conducta agresivo-pasiva. Además de proporcionar una claridad conceptual en esa área, la incorporación de la conducta agresivo-pasiva, con una entidad propia, tiene otras ventajas; por ejemplo, Bach y Wyden (en Carrasco 1996) señalan que los individuos agresivo-pasivos pueden afectar más negativamente una relación interpersonal que los individuos que manifiestan su agresión de una manera abierta.

Estructura

Es un cuestionario que describe diez situaciones que recogen aspectos representativos de la vida de una pareja en temas generales como relaciones sexuales, manifestaciones de afecto o interés, comunicación, tiempo libre y tareas caseras. La conflictividad se plantea en distintas

situaciones: ser ignorado, en demandas o planteamientos respecto a temas concretos, enfrentarse a desacuerdos, demandar realización de tareas cuyo cumplimiento es desagradable o poco grato, ser criticado, insultado menospreciado o ignorado. Estas diez situaciones se repiten a lo largo del cuestionario, variando la forma concreta de enfrentarse a cada una de ellas. Esta variación recoge los 4 tipos de comportamiento evaluados por el cuestionario, distribuyéndose éstos al azar en el instrumento. Para cada elemento, se le pide a la persona que indique la frecuencia con la que tiende a comportarse de la forma descrita en la forma siguiente:

- | | |
|-------------------|-------------------|
| 1) Casi nunca | 4) Con frecuencia |
| 2) Raramente | 5) Generalmente |
| 3) Ocasionalmente | 6) Casi siempre |

Validez

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Se compararon las puntuaciones obtenidas del la Forma A con las puntuaciones del Cuestionario para el Análisis de Aserción Personal (AAP) de Hedlun y Linquist en 1984 (Carrasco 1996). Este cuestionario fue elegido como criterio ya que fue desarrollado para distinguir entre conductas asertivas, sumisas, agresivas y agresivo-pasivas, proporcionando tres puntuaciones que reflejan la frecuencia de estos comportamientos en el repertorio conductual de las personas evaluadas.

Respecto al ASPA y el ajuste marital se centró en el análisis de las relaciones entre los distintos estilos de comportamiento, además de la aserción, con los que se pueden afrontar las diferentes situaciones de conflicto que pueden darse en una relación marital, y la valoración que hacen los cónyuges del ajuste existente en su relación. Para ello se utilizó la Escala de Ajuste Diádico (EAD) de Spanier (Carrasco 1996), diseñada como instrumento de autoinforme para medir la calidad del ajuste en una pareja.

Esta escala de 32 elementos consta de 4 subescalas que proporcionan información sobre dimensiones del ajuste identificadas como: consenso de pareja, con 13 elementos relacionados

con el nivel de acuerdo/desacuerdo percibido en diferentes áreas como tareas domésticas, religión, actividades en tiempo libre o finanzas; satisfacción marital con 10 elementos relacionados con el grado de satisfacción con la relación, valorada a través de la frecuencia de pensamientos sobre separación o de discusiones o mediante su puntuación en una escala de "felicidad marital"; cohesión marital, con 5 elementos relacionados con acciones que la pareja lleva a cabo de forma conjunta como reír, charlar o colaborar en algún proyecto; y expresión de afecto con 4 elementos relacionados con demostraciones de afecto o relaciones sexuales. El rango de las puntuaciones totales varía de 0 a 151 situándose el corte entre parejas con un buen o mal ajuste en 106 cuando se utiliza esta medida en investigaciones del área marital (Crane 1990 en Carrasco 1996).

Las correlaciones entre las puntuaciones obtenidas entre las 4 subescalas del ASPA y la de Ajuste mostraron en Aserción un buen nivel de correlación positiva significativa ($p < 0.001$), con el Ajuste, mientras que las subescalas de Agresión ($p < 0.001$) y Agresión-pasiva ($p < 0.001$), lo hicieron de forma negativa. No existiendo correlación entre las subescalas de Sumisión y las puntuaciones del Ajuste.

Normas de corrección y puntuación

Se obtienen perfiles individuales que consisten en cuatro puntuaciones de razón que reflejan la probabilidad relativa, en tanto por ciento, de conducirse en cada uno de los estilos. La puntuación representa en forma de porcentaje la frecuencia con que el sujeto aplica la estrategia correspondiente a la escala evaluada. Es decir, se mide el porcentaje total en que cada individuo manifiesta cierto tipo de conducta, por ejemplo: el sujeto manifiesta conductas agresivas en un 20% de las ocasiones. En esta evaluación lo relevante es la proporción en que usa determinado tipo de conducta.

CUESTIONARIO CLINICO: DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DEPRESIVO CALDERÓN-NARVÁEZ

Desde hace varios años, Calderón-Narváez diseñó un Cuestionario Clínico para diagnóstico de la depresión, este fue publicado por primera vez en 1992, en la *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, y consta de 20 reactivos, que corresponden a los síntomas más frecuentes de un cuadro depresivo, esto considerando nuestro medio socio-cultural.

La cuantificación del síntoma puede ser negativa (*NO*), o positiva (*SI*) y en este caso se plantean tres intensidades: *POCO*, *REGULAR* O *MUCHO*. La clasificación es muy sencilla, anotándose a cada síntoma la escala del 1 al 4, según su intensidad, pudiéndose obtener un puntaje mínimo de 20 y uno máximo de 80.

De acuerdo con la experiencia clínica, los resultados deben valorarse de la siguiente manera:

- a) 20 a 35 puntos, corresponden a personas normales.
- b) 36 a 45 puntos, pueden concernir a un estado de ansiedad, que puede ser originado por la misma aplicación de la prueba.
- c) 46 a 65 puntos, implican un cuadro depresivo de mediana intensidad.
- d) 66 a 80 puntos, corresponden a un estado depresivo severo.

El uso de este cuestionario en investigaciones de campo, ha demostrado ser muy útil, por ser de fácil comprensión, rápida aplicación y corresponder realmente a nuestra realidad médica y sociocultural. Con el objeto de valorar la confiabilidad de este cuestionario y comprobar que este tipo de pruebas miden específicamente lo que se pretende conocer y si lo hacen de manera constante, el Centro de Investigación de la Universidad Intercontinental, efectuó un estudio. Los resultados fueron los siguientes:

Se aplicaron 270 cuestionarios en la población abierta de zonas urbanas de Tlalpan. Los sujetos fueron 121 mujeres y 149 hombres entre los 15 y los 89 años de edad, seleccionados de acuerdo al muestreo no probabilístico intencional. La escolaridad de los sujetos osciló entre primaria y posgrado. Se utilizó el Cuestionario del Síndrome Depresivo creado por Calderón-Narváez. El instrumento está construido de acuerdo al método de rangos sumariados de Likert con 4 opciones de respuesta. "No, poco, regular, mucho," que se califican del 1 al 4 según su intensidad, abarcando desde el nivel normal hasta la depresión severa.

Los cuestionarios se aplicaron de manera individual y en el lugar donde se encontraban los sujetos, indicando que se contestara de manera honesta y anónima. Para medir la validez de los reactivos, se realizó un análisis de frecuencias y la prueba "t" de student, y para la confiabilidad, se utilizó una alfa de Cronbach con la finalidad de conocer la consistencia interna del cuestionario. Además para comparar las categorías y los puntajes de la depresión en hombres y mujeres, se llevó a cabo una prueba Chi cuadrada y "t" de student respectivamente.

Con base en los resultados de este trabajo, se determinó que el Cuestionario Clínico del Síndrome Depresivo de Calderón-Narváez, presenta una alta confiabilidad en población abierta, involucrando sujetos de diferentes niveles de educación y edad. Además fue posible confirmar que el formato y la adaptación a la población mexicana es adecuada al medio para el cual se utilizó (Calderón-Narváez, 1997; Morales, et al. 1996; Calderón-Narváez, 1992 en Herrera 2001).

EL INVENTARIO DE ANSIEDAD: RASGO-ESTADO IDARE

El Inventario de Ansiedad: Rasgo - Estado (IDARE Spielberger y Díaz Guerrero, 1970, en Herrera 2001), es una prueba para medir el nivel de ansiedad en sujetos adultos normales, es decir sin síntomas psiquiátricos y actualmente se ha demostrado que puede ser utilizado en pacientes neuropsiquiátricos y quirúrgicos.

El IDARE es un instrumento útil y versátil para la medición tanto de ansiedad de estado como la de rasgo, las correlaciones para la escala ansiedad de rasgo son desde .73 a .86 mientras que las correlaciones para la escala ansiedad de estado son de .16 a .54, los coeficientes de confiabilidad que se obtienen varían de .86 a .92 para la escala de ansiedad de estado y de rasgo. La correlación entre las escalas de estado y rasgo varían entre .44 y .55.

El inventario se encuentra constituido por dos escalas separadas de autoevaluación que se utilizan para medir dos dimensiones distintas de ansiedad:

1. **Ansiedad-Rasgo (A-Rasgo).** - Puede ser utilizada como instrumento de investigación en la selección de sujetos que varíen en su disposición a responder a la tensión psicológica. La Ansiedad-Rasgo se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables en la propensión de ansiedad, es decir las diferencias entre las personas en la tendencia a responder en situaciones percibidas como amenazantes. Tiene las características del tipo de locuciones que Atkinson (1964) llama "motivos", como disposiciones que permanecen latentes hasta que las señales de una situación la activan; y que Campbell (1963) conceptualiza como "disposiciones conductuales adquiridas", es decir, residuos de experiencias pasadas que predisponen al individuo tanto a ver al mundo en forma especial, como a manifestar tendencias de respuesta "objeto consistentes".
2. **Ansiedad-Estado (A-Estado).** La cual puede utilizarse para determinar los niveles reales de A-Estado inducidos por procedimientos experimentales de tensión, o bien como un índice del nivel de pulsión; las características esenciales que pueden evaluarse en esta escala involucran sentimientos de nerviosismo, tensión preocupación y aprehensión. La Ansiedad-Estado es conceptualizada como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprensión subjetivos conscientemente

percibidos, y por un aumento del sistema nervioso autónomo. Los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo.

El inventario cuenta con cuarenta reactivos (veinte por cada escala) con afirmaciones sobre estados de ánimo. Cada uno de estos reactivos incluye una escala con cuatro opciones de respuesta (Ver apéndice III). Un ejemplo de los reactivos utilizados en este inventario es:

- Tomo las cosas muy a pecho:
1. Casi nunca
 2. Algunas veces
 3. Frecuentemente
 4. Casi siempre

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PROCEDIMIENTO

La selección de la muestra se realizó en 2 instituciones: El Centro de Intervención en Crisis AC. y Casa Viktor Frankl, trabajando en particular con 2 Talleres: "La magia del Perdón" y "Crecimiento a partir de la Crisis": con duración de 20 hrs. cada uno. La mayoría de sus asistentes presentan una problemática particular que no necesariamente tiene que ver con problemas de pareja, son para hombres y mujeres que requieran trabajar alguna situación de rencor o crisis respectivamente que sean mayores de 14 años.

