



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional
Programa de Profundización en Necesidades
Educativas Especiales

**Estrés y depresión en padres con hijos bajo tratamiento
psiquiátrico y servicio de Educación Especial**

Reporte de Investigación Empírica

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :

Manuel Fragozo Hernández

Director: Dr. Javier Tadeo Sánchez Betancourt

Dictaminador: Lic. Gustavo Montalvo Martínez



Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México, Junio 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer ampliamente a todos los padres de familia participantes en éste estudio que gracias a su disposición, tiempo y sobre todo confianza, pude lograr concluir la presente investigación.

Al jefe del área de desarrollo cognitivo del hospital psiquiátrico el Lic. Miguel Ángel Angulo González, por permitirme llevar a cabo la investigación, proporcionarme todas las facilidades para concluir mi proyecto y por todo el aprendizaje que me compartió durante más de un año que duró mi estancia en el hospital.

A mi director de manuscrito recepcional el Dr. Javier Tadeo Sánchez Betancourt por su asesoría.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS.....	2
RESUMEN.....	5
ABSTRAC.....	6
INTRODUCCIÓN.....	7
1. DEPRESIÓN.....	10
1.1. Antecedentes de la depresión.....	10
1.2. Definición.....	12
1.3. Sintomatología.....	14
1.4. Evaluación y diagnóstico.....	15
1.5. Tipos de depresión.....	16
1.6. Datos estadísticos.....	19
2. ETIOLOGÍA.....	21
2.1. Factores genéticos.....	21
2.2. Neurobiología de la depresión.....	22
2.2.1. Neuroquímica de la depresión.....	22
2.2.2. Bases neuroanatómicas de la depresión.....	24
2.3. Factores psicológicos.....	25
2.4. Factores sociales.....	26
3. ESTRÉS.....	27
3.1. Antecedentes del estrés.....	27
3.2. Definición.....	28
3.3. Signos y síntomas.....	29
3.4. Causas del estrés y afrontamiento.....	30
3.5. Estudios sobre depresión y estrés.....	31
4. MÉTODO.....	34
4.1. Justificación del estudio.....	34
4.2. Planteamiento del problema.....	35
4.3. Objetivo general.....	35
4.3.1. Objetivos específicos.....	35
4.4. Variables.....	35
4.4.1. Definición conceptual.....	36
4.4.2. Definición operacional.....	36

4.5.	Hipótesis	37
4.6.	Muestra	37
4.6.1.	Participantes	37
4.6.2.	Escenario	38
4.6.3.	Criterios de inclusión y exclusión	38
4.7.	Tipo y diseño de investigación	39
4.8.	Instrumentos	39
4.9.	Procedimiento	40
4.10.	Análisis de datos	41
5.	RESULTADOS	42
5.1.	DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	46
	REFERENCIAS	49
	ANEXOS	53

RESUMEN

Esta investigación tuvo la finalidad de conocer la correlación entre depresión y vulnerabilidad al estrés entre los padres de familia con hijos bajo tratamiento psiquiátrico y servicio de educación especial del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro en la ciudad de México.

La investigación fue de tipo cuantitativa con un diseño de corte transversal, la muestra conformada por 48 padres, entre 32 y 69 años, 44 mujeres y 4 hombres, procedentes de la Ciudad de México, Estado de México y Morelos, participantes con hijos con trastornos como: Retraso Mental, TDAH, Autismo, Asperger, Trastorno Generalizado del Desarrollo y Depresión. A la muestra se aplicó el inventario de depresión de Beck (BDI-II) y Test de Vulnerabilidad al Estrés de L. H. Miller y A.D. Smith.

Se realizó análisis correlacional de Pearson 0.816, $p < 0.01$, demostrando correlación alta entre vulnerabilidad al estrés y depresión, la prueba t de student con valor $p < 0.01$ muestra diferencias significativas entre trastorno del hijo y depresión del padre, con análisis descriptivo de frecuencias se notó que la depresión grave (por niveles) está relacionada con el TDAH y el mayor número de casos depresivos con el retraso mental.

Palabras clave: Depresión, Estrés, Trastorno, Cuidador principal.

ABSTRAC

This research had the purpose of knowing the correlation between depression and vulnerability to stress between the parents with children under psychiatric treatment and special education service of the Children's Psychiatric Hospital Dr. Juan N. Navarro in Mexico City.

The research was of a quantitative type with a cross-sectional design, the sample comprised of 48 parents, aged 32-69 years, 44 women and 4 men, from Mexico City, State of Mexico and Morelos, participants with children with disorders Such as: Mental Retardation, ADHD, Autism, Asperger's, Generalized Developmental Disorder and Depression. The Beck Depression Inventory (BDI-II) and Stress Vulnerability Test of L. H. Miller and A.D. Smith.