Se trabajó en estos talleres un año, hasta obtener la muestra de 48 sujetos entregando el material "antes" de iniciar el curso para evitar la influencia del mismo en la respuesta de los cuestionarios.

Al momento de presentarse se les preguntaba si habían tenido la experiencia de vivir en pareja y cuánto tiempo, ya que es requisito del Cuestionario de Aserción de pareja (ASPA), que la convivencia sea mínimo de un año. En caso de cumplir con el tiempo establecido se les entregaba la batería, la cual constó de:

Hoja de datos generales (edad, sexo, estado civil, estudios, ocupación y motivo de crisis por el que asistieron al taller); el Cuestionario de Aserción en la Pareja ASPA (formato A), la Prueba de Calderón Narváez y la prueba del IDARE. La edad y sexo de los sujetos fueron seleccionados en forma aleatoria. Las instrucciones al entregar la batería eran las siguientes :

- 1) Que sus datos eran confidenciales y podían omitir sus nombres aunque los demás datos como edad, sexo, ocupación, etc. requerían ser verdaderos.
- 2) Se les solicitaba no dejaran ningún inciso sin contestar.
- 3) Que las respuestas eran en base a su comportamiento real y no a lo que pensaban era lo más adecuado, que no había respuestas buenas o malas.

RESULTADOS

En el presente trabajo participaron 48 sujetos: 39 mujeres y 9 hombres con un promedio de edad de 41 y 48 años respectivamente (Figura 1). Algunos de los datos sociodemográficos de mayor relevancia son: Con respecto a la escolaridad la mayor frecuencia fue una preparación media superior (Figura. 2), respecto a la ocupación se destacan los puestos administrativos (Figura. 3). Referente al estado civil las mujeres y los hombres reportan estar casados en primer lugar y en segundo lugar la separación (Figura 4). La edad es mayor en los hombres que en las mujeres de la muestra de los cursos los cuales fueron individuos que se percibían viviendo un momento de crisis por lo que buscaron apoyo terapéutico en talleres vivenciales.

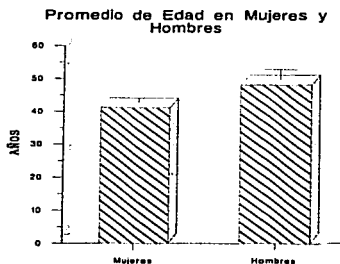


Figura 1: Representación del promedio de edad en mujeres y hombres, con su respectivo error estándar. En nuestra población las mujeres reportaron una edad menor a los hombres.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

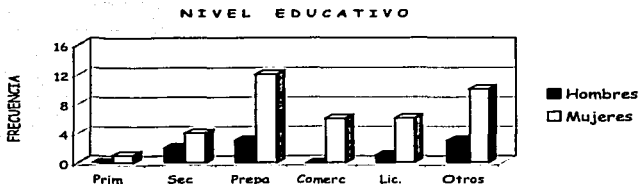


Figura 2: El nivel de estudios predominante es a nivel preparatoria seguido por de comercio en hombres y secundaria en mujeres.

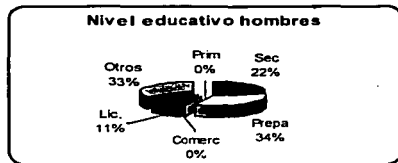
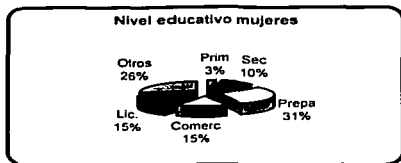


Figura. 2A: La mayoría de la población tiene nivel medio superior y casi la tercera parte de la población, no define con claridad su nivel de estudios en ambos sexos.

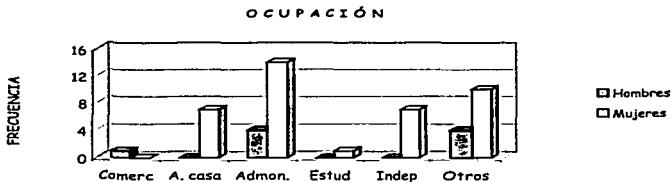


Figura. 3. Casi una tercera parte de la población desempeña un puesto administrativo.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

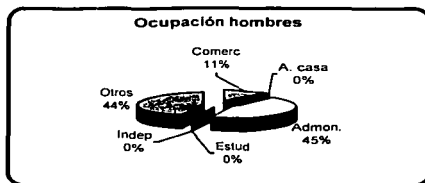
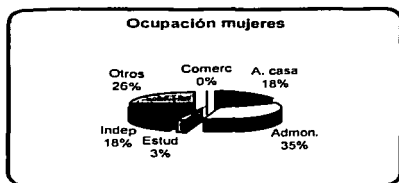


Figura. 3A: La mayoría de la muestra tanto en hombres como en mujeres trabaja

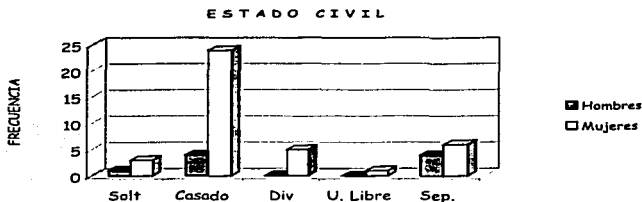


Figura 4: En la población el primer lugar lo ocupan los sujetos casados y en segundo el estado de separación, y la frecuencia más baja es aquellos que viven en unión libre.

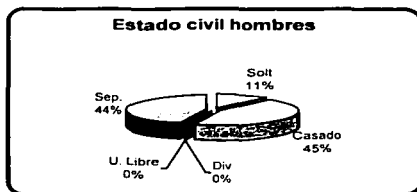
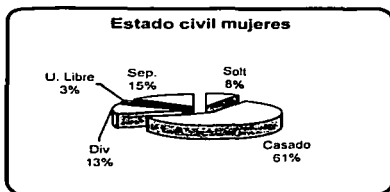


Fig. 4 A: Es interesante observar que casi el 50% de los hombres se encuentra "separado", pero al parecer no ha definido el estado de su relación legalmente.

Un punto a considerar es el motivo para la asistencia a los talleres en donde se recopilaron los datos, mismos que fueron considerados para el presente estudio por su manejo en situaciones de crisis lo que cumplía con el propósito de estudio. El factor predominante para que los hombres asistieran a un taller fueron: Crisis en la pareja, familiar y Otros (no especificado). En el caso de las mujeres se mencionan: Crisis con la pareja, familiar y Crisis por problemas con los hijos (Figura 5).

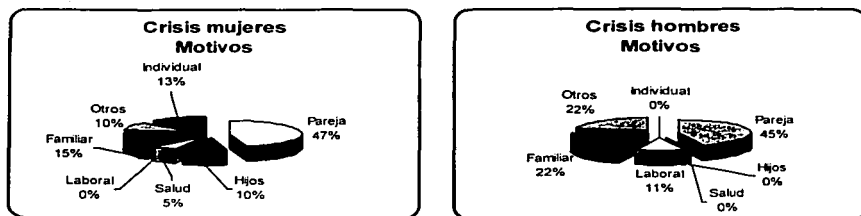


Figura 5: Las crisis de pareja son el mayor motivo de crisis reportado tanto en mujeres como en hombres, casi en la mitad de la muestra entrevistada.

Asimismo, el análisis de factores realizado a las pruebas, que a continuación serán descritas, nos proporcionan la media \pm el error estándar. Se utilizó la ANOVA de una sola vía, para correlacionar los factores de cada una de las pruebas, así como entre las mismas pruebas. El análisis de datos se llevó a cabo por sexo y su correlación entre ambos. Por lo tanto, los valores que a continuación se describen son la media \pm el error estándar con su respectivo valor de significancia.

Respecto a la estadística general de hombres y mujeres se visualiza que los problemas de pareja predominan considerablemente en un 46%, prácticamente la mitad de la población (Figura 5), en segundo lugar los motivos son de índole familiar tanto en hombres como en mujeres y la diferencia significativa se aprecia en el área laboral manifestada como motivo de crisis en un 11%

de los hombres, mientras que las mujeres hablan del factor individual como motivo de crisis en un 13% (Fig. 5 A).

Ahora bien, del 46% de personas que reportan como motivo de crisis los problemas con su pareja, la situación predominante es separación en primero (41%), rencor en segundo (23%), infidelidad y conflicto interno en tercero (ambas 18%) (Figura. 5 A). De dichos datos no se llevó a cabo una estadística descriptiva de la población ya que no todos especifican con claridad el motivo de la crisis que los llevó a buscar apoyo en los talleres.

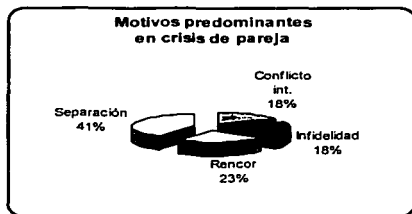
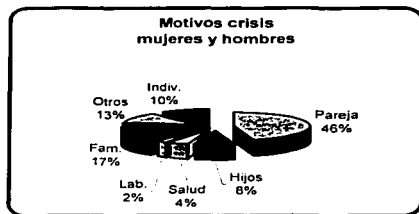


Figura. 5 A: Tal parece que tanto en hombres como en mujeres uno de los factores predisponentes para las crisis es el de separación de la pareja.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANALISIS POR FACTORES ESTADISTICA CON PUNTAJES ESTANDARIZADOS

Datos generales: Para el análisis de datos las abreviaturas a usar serán las siguientes:

As = Asertividad	Afe =Afectiva	F = Fisher
Ag = Agresión	Cog =Cognitiva	α = Nivel significativo
Su = Sumisión	Som =Somática	ES = Desviación estándar
Ap = Agresión pasiva	NS = No significativo	r = Correlación

Questionario de aserción en la pareja (ASPA)

El análisis de factores realizado a la prueba del ASPA nos proporciona la media \pm el error estándar. Utilizando la ANOVA de una vía se relacionaron los 4 factores: Asertividad, Agresión, Sumisión y Agresión pasiva; de dicha prueba. En la descripción de los siguientes datos se presentan, primero la estadística descriptiva por factores de cada una de las pruebas y segundo la comparación realizada por medio de la ANOVA.

Aún cuando los sujetos se definen como asertivos; por los puntajes obtenidos en ese factor, entre hombres y mujeres, no encontramos una diferencia significativa. Por el contrario, en la escala de agresión se encontró una diferencia significativa de $p < 0.001$. El resto de los factores no fueron significativos (Tabla 1).

En las comparaciones de los factores en el grupo de mujeres, podemos ver que el puntaje entre asertividad y agresión es significativo ($p < 0.001$), presentando valores similares entre los factores de asertividad y sumisión ($p < 0.001$). Mientras tanto, en los hombres, la mayor significancia se presenta entre los factores de asertividad contra agresión ($p < 0.001$), seguida por los factores de agresión contra agresión pasiva ($p < 0.001$) (Tabla 1).

Así se comprobó que entre la comparación entre las áreas si existen grados de significancia entre las conductas, principalmente en mujeres.

Tabla 1: La conducta dominante es asertividad tanto en hombres como en mujeres, seguida por la agresión pasiva, la sumisión y por último la agresión. Es importante hacer notar que así es como se percibe cada individuo.

ASPA	Hombres	Mujeres	H vs. M
Asertividad	34.2 ± 4.27	33.2 ± 1.99	NS
Agresión	14.3 ± 1.00	19.6 ± 0.83	F=2.94 p<0.001
Sumisión	24.2 ± 2.81	22.7 ± 1.19	NS
Agr. pasiva	27.4 ± 2.24	24.5 ± 1.11	NS
Entre áreas	Hombres	Mujeres	
As-Ag	F=4.53 p<0.001	F=6.30 p<0.001	
As-Su	NS	F=4.52 p<0.001	
As-Ap	NS	F=3.81 p<0.01	
Ag-Su	F=3.31 p<0.01	F=2.13 p<0.05	
Ag-Ap	F=5.34 p<0.001	F=3.53 p<0.01	
Su-Ap	NS	NS	

Cuestionario clínico: Diagnóstico del síndrome depresivo de Calderón-Narvéz por factores.

El área afectiva presenta un mayor puntaje en las mujeres con respecto a los hombres con una $p < 0.05$. El factor somático presenta una situación similar (con una diferencia significativa de $p < 0.05$), en cambio, el factor cognitivo no presenta significancia (Tabla 2). Por otro lado; al analizar cada uno de los factores dentro de su mismo grupo; entre los factores afectiva vs. cognitivo y afectivo vs. somático en el grupo de mujeres, los puntajes presentan, ambos, una significancia de $p < 0.001$. En el grupo de hombres no se presentan niveles de significancia entre la comparación de los factores (Tabla 2).

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Tabla 2: La presencia del mismo nivel de significancia en los factores afectivo y somático entre el grupo de mujeres vs. hombres. Mientras, que la correlación sólo de presenta en el grupo de mujeres.

Calderón	Hombres	Mujeres	H vs. M
Afectivo	12.1 ± 1.65	17.9 ± 1.12	F=2.34 p<0.05
Cognitivo	9.67 ± 1.34	12.3 ± 0.73	NS
Somático	8.33 ± 1.08	11.4 ± 0.62	F=2.20 p<0.05
Entre áreas	Hombres	Mujeres	
Afe-Cog	NS	F=4.35 p<0.001	
Afe-Som	NS	F=5.07 p<0.001	
Cog-Som	NS	NS	

Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado (IDARE): por factores.

Las mujeres presentan un mayor puntaje en el factor ansiedad-rasgo con respecto a los hombres; de igual forma, que en el factor de ansiedad-estado, sin embargo ambas diferencias no fueron significativas (Tabla 3). Por otro lado, al analizar el factor Estado vs. Rasgo en el grupo de hombres y Estado vs. Rasgo en el grupo de mujeres, ambos, carecen de significancia (Tabla 3).

Tabla 3: No se presenta significancia alguna en el análisis transversal y longitudinal.

IDARE	Hombres	Mujeres	H vs. M
Estado	38.1 ± 5.39	44.7 ± 2.19	NS
Rasgo	39.7 ± 4.72	46.6 ± 2.06	NS
Estado vs. Rasgo	NS	NS	

En general los hombres y las mujeres no presentan estado de ansiedad ni manifestación del síntoma como rasgo de personalidad; estos factores no muestran correlación entre ellos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANÁLISIS POR PRUEBA ESTADÍSTICA CON PUNTAJES BRUTOS

Cuestionario de aserción en la pareja (ASPA)

Al comparar los factores entre mujeres y hombres, las mujeres presentan un mayor puntaje, en el factor de agresión, resultando ser significativa a $p < 0.001$. En tanto que, los factores de asertividad, sumisión y agresión pasiva, no resultaron ser significativos (Tabla 4). Por otro lado, la comparación entre los factores en un mismo grupo, al comparar cada factor en su mismo grupo: el puntaje más alto (y la mayor diferencia) se da en mujeres en los factores de asertividad y agresión con una $p < 0.001$ mientras que en estos mismos factores los hombres presentan una $p < 0.001$, en segundo lugar tenemos los factores de asertividad y sumisión, en donde las mujeres presentan diferencias significativas ($p < 0.001$), los hombres no presentan cambios significativos. Mientras que, los factores de agresión contra agresión pasiva: el mayor puntaje es en hombres ($p < 0.001$) y las mujeres presentan una $p < 0.02$ (Tabla 4).

Tabla 4: Los puntajes son mayores, tanto en hombres como mujeres, en los factores de asertividad, seguida por la agresión pasiva. Aún, cuando no presentan significancia.

ASPA	Hombres	Mujeres	H vs. M
Asertividad	31.1 ± 4.34	37.7 ± 2.11	NS
Agresión	12.7 ± 0.79	23.1 ± 1.35	F=3.64 p<0.001
Sumisión	23.1 ± 3.96	26.5 ± 1.58	NS
Agr. pasiva	25.7 ± 3.24	29.0 ± 1.63	NS
Por áreas	Hombres	Mujeres	
As-Ag	F=4.17 p< 0.001	F=5.82 p< 0.001	
As-Su	NS	F=4.27 p< 0.001	
As- Ap	NS	F=3.26 p< 0.01	
Ag-Su	F=2.57 p< 0.02	NS	
Ag- Ap	F=3.89 p<0.001	F=2.78 p<0.02	
Su- Ap	NS	NS	

TESIS CON
 FALTA DE ORIGEN

Cuestionario clínico: Diagnóstico del síndrome Depresivo de Calderón-Narváez

Las mujeres presentan un mayor puntaje de ansiedad que no llega a considerarse como estado depresivo, comparadas con los hombres que se encuentran dentro del rango de "normalidad". La diferencia entre sexos fue significativa con $p < 0.05$ (Tabla 5).

Tabla 5: El puntaje obtenido en el grupo de las mujeres representa una reacción de ansiedad, mientras que los hombres son equivalentes a la normalidad estadística.

Sexo	Totales \pm ES.
Hombres	30.1 \pm 3.86
Mujeres	41.2 \pm 2.20
H vs. M	F=2,24 $p < 0,05$

Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado (IDARE).

En las áreas de Ansiedad de estado y rasgo el puntaje más alto es en las mujeres, aunque dichos cambios no fueron significativos; la misma situación se dio en el grupo de los hombres. Es decir, en el grupo de hombres y mujeres los factores no presentan significancia alguna (Tabla 6), ni tampoco se identifican rasgos de Ansiedad ni como estado ni como rasgo de personalidad.

Tabla 6: Entre hombres y mujeres no se presenta significancia en el análisis longitudinal y transversal.

IDARE	Hombres	Mujeres	H vs. M
Estado	38.1 \pm 5.39	44.7 \pm 2.19	NS
Rasgo	39.7 \pm 4.72	46.6 \pm 2.06	NS
α	NS	NS	

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CORRELACIONES

Cuestionario de Aserción en la pareja (ASPA).

La correlación significativa entre el grupo de mujeres y hombres se ven en los siguientes factores: asertividad vs. sumisión ($p < 0.001$); agresión pasiva contra agresión pasiva ($p < 0.05$); finalmente, con una significancia de $p < 0.03$ en asertividad vs. agresión pasiva y agresión vs. sumisión. Mientras que en el grupo de mujeres vs. mujeres: asertividad contra sumisión presenta y una $p < 0.01$; asertividad contra agresión pasiva una $p < 0.001$ y sumisión vs agresión pasiva $p < 0.001$ (Tabla 7).

TABLA 7: La Correlación entre asertividad y sumisión presentan una correlación significativa, tanto, en mujeres vs. hombres, como en mujeres vs. mujeres.

Factores	mujeres/hombres				mujeres/mujeres			
	As	Ag	Su	Ap	As	Ag	Su	Ap
As	NS	NS	$r = -0.82$ $p < 0.001$	$r = -0.70$ $p < 0.03$	--	NS	$r = -0.65$ $p < 0.001$	$r = -0.54$ $p < 0.001$
Ag	NS	NS	$r = 0.69$ $p < 0.03$	NS	NS	--	NS	NS
Su	NS	NS	NS	NS	--	--	--	$r = 0.56$ $p < 0.001$
Ap	NS	NS	NS	$r = 0.65$ $p < 0.05$	--	--	--	--

Cuestionario clínico: Diagnostico del síndrome Depresivo de Calderón-Narváez

Las correlaciones en el grupo de hombres: el factor afectivo y cognitivo presentan una $p < 0.001$; en mujeres vs. mujeres el factor afectivo y cognitivo muestran una correlación significativa ($p < 0.001$); el factor cognitivo muestra una correlación con el área somática y, de igual manera, el área afectivo y somático presentan una significancia de $p < 0.001$ (Tabla 8).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 8: Las correlaciones mostradas en la presente tabla muestran un nivel de significancia de $p < 0.001$. Un hecho que se repite, en los datos anteriores, es que la mayoría de correlaciones se presenta entre la población de mujeres.

Factores	hombres/hombres			mujeres/mujeres		
	Afec	Cog	Som	Afec	Cog	Som
Afec	--	$r=0.83$ $p < 0.001$	--	--	$r=0.82$ $p < 0.001$	$r=0.79$ $p < 0.001$
Cog	--	--	--	--	--	$r=0.69$ $p < 0.001$
Som	--	--	--	--	--	--

Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado (IDARE).