Pearson's correlation analysis was 0.816, $p < 0.01$, showing a high correlation between vulnerability to stress and depression, Student's t test with p value <0.01 shows significant differences between son's disorder and father's depression, with descriptive analysis of Frequencies it was noted that severe depression (by levels) is related to ADHD and the highest number of depressive cases with mental retardation.

Key words: Depression, Stress, Disorder, Main caregiver.

INTRODUCCIÓN

El propósito fundamental de esta investigación fue conocer si existe una relación directa entre los niveles de vulnerabilidad al estrés con respecto a la depresión, tanto del índice de prevalencia de ésta última, como de sus distintos niveles. Esto aplicado a los cuidadores principales que tienen bajo su responsabilidad a hijos con algún trastorno, que a su vez estén bajo tratamiento pertinente psiquiátrico y en el servicio de educación especial, todo con la finalidad de descubrir la relación entre las dos variables y el analizar si la depresión en los padres es variable de acuerdo al trastorno de los hijos.

En estudios anteriores se ha encontrado que las mujeres suelen ser quienes son más propensas a padecer depresión en comparación con los hombres y son ellas quienes por lo regular son las responsables principales del cuidado de los hijos (Berenzon, Lara, Robles, & Medina, 2013). En este sentido tras estudios realizados por Vargas (2014) señala que existen diversos tipos de familias, haciendo mención que hay familias que incluyen a padres e hijos, otras con parientes cercanos, varias familias nucleares viviendo en un mismo sitio, entre otras, con lo que una alteración por depresión o estrés en alguno de sus miembros, puede alterar las dinámicas familiares.

Acorde a las estructuras familiares en estudios previos se llegó a conocer que los trastornos más comunes encontrados en un contexto familiar cuando existe separación o alteración de dinámica familiar por la presencia de algún estresor son: depresión, distimia, ansiedad, agorafobia, fobia social, entre otros; donde las mujeres son quienes están mayoritariamente afectadas con cuadros depresivos y de ansiedad (Soriano, De la torre, & Soriano, 2003).

Bajo esta línea de estudios previos se conoce que familiares que tienen uno de sus miembros afectados con la enfermedad de Alzheimer pueden alterar la dinámica de la familia y con ello representar un cúmulo de estresores ante los cuales, quien es el cuidador principal de las personas con esta condición presentan niveles de estrés, ansiedad y depresión en algún momento de su vida por toda la sobre carga de trabajo extra que ello representa (Méndez, Giraldo, Aguirre, & Lopera, 2010).

Pero qué hay de los desórdenes mentales en cuanto a los temas de estrés y depresión, se puede citar que existen pruebas basadas en estudios donde señalan que los niveles de estrés crónico se relacionan cuando los padres tienen hijos con autismo, lo cual hace que se modifique toda la estructura familiar y personal de quien se hace responsable en primera instancia de los hijos con esta condición y no solamente el estrés crónico estaría presente, sino otro tipo de afectaciones como lo es la depresión, ansiedad y enfermedades cardiovasculares (Pozo, Sarriá, & Méndez, 2006; Martínez & Bilbao 2008)

Por estas razones la importancia de conocer cuál es la relación entre variables estrés y depresión en los padres de familia quienes son los cuidadores principales de hijos con algún trastorno psiquiátrico en una muestra mexicana, tiene una gran relevancia, ya que permite saber si la vulnerabilidad al estrés bajo estas circunstancias es uno de los factores para desarrollar depresión y en qué medida ésta se podría presentar.

En esta investigación la hipótesis fue que los cuidadores principales que tienen hijos con tratamiento psiquiátrico presentan un nivel de depresión correlacionado con el estrés. Además se plantearon objetivos que permitieron conocer si existen diferencias significativas con respecto al índice de depresión del cuidador principal con respecto al trastorno de sus hijos, así como, analizar en qué niveles se presentan según esta distinción, finalmente medir la vulnerabilidad al estrés de los padres es de suma relevancia ya que representa el factor principal para presentar un cuadro clínico depresivo.

Éste estudio se llevó a cabo con padres de pacientes que acuden al Hospital psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro de la ciudad de México, mismos que llevan a sus hijos para tratamiento multidisciplinar, acuden con sus hijos por tratamiento psiquiátrico y apoyo del servicio de educación especial, ellos fueron el objetivo de esta investigación ya que existe una amplia demanda del servicio y muchos de los padres señalan que es complicado seguir el tratamiento y que eso les genera estrés, con lo que, por diversas circunstancias hay pérdida de citas médicas y de servicios distintos, por ende las adherencias terapéuticas se ven afectadas y sobre todo la salud integral tanto del paciente como de su familiar.

En este sentido se encontró que la correlación entre la vulnerabilidad al estrés y la depresión es alta en los padres de familia, además de conocer que dependiendo del trastorno de los hijos, el grado de afectación por depresión en los padres es alto, sobre todo cuando el hijo presenta Retraso Mental comparado con otros trastornos, y, en cuanto a la severidad de depresión (niveles graves), el trastorno asociado suele ser el TDAH, donde esto último se contrasta con las investigaciones previas que aludían al autismo como el factor principal.