Las correlaciones que se presentan son: en hombres vs. hombres entre Ansiedad estado y rasgo ($p < 0.03$); en mujeres vs. mujeres en las áreas de Ansiedad estado y rasgo ($p < 0.001$). Entre mujeres vs. hombres se presenta en las áreas de Ansiedad rasgo vs. estado ($p < 0.001$), y entre los factores de Ansiedad estado vs. estado cuando se correlacionan hombres y mujeres ($p < 0.03$) (Tabla 9).

TABLA 9: Las correlaciones entre hombres vs. hombres y mujeres vs. hombres comparten una correlación y un nivel de significancia idéntico.

Factores	hombres/hombres		mujeres/mujeres		mujeres/hombres	
	Estado	Rasgo	Estado	Rasgo	Estado	Rasgo
Estado	--	$r=0.68$ $p < 0.03$	--	$r=0.63$ $p < 0.001$	$r=0.68$ $p < 0.03$	NS
Rasgo	--	--	--	--	$r=0.98$ $p < 0.001$	NS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CORRELACIONES INTERPRUEBAS POR FACTORES

ASPA VS. IDARE

La correlación entre el grupo de mujeres y hombres: la única correlación significativa se observó entre los factores de agresión vs. estado ($p < 0.03$). En mujeres vs. mujeres se presentaron 5 correlaciones significativas: aserción vs. Ansiedad-estado, aserción vs. Ansiedad-rasgo, agresión vs. Ansiedad-estado, agresión vs. Ansiedad-rasgo y agresión pasiva vs. Ansiedad-rasgo. Destacan agresión vs. Ansiedad-rasgo ($p < 0.001$) y agresión pasiva vs. Ansiedad-rasgo ($p < 0.001$) (Tabla 10).

TABLA 10: Las correlaciones de mayor significancia entre ambas pruebas (IDARE vs. ASPA) se presentan entre el grupo de mujeres.

Factores	mujeres/hombres		mujeres/mujeres	
	Estado	Rasgo	Estado	Rasgo
As	NS	NS	$r=0.32$ $p < 0.04$	$r=0.38$ $p < 0.01$
Ag	$r=0.68$ $p < 0.63$	NS	$r=0.36$ $p < 0.02$	$r=0.57$ $p < 0.001$
Su	NS	NS	NS	NS
Ap	NS	NS	NS	$r=0.42$ $p < 0.001$

ASPA VS. CALDERÓN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La correlación se presentó en varios de los factores, a distintos niveles. Al comparar ambos grupos: mujeres vs. hombres; la diferencia significativa, únicamente se presentó en agresión vs. área cognitiva ($p < 0.001$), es decir que la agresión si tiene influencia en el área cognitiva. En hombres vs. hombres: agresión vs. factor somático presenta una correlación significativa de $p < 0.001$, lo que nos habla de una correlación entre la conducta agresiva y malestares somáticos. Mientras tanto, en mujeres vs. mujeres, podemos ver las siguientes correlaciones con puntajes iguales (Tabla 11): en agresión vs. factor afectivo, agresión vs.

cognitiva y agresión pasiva vs. factor cognitivo ($p<0.01$); lo que coincide con la afirmación de que las mujeres identifican y están más en contacto con sus emociones y son más sensibles a las vivencias emocionales. Por último, en hombres vs. mujeres la correlación de mayor puntaje es en el área de agresión vs. factor somático ($p<0.001$).

TABLA 11: Las correlaciones más significativas se presentan en el grupo de mujeres, cuando se compara contra el mismo grupo: mujeres vs. mujeres.

Factores	mujeres/hombres			hombres/hombres			mujeres/mujeres			hombres/mujeres		
	Afec	Cog	Som	Afec	Cog	Som	Afec	Cog	Som	Afec	Cog	Som
As	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	-0.35 $p<0.02$	NS	NS	0.08 $p<0.80$	NS
Ag	NS	0.83 $p<0.001$	NS	NS	NS	0.82 $p<0.001$	0.40 $p<0.01$	0.40 $p<0.01$	0.35 $p<0.02$	NS	0.68 $p<0.03$	0.82 $p<0.001$
Su	NS	NS	NS	--	--	--	NS	NS	NS	--	--	--
Ap	NS	NS	NS	--	--	--	NS	0.40 $p<0.01$	NS	--	--	--

CALDERÓN VS. IDARE

El puntaje mayor se presenta en el grupo de hombres: en los factores afectivo vs. Ansiedad-rasgo; afectivo vs. Ansiedad-estado, cognitiva vs. Ansiedad-estado y cognitiva vs. Ansiedad-rasgo; todas con una diferencia significativa de $p<0.001$. En el grupo de mujeres, la correlación entre factor afectivo vs. Ansiedad-rasgo, cognitivo vs. Ansiedad-rasgo, presentan una correlación significativa ($p<0.001$); aún, cuando el resto de las correlaciones en dicho grupo fueron, también, significativas (Tabla 12). Por último, en mujeres vs. hombres entre los factores afectivo y Ansiedad-estado, presentando una $p<0.001$, las áreas afectiva vs. Ansiedad-rasgo y cognitiva vs. Ansiedad-estado, también, presentan correlación significativa de $p<0.04$ y $p<0.001$ respectivamente (Tabla 12). Todos estos resultados confirman la medición de ansiedad en ambas pruebas y sus grados de correlación.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 12: Las correlaciones entre mujeres vs. mujeres se dan en todas las áreas

Factores	hombres/hombres		mujeres/mujeres		mujeres/hombres	
	Estado	Rasgo	Estado	Rasgo	Estado	Rasgo
Afec	r=0.77 p< 0.001	r=0.93 p< 0.001	r=0.64 p< 0.001	r=0.82 p< 0.001	r=0.93 p< 0.001	r=0.66 p< 0.04
Cog	r=0.82 p< 0.001	r=0.87 p< 0.001	r=0.54 p< 0.001	r=0.77 p< 0.001	r=0.87 p< 0.001	NS
Som	NS	NS	r=0.47 p< 0.001	r=0.62 p< 0.001	NS	NS

CORRELACIÓN GLOBAL ENTRE PRUEBAS

En la correlación global se toman los valores totales de las pruebas y se comparan entre cada una de ellas y sus posibles combinaciones; es decir, considerando el puntaje total que nos proporciona la prueba. La correlación se presenta entre la prueba de Depresión del Calderón y el IDARE en hombres vs. hombres y mujeres vs. mujeres, ambas con un nivel de significancia de $p<0.001$ (Tabla 13), reafirmando los datos anteriormente obtenidos.

TABLA 13: La correlación entre sexos no presenta significancia alguna.

Pruebas	hombres/hombres			mujeres/mujeres		
	Aspa	Cald	Idare	Aspa	Cald	Idare
Aspa	--	NS	NS	--	NS	NS
Cald	--	--	r=0.89 p< 0.001	--	--	r=0.83 p< 0.001
Idare	--	--	--	--	--	--

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DISCUSION

El estudio se basó en 48 sujetos: 39 mujeres y 9 hombres que han convivido como pareja (casados o unión libre) en algún momento de su vida. Sabemos que en la población mexicana el porcentaje de unión consensual se incrementó en un 26.7% entre 1992 y 1996. Sin embargo, entre 1970 y 1997 el porcentaje de separación o divorcio se duplicó. El mayor riesgo de separación se produce durante el 1er. año de convivencia (9.4%); poco más del 30% de las separaciones suceden entre el 1º. y el 5º. año después de la unión, posterior a este periodo el riesgo de separación desciende (Conapo 1999).

La edad temprana a la unión está estrechamente asociada al riesgo de ruptura y conforme aumenta la edad de la mujer disminuye este riesgo, con una marcada velocidad de descenso antes de los 22 años. Con respecto al tipo de unión, las consensuales son más inestables que otros tipos de unión formal: 29.3% se disuelven el 1er. año de convivencia frente al 11.9% en los matrimonios sólo civiles y 9.7% en aquellos de tipo civil y religioso (CONAPO 2001).

Entre los factores que se encuentran asociados al incremento en la ruptura de las uniones, se menciona el notable aumento en los niveles educativos de las mujeres y su mayor participación económica. Desde la perspectiva cultural, se mencionan un cambio en el sistema de valores que otorga prioridad a los proyectos personales y al individualismo, con la que el casarse o tener hijos empieza a dejar de ser un aspecto central en la vida en las mujeres, así como en los hombres. (CONAPO 2000). Los resultados obtenidos mostraron que:

La población se define como predominantemente asertiva.- No sabemos si es porque hay muchas actitudes presentadas en el cuestionario como las que son "socialmente aceptadas" o si en realidad la pareja ha ido incrementando sus niveles de comunicación en una forma más adecuada. El hecho de que la agresión pasiva se encuentre en 2º. lugar, establece dudas acerca de que la población sea predominante asertiva ya que este comportamiento de comunicación indirecta no es congruente con el primero.

Lo que sí se puede asegurar es que cada vez es mayor la cantidad de información que tenemos acerca de la importancia de la comunicación: psicólogos, sociólogos, comunicadores, etc. nos hablan de la importancia del contacto lo más completo posible con nosotros mismos y con cada una de las personas que se encuentran a nuestro alrededor (Sátir 1976), así como de la relevancia de la expresión clara de nuestros sentimientos u opiniones de una forma directa y clara sin necesidad de presionar o agredir a la otra persona, lo cual se conoce como comportamiento asertivo y es reconocido como un elemento de la autoestima (Branden, 1996).

La agresión pasiva se manifiesta en un mayor puntaje en hombres (27.4) que en mujeres (24.5), contrariamente a lo esperado ya que por lo general esta conducta era considerada predominantemente femenina. Este tipo de comportamiento puede ser atribuible a diversos factores:

- a) La creciente crítica y desaprobación social hacia actitudes machistas o abiertamente agresivas
- b) La baja en los niveles de dependencia hacia los hombres de parte de las mujeres
- c) Los cambios económicos en el país que han hecho que la mujer se desenvuelva más en el ámbito laboral y cultural (CONAPO 2000)

Ya que la agresión pasiva se define como una carencia de expresión directa y clara de las preferencias, sentimientos u opiniones personales y en donde es más frecuente el coaccionar en forma indirecta a la otra persona para que ceda, esta parece ser una nueva alternativa masculina de convencimiento en donde como ya no puede ser mostrada la agresión directa o clara hacia la pareja entonces se pasa a la manipulación o el castigo indirecto (silencios, "malas caras", sarcasmo, etc.). Esta parecía ser una actitud más bien femenina en donde la mujer "se defendía" o trataba de obtener sus derechos por medio de la agresión pasiva la cual se caracteriza por ser menos clara y abierta. "Así, la pasividad que caracterizará esencialmente a la mujer *Femenina* es un rasgo que se desarrolla en ella desde sus primeros años, en verdad, es un destino que le imponen sus educadores y la sociedad" (Beauvoir, 1981).

De acuerdo a la muestra aquí presente, esta actitud parece ser actualmente más masculina ya que puede ser una forma de obtener en determinado momento el control o los resultados esperados sin imponerse agresivamente a la mujer, la cual debido a los cambios socioculturales se ha vuelto más independiente, segura, abierta y hasta agresiva en todos los ámbitos de su vida. Morris (1999) por ejemplo, efectúa una interesante disertación acerca de la reciente rebelión femenina contra el tradicional dominio masculino de la sociedad, mencionando que hay 3 razones que lo justifican:

Primero que los niveles de la población humana han crecido tanto que la presión para crear familias numerosas ha desaparecido.

Segunda, los avances tecnológicos han arrebatado al varón su histórica ventaja basada en una fuerza física superior y;

Tercera, existe un creciente excedente de mujeres, cuando los hombres han superado en número a las mujeres, las han tratado como posesiones ultraprotegidas, concediéndoles muy pocas libertades sociales, por no decir que ninguna (Morris 2000), ahora los papeles han cambiado.

Así, el feminismo en sus inicios y luego toda la sociedad comenzó a repudiar la agresión masculina, la tecnología y la sociedad han disminuido las diferencias entre las labores de cada sexo y por último el índice de natalidad en mujeres se ha incrementado notablemente, lo que nos refleja cambios socioculturales e históricos que ya no permiten tan abiertamente la expresión agresiva del hombre sobre la mujer, aún cuando nos encontramos en periodo de transición.

Contrariamente a lo esperado la sumisión se muestra en las pruebas más alta en los hombres que en las mujeres, lo cual se puede atribuir a:

- a) Que tal vez los hombres al tener que frenar su papel de cazadores y jefes del hogar se sienten más reprimidos que la mujer por no estar acostumbrados a ceder.

- b) Que la mujer en aras de la defensa de sus derechos se ha vuelto más agresiva hacia el género masculino
- c) El incremento de familias con jefatura femenina.
- d) El aumento de nivel educativo

Como se mencionó en el punto anterior la agresión pasiva tiene un alto índice de utilidad en las relaciones de pareja actuales (segundo lugar de conducta de comunicación en la prueba), esto demuestra que los índices de agresión han disminuido, principalmente en los hombres y que actualmente el hombre ha elevado su conducta de inconformidad pasiva, para tratar de alcanzar sus objetivos.

Dentro de nuestra historia, el hombre era por definición el cazador, el jefe de familia, quién dictaba las normas, como menciona Collage (1989), en una interesante encuesta a la percepción masculina hay una "extinción del ser los *amos del universo*" ahora, paulatinamente, esto ha ido modificándose, bien porque ya no es el hombre el único que sale afuera de la casa para obtener los recursos familiares, bien porque no alcanza o porque la mujer desea desarrollarse en el ámbito laboral y/o profesional, o porque la ideología de la mujer se ha ido transformando a lo largo de la historia y su papel "pasivo" ha ido quedando atrás y ahora se le inculcan nuevos recursos que le permitan "salir hacia el mundo externo" y enfrentarse a él lo que le hace en algunos casos repudiar o luchar contra su propia sumisión inclusive, lo cual se ve aún más marcado cuando por muerte, abandono o separación, la mujer se queda a cargo de una familia y se ve forzada a hacer frente a responsabilidades económicas, morales, emocionales y sociales ella sola y sacar adelante a su familia ya que de acuerdo a la CONAPO en 1997 el 19% de la jefatura del hogar es dirigida por mujeres y en general la participación económica de las mujeres es del 40.1% (CONAPO 2000), o sea casi la mitad de la población, aún cuando se habla de cifras aproximadas ya que se sabe que muchos de las tareas femeninas son ocultas o subregistradas.

Por último, también se habla de un mayor nivel de educación el cual está asociado tanto a niveles de nupcialidad como transformación de valores y actitudes en donde a mayor nivel de

educación se aprecia un incremento en la autoestima, expectativas, motivaciones, etc. En promedio, las mujeres que asistían a la escuela 3.4% de 15 a 24 años se unieron, en tanto que el valor para las que no asistían fue de 32.4% (CONAPO 1999); mientras que las mujeres económicamente activas por ejemplo, han postergado su primera unión cerca de 3.6 años entre las estadísticas entre el rango 1972-1976 y el de 1992-1996, mientras que las mujeres inactivas la postergaron cerca de 1.9 años (CONAPO 2001).

La agresión es la conducta que se manifiesta como última opción en los casos del conflicto en la pareja. Estos resultados presentan significancia. Algo que llama la atención es que los niveles de agresión son más altos en la mujer que en el hombre; todo esto concordaría con:

- a) La protesta femenina por ser históricamente tratada como un ser inferior al ser masculino y sentirse como el sexo "débil" que tiene que mantenerse en guardia continuamente para no ser aplastada o relegada.
- b) Baja autoestima que conlleva una confusión entre establecer límites claros y la agresión
- c) La vivencia acumulada de experiencias de agresión, menosprecio o indiferencia que conllevan a la frustración por sentirse frente a situaciones "límite" lo que puede provocar conductas agresivas.

De acuerdo a Morris (2000), el movimiento feminista se convirtió en algo así como un "himno al odio" a todo lo que oía a masculino, el asalto a los bastiones de la masculinidad se llevó a cabo a través de tres vías diferentes: las primeras se centraron en la sexualidad masculina; las segundas, hicieron un énfasis especial en el trato injusto de las mujeres en el ámbito laboral, educativo, económica y jurídica, y las terceras, eligieron las costumbres sociales de escasa significación. Pues bien, en estos últimos años ha hecho también su aparición otro efecto secundario. La liberación de la mujer ha generado una nueva respuesta ante el abuso de la mujer, de todas las víctimas femeninas de asesinato, el 30% muere en manos de su pareja y el 50% de las mujeres y niños sin casa de Estados Unidos han abandonado el hogar familiar a causa de la

violencia doméstica, por tanto, parece que las represalias violentas están experimentando un notable ascenso.

El marido maltratado se ha incorporado a la galería de tipos sociales junto a la esposa maltratada. Actualmente los varones hostiles, crueles o insensibles ya no pueden humillar a su pareja femenina sin temor a la venganza. En este sentido, el caso del ataque a un marido norteamericano en 1993, marcó todo un hito. Su esposa, en el límite de la tolerancia e incapaz de soportar más su grosero comportamiento, empuñó un cuchillo y le cercenó el pene mientras dormía. Sin proponérselo, ella había creado una nueva moda de represalia femenina. Hoy en día, los hombres que no aceptan el nuevo clima de las relaciones genéricas se arriesgan a ser víctimas de una contundente reacción por parte de sus mujeres.

Por otro lado, numerosos investigadores como Branden (1983) de la conducta humana, hablan de la importancia de tener una autoestima bien definida que permita tener claras las necesidades internas y poderlas expresar en forma clara y directa; social e históricamente la mujer viene acomodándose dentro de estas actitudes ya que el rol femenino estaba más inclinado a la sumisión, la frustración o la manipulación y tal parece que de acuerdo a lo mostrado en esta estadística la alternativa de enfrentamiento a la pareja se inclina en algunos casos de crisis más a la agresión directa.

Virginia Sátir por ejemplo, (1978) habla de la importancia de la autoestima, menciona que cualquier cosa que la lesione disminuye la oportunidad de lograr un buen contacto y que cuando las personas no se sienten congruentes en sus relaciones se llega a una serie de juegos de poder y operaciones de ganancia/pérdida. Sátir maneja 4 tipos de comunicación que siempre manifiestan las personas que tienen una pobre opinión de ellas mismas y son: minusvalía, agresividad, super razonable e irrelevante, teniendo que ver todas ellas con una falta de habilidad para el manejo de sentimientos.

Rohana (1998), psicoanalista y terapeuta familiar desarrolla toda una temática alrededor de la "lucha interna" de la mujer actual, en donde se encuentran dos mujeres en una a la vez: la mujer tradicional y la mujer nueva, en conflicto pugnando por sobresalir. A la mujer tradicional la describe como una mujer que esconde sus sentimientos, necesidades y opiniones, que se sacrifica por cuidar a sus hijos y su hogar, que teme al mundo exterior porque es lo que le han enseñado, que se enamora más del romance y no de la relación porque todo el tiempo está soñando con un príncipe azul y que se da por vencida en lugar de redoblar sus esfuerzos ante situaciones difíciles. Todo esto nos habla de una actitud sumisa y dependiente del hogar y la pareja, el papel de la mujer catalogada como la mujer de "antes" pero que en ciertos rasgos subsisten hasta nuestros días y que entra en batalla con la mujer nueva o "actual" que se manifiesta como el otro lado de la moneda y que Rohana define como la que expresa honesta y abiertamente sus necesidades, que aclara circunstancias analizando el motivo por el que hace las cosas, se mantiene informada y consciente y va creando un espacio propio que valora y cuida, tiene la capacidad de celebrar sus logros y los de los demás, constantemente piensa en maneras de hacer su vida más interesante y plena y se desarrolla profesionalmente, completamente contraria a la mujer sumisa y que parece mostrarse más en estas pruebas.

En cuanto a la prueba de Calderón el grupo de los hombres se encuentra dentro del puntaje "Normal", mientras que las mujeres muestran una "Reacción de Ansiedad".- Estos resultados confirman las teorías que aseguran que los hombres manejan o perciben de forma diferente los períodos de crisis lo cual puede deberse a:

- a) Que los hombres por lo general tienden a centrarse más en la actividad que la emocionalidad
- b) El pensamiento masculino tiende a ser más claro y objetivo
- c) La mujer generalmente manifiesta mayor tendencia a la emocionalidad y la subjetividad
- d) El manejo sociocultural que permite a las mujeres mayor contacto con su emocionalidad que los hombres.

Desde hace muchos años, cuando el hombre empezó a quedarse en sus cuevas o viviendas, la mujer se quedaba a cargo de los hijos, la recolección y la organización social, mientras que el hombre salió a cazar en grupo ausentándose por períodos largos. Morris (2000), menciona que desde esos momentos nuestras mentalidades se definían como diferentes: el hombre tenía que aislarse de cualquier pensamiento o emoción que lo distrajera y le permitiera concentrarse en la caza para poder regresar con éxito y con vida a su hogar, la mujer se concentraba en el cuidado y atención de la descendencia y se mantenía en contacto con las necesidades de ella y el grupo, manteniéndose fiel a su pareja hasta que éste regresara de la caza. Necesidades diferentes que perseguían un fin común, mantener la unidad de la familia o el clan formado.