Esta investigación tendrá una implicación práctica para prestar focos atencionales también a los padres de familia que sean vulnerables a presentar depresión, ya que son pilares para el seguimiento de los tratamientos y adherencias terapéuticas de los pacientes, con lo cual, al obtener los datos empíricos, se dará un sustento para la correcta canalización a los servicios pertinentes que también brinda la institución, fortaleciendo la salud integral del familiar y del paciente.

1. DEPRESIÓN

1.1. Antecedentes de la depresión

A lo largo de la historia el término depresión ha pasado por una metamorfosis para su definición, una referencia se encuentra en el antiguo testamento el cual hablaba del rey Salomón, refiriéndose a éste como afligido por un “espíritu maligno” y que al final termina cometiendo suicidio (Garay, 2005).

El primero en describir la depresión fue el considerado padre de la medicina; Hipócrates, quien vivió en la antigua Grecia en el siglo IV a. C. Pasando de una explicación sobrenatural a una de tipo naturalista (Garay, 2005). La explicación hipocrática mencionaba a la depresión bajo el término de melancolía, del griego: melan (negro) y colía (bilis), es decir, “bilis negra”. Esto relacionado con su teoría de los 4 humores corporales, donde un desequilibrio de alguno de estos humores ocasionaba una alteración física y mental, en este sentido; la bilis negra en exceso produciría un estado de patología melancólica, aflicción y estado de ánimo decaído (Aguirre, 2008). Hipócrates y Galeano proponen una clasificación de personas de acuerdo a las diferencias que predominaban en sangre, flema y bilis, siendo esta última de tipo amarilla o negra mencionada anteriormente, lo cual originaba distintos tipos de personalidad; sanguíneo, flemático, colérico y melancólico (García, Moya, & Rodríguez, 1992).

Durante la época donde la cultura estaba refugiada en monasterios y catedrales, en el ámbito del monacato, comienza a hablarse del término “Acedia”; usando ésta palabra para referirse a la dejadez, inhibición, apatía, angustia, pereza y tristeza. Fue el monje Juan Casiano quien introduce en occidente el término de acedia, describiendo a su vez ocho vicios. David Ausburgo, en el siglo XIII, señala que la acedia tiene tres tipos; la primera hace alusión a la amargura, donde la mente es incapaz de sentir alegría, no desea compañía humana, sentimientos de desesperación, desconfianza, entre otros aspectos, lo que conduce a quien posee acedia al suicidio. El segundo tipo es de indiferencia indolente, ociosidad, evade dificultades e induce al sueño y finalmente el tercero de estos es el fastidio por todo

lo teológico; y, en todo lo demás se presenta un estado de buen humor. En relación a lo anterior, la acedia era uno de los pecados en la edad media, inducida por un ente diabólico mientras que la melancolía se trataba de una enfermedad corporal (Aguirre, 2008).

Época del renacimiento, se habla nuevamente del término melancolía, añadiendo factores psicológicos y distinguiendo entre estados de hipertimia y distimia. Sumando a su vez el término de temperamento melancólico. Pero fue a partir de la ilustración donde se habla en primera instancia del concepto de depresión para señalar un estado de supresión mental, del espíritu, agotamiento del sistema nervioso, además de transformar y distinguir entre estado de bipolaridad de euforia-disforia. En la actualidad el término depresión se suele emplear para describir un especie de síndrome de hundimiento vital, es decir, sentimientos de abatimiento, postración, inhibición el estado anímico que hace sentir a quien padece depresión, una especie de decaimiento hacia la oscuridad vital y deseos de muerte (Aguirre, 2008).

Cabe mencionar que la depresión tiene un lenguaje sintomático transcultural; es decir, en cada cultura se tiene una concepción de lo que es la depresión y una explicación a ésta, de manera distintiva entre cada grupo sociocultural. Por ejemplo: las sociedades occidentales tienden a ser competitivas e individualistas, con tendencia a mayor incidencia de depresión por todo lo que ello conlleva, por lo cual necesitan euforizantes que les hagan sentir deseos de vivir más plácidamente y minimizar síntomas depresivos como abulia, tristeza, angustia, sentimientos de inferioridad, entre otros; en este sentido, las sociedades occidentales son quienes con mayor frecuencia hacen uso de los estimulantes como la cafeína, alcohol, nicotina, ó, acciones compulsivas; comprar, bulimias, riesgos de velocidad, entre otros, todo con el fin de tener un estado de ánimo elevado, pero, una vez terminado el estado de plenitud existe una tendencia a volver a ese hundimiento anímico inicial y con ello la necesidad de mayor consumo de estimulantes y/o acciones que ayuden a mantener un estado de ánimo placentero (Aguirre, 2008).

En contraste con las sociedades occidentales, las comunidades primitivas suelen tener grupos en donde se comparten dolencias, alegrías, tristezas y estados depresivos