Así antropológica, física y culturalmente parece haber diferencias muy claras como las físicas y a nivel cerebral, se caracteriza a la mujer por lo general con mayor dominancia en el hemisferio derecho como personas más pasivas, intuitivas, sensibles con visión de conjunto, simbólicas, etc., y a los hombres parecen presentar mayor dominancia en el hemisferio izquierdo, el cual se caracteriza por ser más lógico, analítico, activo, lineal, etc (Dethlefsen y Dahlke, 1990). Sí, le agregamos el manejo cultural que por lo general en nuestra sociedad se promueve todavía de parte de los hombres un control emocional y de parte de las mujeres una aceptación hacia el contacto con las emociones hallamos muchos factores que apoyan los resultados aquí obtenidos.

Los niveles de ansiedad mostrados en el Idare no presentan puntajes altos ni en estado ni en rasgo.- Tal parece que de acuerdo a la muestra, el perfil de las personas señala que estaban pasando por un período difícil de sus vidas o de crisis pero que no presentaban niveles altos de ansiedad: ni transitorios ni de personalidad

En el Calderón podemos ver que el área afectiva es la que obtiene un mayor puntaje principalmente en las mujeres, en segundo lugar, la cognitiva y por último la somática.- Se refleja una correlación en el área afectiva con la cognitiva y la somática en las mujeres.- Dichos resultados confirman la relevancia que las mujeres le dan al área afectiva y de cómo los hombres tienden a aislar más dichas áreas. Morris (2000) menciona que desde un inicio hubo una primitiva

división del trabajo entre los sexos que condujo a cierto grado de especialización física, así pues, parece razonable concluir que también existió un determinado nivel de especialización mental. Los varones cazadores, por ejemplo, tenían que centrar su atención en la persecución de las presas, a menudo prolongadas y sin tregua, y establecer objetivos a largo plazo. Es decir, a concentrarse en un único problema con exclusión de todo lo demás. Para triunfar, debían hacer gala de una mentalidad más individualista, decidida, resuelta e inquebrantable que la de sus compañeras.

En cambio, las hembras primigenias tenían que ser capaces de pensar en muchas cosas a la vez y de llevarlas a la práctica simultáneamente. cierto es que la recolección de alimentos no exigía una mentalidad resuelta y decidida, aunque sí dotes de organización y comunicación, y dado que la mujer de aquellas eras remotas ocupaba el centro de la sociedad, mientras que el hombre estaba ausente cazando, ésta tenía que ser eficiente en la gestión de asuntos sociales y el control de cuestiones relacionadas con el asentamiento tribal y los detalles de la vida comunitaria.

En hombres y mujeres el mayor porcentaje de asistencia a talleres fue debido a problemas de pareja y en segundo lugar situaciones familiares.- Lo que demuestra la importancia de la investigación en cuanto al estudio de crisis y su correlación con grados de depresión y ansiedad. Mucho se ha hablado acerca de la importancia de la familia en los individuos, sin embargo, la muestra reporta que uno de los asuntos primordiales que provocan la búsqueda de apoyo terapéutico es la de crisis con la pareja en primer lugar.

Caruso (1982), afirma que si todo está de acuerdo con el ideal de pareja prefabricado, uno se siente tranquilo y satisfecho consigo mismo, si no se ha alcanzado, puede sentirse angustia y decepción de sí mismo. De hecho la pareja es con quien se efectúa la proyección de sí mismo y de los ideales para después incorporarse al interior y formar la estructura completa del individuo; esta fusión es la que se ve amenazada cuando se dan las crisis de pareja y es por esto que el individuo, siente que se divide o se resquebraja una parte de sí.

Dentro de las crisis de pareja, el primer motivo de problemática para el individuo fué por separación en primer término, seguido de rencor y en tercero por infidelidad.- Lo que nos habla de que algunas situaciones de pareja pueden ser conflictivas pero ninguna tan desgastante para el individuo como la separación de su pareja.

Caruso (1985), al hablar de como se da la vivencia de separación de la pareja cuando ésta se presenta ya sea de manera física o emocional, nos dice que la vinculación emocional con las personas que se aman es tan fuerte que forma parte de la identificación personal, y si esta unión con el otro se ve truncada esto se vive como una "muerte en vida", de ahí el entrar en períodos de duelo ante conflictos con la pareja.

Gilbert y Shmukler (2001), lo plasman de la siguiente manera al hablar de la separación "este parece ser uno de los procesos de mayor impacto en el ser humano tanto por la dependencia emocional y social que se proyecta sobre otros como por depositarse en el compañero o compañera mucho de lo que dejamos pendiente en la infancia".

CONCLUSIONES

1. Se demuestra que si existe correlación ente los grados de ansiedad y/o depresión y la forma predominante de enfrentamiento de conflicto en la pareja, esto resulta más visible en el grupo femenino, lo que puede deberse al mayor el número de mujeres que de hombres.
2. La asertividad es la conducta manifestada con mayor puntaje tanto en hombres como en mujeres, esto nos indica que ambos sexos se perciben como predominantemente asertivos.
3. La agresión pasiva se manifiesta en un mayor puntaje en hombres (27.4) que en mujeres (24.5) siendo la segunda conducta predominante en los sujetos. Esto fue contrariamente a lo esperado, y nos habla de los cambios socioculturales en nuestro país demostrando que la agresión abierta de parte de los hombres ha disminuido y a su vez, la mujer ha sustituido la agresión pasiva por otras pautas de conducta.
4. Los puntajes de sumisión se muestran más altos en los hombres que en las mujeres, hecho de gran relevancia que sería interesante corroborarlo en investigaciones posteriores para confirmar si se está dando un cambio sociocultural en este sentido o es el cómo se perciben los hombres emocionalmente, también debido a que su conducta agresiva ha ido en franca disminución debido a las pautas de relación con su pareja. Lo que sí se constata en esta como en otros estudios es que el papel de la mujer es mucho más activo en nuestra población en este siglo.
5. La agresión es la conducta que se manifiesta como última opción en los casos de conflictos de pareja, sin embargo, los niveles de agresión son más altos en la mujer que en el hombre. Esto confirma los datos arriba mencionados: la mujer ha disminuido su conducta de agresión pasiva y sumisión, sustituyéndola por conductas mucho más abiertas y agresivas en aras de la lucha por enfrentarse al medio familiar, social y laboral.

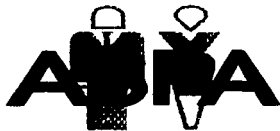
6. En cuanto a la prueba de Calderón, el grupo de los hombres se encuentra dentro del puntaje "Normal", mientras que las mujeres muestran una "Reacción de Ansiedad". Ninguno de los grupos presentó grados de ansiedad elevados aún cuando todos los individuos se vivenciaban bajo situaciones de crisis; las diferencias manifestadas entre los sujetos bien puede deberse a que por lo general las mujeres son más proclives a la emocionalidad.
7. Los niveles de ansiedad mostrados en el IDARE no presentan puntaje altos ni en estado ni en rasgo, es decir que la población que contestó los cuestionarios no se encontraba bajo un nivel significativo de ansiedad.
8. En el Calderón, en el grupo de mujeres, podemos ver que el área afectiva es la que obtiene un mayor puntaje, en segundo lugar la cognitiva y por último la somática. Asimismo, se demuestra una correlación significativa entre el área afectiva con la cognitiva y la somática. Lo cual habla de la relevancia que las mujeres le dan al factor afectivo y de cómo los hombres tienden a aislar más dichas áreas, lo que corrobora otras investigaciones al respecto de las diferencias entre sexos y que se siguen manifestando en la actualidad.
9. El nivel predominante de la muestra fue el nivel educativo de "nivel medio superior" con la mayoría desempeñando actividades en "puestos administrativos", siendo adecuado a la investigación por permitiendo que los individuos entendieran sin problema los ítems de los cuestionarios.
10. Los sujetos que reportaron sus razones para asistir al taller, casi la mitad de la muestra fue por "problemas de pareja", indicando lo importante de seguir ahondando en el tema y brindar elementos que contribuyan a la estabilidad de los individuos y sus familias.

11. Dentro de la muestra que asistió por problemas de pareja, el mayor índice reportó que su crisis era por separación 41%, y en tercer lugar infidelidad, ambos elementos relacionados con la pareja. Estos resultados nos demuestran la importancia que las crisis de pareja tienen en la vida de los individuos.

12. Dentro de la correlación global se demostraron niveles de significancia de $p < 0.001$ entre el Calderón y el IDARE, así como distintas correlaciones entre las pruebas lo que confirma por un lado la alta relación entre los niveles de Depresión y Ansiedad; así como, también, se demuestra con los resultados obtenidos las distintas correlaciones con las conductas analizadas del ASPA: asertividad, agresión, sumisión y agresión pasiva con los factores del Calderón y del Idare tanto a nivel Afectivo, Cognitivo y Somático como en los grados de Ansiedad tanto en Estado como en rasgo.

APENDICE I

CUESTIONARIO DE ASERCIÓN DE LA PAREJA



**CUESTIONARIO DE ASERCIÓN EN
LA PAREJA**

FORMA A

A continuación se describen una serie de situaciones que pueden plantearse en la convivencia de una pareja. Indique, por favor con qué frecuencia tiende a comportarse de manera similar a la que se describe. Aunque puede que no se comporte de forma exacta a la descrita, imagínese comportándose de forma parecida y señale con qué frecuencia tiende a comportarse de esa manera. Por favor, conteste a todas las situaciones planteadas.

Las respuestas deben anotarse en la hoja de respuestas preparada al efecto, marcando con una aspa el círculo que contiene el número adecuado. No debe hacer ninguna anotación en este cuadernillo.

Indique la frecuencia con que tiende a comportarse de la forma descrita según la siguiente escala:

1	2	3	4	5	6
CASI NUNCA	RARAMENTE	OCASIONALMENTE	CON FRECUENCIA	GENERALMENTE	CASI SIEMPRE

Si, por ejemplo, cree que se comporta de esa manera OCASIONALMENTE, debe marcarlo así

1
 2
 3
 4
 5
 6


1. Cuando quiero que mi cónyuge se responsabilice más de aquellas tareas de la casa que a ambos nos desagradan, espero que se dé cuenta de la situación mostrándome frío/a y distante.
2. Si mi cónyuge no hace algo que me prometió, le amenazo con hacerle la vida imposible hasta que lo haga.
3. Cuando mi cónyuge y yo discutimos sobre algo en lo que no nos ponemos de acuerdo, cambio de tema o le doy la razón para evitar una pelea.
4. Cuando intento dar apoyo o ayuda a mi cónyuge y no parece darse cuenta o apreciarlo, no digo nada, pongo «mala cara» y decido no volver a interesarme por sus cosas.
5. Cuando mi cónyuge dice algo que me hiera, intento que no se dé cuenta del daño que me ha hecho.
6. Cuando quiero pasar las vacaciones de una manera y mi cónyuge de otra, me meto con él/ella por su mal gusto y discuto para conseguir lo que quiero.

7. Cuando mi cónyuge se porta injustamente conmigo, no digo nada pero me muestro frío/a y distante.
8. Cuando mi cónyuge me dice algo que me parece «humillante», me muestro distante y frío/a para darle una lección.
9. Cuando le pregunto algo a mi cónyuge y no me responde, no insisto.
10. Cuando intento hablar claramente de nuestras preferencias sexuales, pero mi cónyuge le quita importancia a la cuestión y cambia de tema, lo dejo pasar y sigo con su tema.
11. Cuando quiero que mi cónyuge se responsabilice más de aquellas tareas de la casa que a ambos nos desagradan, no digo nada pero espero que se dé cuenta de la situación.
12. Si mi cónyuge no hace algo que me prometió, lo dejo pasar pero busco la ocasión para sutilmente, echarle en cara que no cümple sus promesas.
13. Cuando mi cónyuge y yo discutimos sobre algo en lo que no nos ponemos de acuerdo, acabo dando gritos y «poniéndome verde».

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

14. Cuando intento dar apoyo o ayuda a mi cónyuge y no parece darse cuenta o apreciarlo, no digo nada, me rindo e intento esconder mis sentimientos por su rechazo.
15. Cuando mi cónyuge dice algo que me hiere, no le contesto, pero durante un tiempo estoy «en silencio» enfadado/a.
16. Cuando quiero pasar las vacaciones de una manera y mi cónyuge de otra, cedo para evitar una pelea.
17. Cuando mi cónyuge se porta injustamente conmigo, le digo qué es exactamente lo que me parece injusto.
18. Cuando mi cónyuge me dice algo que me parece «humillante», intento no hacer caso y olvidarlo.
19. Cuando le pregunto algo a mi cónyuge y no me responde, me siento herido/a, dejo de hablarle y pongo «cara de enfado».
20. Cuando intento hablar claramente de nuestras preferencias sexuales, pero mi cónyuge le quita importancia a la cuestión y cambia de tema, lo dejo pasar pero decido no tener relaciones sexuales cuando él/ella las desee.
21. Cuando quiero que mi cónyuge se responsabilice más de aquellas tareas de la casa que a ambos nos desagradan, le digo que comprendo que a ninguno de los dos nos gusta hacer estas cosas y sugiero que dividamos las tareas.
22. Si mi cónyuge no hace algo que me prometió, le recuerdo que quiero que lo haga.
23. Cuando mi cónyuge y yo discutimos sobre algo en lo que no nos ponemos de acuerdo, me callo y pongo «cara de enfado».
24. Cuando intento dar apoyo o ayuda a mi cónyuge y no parece darse cuenta o apreciarlo, le digo que estoy intentando ayudarle y que me siento mal cuando no reconoce mi esfuerzo.
25. Cuando mi cónyuge dice algo que me hiere, le ataco verbalmente y «desahogo» así mis sentimientos.
26. Cuando quiero pasar las vacaciones de una manera y mi cónyuge de otra, le sugiero que lo hablemos y busquemos un acuerdo.
27. Cuando mi cónyuge se porta injustamente conmigo, me siento herido/a pero intento que no se dé cuenta.

28. Cuando mi cónyuge me dice algo que me parece «humillante», le hago saber mis sentimientos y que eso que me dice me «duele».
29. Cuando le pregunto algo a mi cónyuge y no me responde, le grito por no prestarme atención.
30. Cuando intento hablar claramente de nuestras preferencias sexuales, pero mi cónyuge le quita importancia a la cuestión y cambia de tema, me enfado y comienzo a atacarle por ser un reprimido/a o no importarle el tema.
31. Cuando quiero que mi cónyuge se responsabilice más de aquellas tareas de la casa que a ambos nos desagradan, acabo gritándole y le llamo todo tipo de cosas de las que luego me arrepiento.
32. Si mi cónyuge no hace algo que me prometió, lo dejo pasar antes que armar lío.
33. Cuando mi cónyuge y yo discutimos sobre algo en lo que no nos ponemos de acuerdo, yo, con calma, le repito, las veces que sea necesario, cuáles son mis ideas.
34. Cuando intento dar apoyo o ayuda a mi cónyuge y no parece darse cuenta o apreciarlo, le digo que está tan pendiente de sí mismo que no siquiera se da cuenta de lo que los demás hacen por él/ella.
35. Cuando mi cónyuge dice algo que me hiere, le expongo mis sentimientos y que no me gusta lo que ha dicho.
36. Cuando quiero pasar las vacaciones de una manera y mi cónyuge de otra, cedo y muestro mi disgusto quejiéndome.
37. Cuando mi cónyuge se porta injustamente conmigo, le ataco verbalmente y luego me arrepiento de las cosas que le he dicho.
38. Cuando mi cónyuge me dice algo que me parece «humillante», intento humillarle también para recuperar el respeto por mí mismo/a.
39. Cuando le pregunto algo a mi cónyuge y no me responde, se lo pregunto de nuevo.
40. Cuando intento hablar claramente de nuestras preferencias sexuales, pero mi cónyuge le quita importancia a la cuestión y cambia de tema, le digo que me parece mal que se niegue a hablar de ello.

1	023056		21	000000	
2	020056		22	000000	
3	020056		23	000000	
4	020056		24	000000	
5	020056		25	000000	
6	020056		26	000000	
7	020056		27	000000	
8	020056		28	000000	
9	020056		29	000000	
10	020056		30	000000	
11	020056		31	000000	
12	020056		32	000000	
13	020056		33	000000	
14	020056		34	000000	
15	020056		35	000000	
16	020056		36	000000	
17	020056		37	000000	
18	020056		38	000000	
19	020056		39	000000	
20	020056		40	000000	
 <p>CUESTIONARIO DE ASERCIÓN EN LA PAREJA</p> <p>HOJA DE RESPUESTAS</p> <p>FORMA <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B</p> <p>APELLIDOS _____</p> <p>NOMBRE _____</p> <p>EDAD <input type="text"/> SEXO <input type="text"/></p> <p>EXAMINADOR _____</p> <p>FECHA _____</p>			<p>SUBTOTAL 2</p> <p>PD= TOTAL 1+2</p> <p>PR= PD X 100/TC</p> <p>PC</p>		
SUBTOTAL 1			AS AG SU AP		

FESIS CON FALTA DE ORIGEN

APENDICE II

CUESTIONARIO CLÍNICO: DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DEPRESIVO

Guillermo Calderón Narváez

Nombre: _____

Sexo: _____ Edad: _____ Estado civil: _____

	NO	SI		
		Poco	Regular	Mucho
1 ¿Se siente triste o afligido?				
2 ¿Llora o tiene ganas de llorar?				
3 ¿Duerme mal de noche?				
4 ¿En la mañana se siente peor?				
5 ¿Le cuesta trabajo concentrarse?				
6 ¿Le ha disminuido el apetito?				
7 ¿Se siente obsesivo o repetitivo?				
8 ¿Ha disminuido su interés sexual?				
9 ¿Considera que su rendimiento en su trabajo es menor?				
10 ¿Siente palpitaciones o presión en el pecho?				
11 ¿Se siente nervioso, angustiado o ansioso? (Por favor precise brevemente)				
12 ¿Se siente cansado o decaído?				
13 ¿Se siente pesimista, piensa que las cosas le van a salir mal?				
14 ¿Le duele con frecuencia la cabeza o la nuca?				
15 ¿Está más irritable o enojón que antes?				
16 ¿Se siente inseguro, con falta de confianza en usted mismo?				
17 ¿Siente que le es menos útil a su familia?				
18 ¿Siente miedo de algunas cosas?				
19 ¿Ha sentido deseos de morir?				
20 ¿Se siente apático, como si las cosas que antes le interesaban ahora le fueran indiferentes?				

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Preguntas contestadas en la primera columna

(NO)

_____ X1= _____

Preguntas contestadas en la segunda columna

(POCO)

_____ X2= _____

Preguntas contestadas en la tercera columna

(REGULAR)

_____ X3= _____

Preguntas contestadas en la cuarta columna

(MUCHO)

_____ X4= _____

TOTAL = _____

Fecha _____

PUNTAJE	EQUIVALENTE A:
20 A 35	NORMAL
36 A 45	REACCIÓN DE ANSIEDAD
46 A 65	DEPRESIÓN MEDIA
66 A 80	DEPRESIÓN SEVERA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

APENDICE III

SXE

IDARE

Inventario de Auto evaluación

por c. D. Spelberger, A. Martínez-Urrutia, F. González-Reygoza, L. Natalicio y R. Díaz-Guerrero

Nombre: _____

Fecha: _____

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se <i>siente ahora mismo</i> , o sea, en <i>éste momento</i> . No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.	N E N L O	U N P O C O	B A S T A N T E	M U C H O
	A B S O L U T O			
1. Me siento calmado	1	2	3	4
2. Me siento seguro	1	2	3	4
3. Estoy tenso	1	2	3	4
4. Estoy contrariado	1	2	3	4
5. Estoy a gusto.	1	2	3	4
6. Me siento alterado	1	2	3	4
7. Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo	1	2	3	4
8. Me siento descansado	1	2	3	4
9. Me siento ansioso.	1	2	3	4
10. Me siento cómodo	1	2	3	4
11. Me siento con confianza en mí mismo	1	2	3	4
12. Me siento nervioso	1	2	3	4
13. Me siento agitado.	1	2	3	4
14. Me siento "a punto de explotar"	1	2	3	4
15. Me siento reposado	1	2	3	4
16. Me siento satisfecho	1	2	3	4
17. Estoy preocupado.	1	2	3	4
18. Me siento muy excitado y aturdido	1	2	3	4
19. Me siento alegre	1	2	3	4
20. Me siento bien	1	2	3	4

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

IDARE

Inventario de Auto evaluación

por c. D. Spelberger, A. Martínez-Urrutia, F. González-Reygosa, L. Natalicio y R. Díaz-Guerrero

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se siente <i>generalmente</i> . No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucha tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente <i>generalmente</i> .	C A S I N U N C A	A L G U N A S V E C E S	F R E C U E N T E M E N T E	C A S I S I E M P R E
21. Me siento bien	1	2	3	4
22. Me canso rápidamente	1	2	3	4
23. Siento ganas de llorar	1	2	3	4
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	1	2	3	4
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	1	2	3	4
26. Me siento descansado	1	2	3	4
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"	1	2	3	4
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas	1	2	3	4
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia.	1	2	3	4
30. Soy feliz	1	2	3	4
31. Tomo las cosas muy a pecho.	1	2	3	4
32. Me falta confianza en mí mismo	1	2	3	4
33. Me siento seguro	1	2	3	4
34. Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades	1	2	3	4
35. Me siento melancólico	1	2	3	4
36. Me siento satisfecho.	1	2	3	4
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	1	2	3	4
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	1	2	3	4
39. Soy una persona estable	1	2	3	4
40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	1	2	3	4

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Alarcón, Alonso, De la Fuente y otros.** (1998). Celos: Psicodinamia y Psicogénesis. México. Psiquiatría, Vol. 14 No. Enero-Abril.
- Andolfi, M.** (1992). Terapia Familiar. México: Paidós
- Asunción Lara Ma.** (1999). Estereotipos sexuales, trabajo extradoméstico y depresión en la mujer. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Salud Mental. México. Número Especial 1999.
- Barragán Mariano** (1990). Como pelear con su cónyuge. Manuscrito no publicado
- Barragán Mariano** (1990). Etapas de la pareja: Características, conflictos y manejo. Manuscrito no publicado.
- Beauvoir Simone.** (1981). El segundo sexo. La experiencia vivida. Argentina: Siglo veinte
- Berlanga C. y Zumaya Mario.** (1990). El disfraz somático de la Ansiedad. México: Artículo Roche
- Berlanga C.** (1999). El trastorno depresivo evaluado bajo una perspectiva fenomenológica. Salud Mental. V.22, No.4, ago.99.
- Bernhard Yetta.** (1981). Cómo resolver conflictos de pareja. (2ª. reimp.). México: Edit. Pax
- Branden Nathaniel.** (1996). El respeto hacia uno mismo. México: Paidós.
- Brito Crabtree.** (1998). Los Nuevos caminos de la Libertad, del psicoanálisis a la Logoterapia. México: Diana.
- Calderón Narváez.** (1989). Depresión: Causas, manifestaciones y tratamiento. México: Trillas.
- Calderón Narváez.** (1992). Cuestionario clínico para el diagnóstico de los cuadros depresivos. México. Revista Médica IMSS, mayo
- Caruso Igor.** (1982). La separación de los amantes: una fenomenología de la muerte. (9ª ed.). México: siglo XXI, edit.
- Carrasco, Ma. J.** (1996). ASPA. Cuestionario de aserción en la Pareja. Manual. Madrid: TEA. Publicaciones de Psicología aplicada.
- Cerón Maqueda.** (2003). La Depresión. ENEP-Iztacala Psicología. tlali.unam.mx/~recomedu/orbe/psic/artsept00/jenny.html. Enero.
- Collange Christiane.** (1989). No es Fácil ser Hombre: el mundo masculino visto por la mujer. (3ª. reimp.). México: Seix Barral

- Consejo Nacional de la Población.** López Ramírez Adriana. (2000). El perfil sociodemográfico de los hogares en México 1976-1997. México: CONAPO.
- Consejo Nacional de la Población.** (2000). Situación actual de la mujer en México. Diagnóstico sociodemográfico. (1ª. ed noviembre). México: CONAPO.
- Consejo Nacional de la Población.** (1998). Guía Práctica. Manejo del espectro Depresión-Ansiedad. Consenso México: CONAPO.
- Chalvin Marie J.** (1999). Los dos cerebros en el aula. Conocer la dominancia cerebral para mejorar la educación. Madrid, España: TEA Ediciones.
- Charles D. Spielberg, Díaz Guerrero.** (1970). IDARE, Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado. México: El Manual Moderno, S.A. de C.V.
- Chinoy Ely.** (1981). La Sociedad. Una introducción a la sociología. (11ª. reimp.) México: Fondo de Cultura Económica.
- Corbella Roig.** (1994). Vivir en Pareja. (6ª ed.) España: Ediciones Folio.
- Dethelefsen Thorwald y Dhalke R.** (1990). La Enfermedad como Camino. Una interpretación distinta de la medicina. España: Plaza & Janés edit.
- Díaz Meza José Luis.** (1995). Estudio de la respuesta farmacológica en neuronas del sistema límbico durante la administración intracisternal de hormonas. Tesis inédita de Maestría en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México. México, D.F.
- Estrada Inda.** (1992). El ciclo Vital de la Familia. (6ª. ed.). México: Posada
- Franks Helen.** (1988). Volver a Casarse. México: Paidós
- Fromm Erich.** (2000). El Arte de Amar. (reimp.). México: Paidós.
- García Valdéz.** (1992). La manera de enfrentar el amor en la estructura de la perversión. México, Xalapa. Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana.
- Genchi, Castilla, Soto.** Asociación entre impulsividad y Depresión en pacientes hospitalizados por intento suicida. Salud mental. México. V.20. No.1, mzo. 97.
- Gilbert M. y Shmukler D.** (2001). Terapia breve con parejas. Un enfoque integrador. México. Manual moderno
- González Valdés E.** (1995). Crecimiento a partir de la Crisis. Enfoque logoterapéutico. México: Coatl.

Herrera Flores Berenice. (2001). Nivel de depresión, ansiedad y atención en una población de alcohólicos y pacientes psiquiátricos. Tesis inédita de Licenciatura en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, D.F.

Ibáñez Brambila Berenice. (1992). Manual para la elaboración de Tesis. Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología. (1ª. Reimp.). México: Trillas.

INEGI. (2000). Indicadores Demográficos 2000. México.
http://gro.inegi.gob.mx/sociodem/español/demografico/dem_01.html

INEGI. (2000). Población de 12 años y más por sexo y grupos de edad y su distribución porcentual según estado conyugal 2000. México.

http://gro.inegi.gob.mx/sociodem/español/civil/civ_01.html

INEGI. (2000). Población total por sexo según grupos quinquenales de edad 2000.

http://gro.inegi.gob.mx/sociodem/español/sexo/sex_01.html

Instituto Nacional de la Salud (NIH). (2003). Depresión en el hombre. México. Internet enero

Instituto Nacional de la Salud (NIH). (2003). Depresión en la mujer. México. Internet enero
Falicov Celia (compiladora). (1991). Transiciones de la Familia. Continuidad y cambio en el ciclo de vida. Buenos Aires: Amorrortu editores.

Larousse (2001). Diccionario de la Lengua Española. (42ª. Reimp.). México: Larousse.

Jung C. (1967). Tipos Psicológicos. México: Editora Nacional.

Mahler Margaret. (1987). Simbiosis Humana. Las vicisitudes de la individuación. (5ª Reimp.). México: Joaquín Mortiz.

Makivar Lugo Daniela (2000). Depresión. Psiquiatría. Octubre.
www.percano.com.mx/prescripcionmedica/2000/octubre/depresion.html

Martínez Peniche Roger. (2002). La Magia del Perdón: la recuperación de la inocencia. México: Grijalbo.

Minuchin Salvador. (1974). Familias y Terapia Familiar. (4ª ed). España, Barcelona: Gedisa

Morales Ma. Luisa. (2001). Diplomado de Técnicas de Orientación de la Pareja. Manuscrito no publicado. Centro de Terapia Familiar Cencalli.

Morales, Ocampo, De La Mora, Calvillo. (1996). Validez y Confiabilidad del Cuestionario Clínico del Síndrome Depresivo. México: Archivo de Neurociencia. Vol. 1. No. 1:11-15.

- Morris, Desmond.** (2000). Masculino y Femenino: Claves de la sexualidad. España: Plaza & Janés.
- Nemeroff Charles B.** (1998). Neurobiología de la Depresión. Investigación y ciencia. Agosto.
- Papalia Diane y Windkos S.** (1986). Psicología del Desarrollo. (2ª ed.). México. Mcgraw-Hill.
- Ramírez, Ocampo, Mora y Calvillo** (1996). Validez y Confiabilidad del Cuestionario Clínico del Síndrome Depresivo. México. Vol. 1, No. 1:11-16. Archivo Neurociencia.
- Rattner Joser.** (1966). Psicología y Psicopatología de la vida amorosa. México: Siglo XXI editores.
- Rincón, Cortés, Díaz Martínez.** (1999). El reconocimiento de la expresión facial de las emociones. Salud Mental. V.22, No. 1, enero.
- Rivera Martínez.** (1998). Análisis criminológico del suicidio en el Distrito Federal. Salud Mental. V.22, No. 1, enero.
- Romo Laura.** (2001). Depresión y trastornos afectivos. Psiquiatría. Noviembre. www.percano.com.mx/prescripcionm.../depresion%20%20trastornos%afectivos.html
- Rojas Enrique.** (1999). El amor inteligente, corazón y cabeza: claves para construir una pareja feliz. México: Fin de siglo.
- Rojas Enrique.** (1999). La conquista de la voluntad. Cómo conseguir lo que te has propuesto. (1ª reimp.) México: Vivir mejor
- Rojas Enrique.** (1994). Remedios para el desamor. México: Fin de siglo.
- Sátir Virginia.** (1986). Psicoterapia Familiar Conjunta. México: la prensa médica mexicana, S.A. de C.V.
- Sátir Virginia.** (1988). En contacto íntimo. México: Concepto.
- Sheehy Gail.** (1987). Las Crisis de la edad Adulta. México: Grijalbo.
- Silva Madrid Cynthia.** (1999). Fluctuaciones afectivas durante el ciclo menstrual en una población de adultas jóvenes. Tesis inédita de Licenciatura en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México. México, D.F.
- Spielberger y Díaz-Guerrero.** (1975). IDARE Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado. México. Manual Moderno, S.A. de C.V.

Teruel T. Guillermo. (1974). Diagnóstico y Tratamiento de Parejas en Conflicto. México: Paidós.

Tordjman Gilbert. (1986). La Aventura de vivir en Pareja. (2ª Ed.). México: Gedisa.

Viorst Judith. (1995). El Precio de la Vida: las pérdidas necesarias para vivir y crecer. Argentina: EMECÉ editores.

Whitaker Carl. (1991). Danzando con la Familia. Un enfoque simbólico experiencial. México: Paidós.

Woodman, Shinoda, Eisler y otros. (1990). Ser Mujer. Barcelona: Kairós.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN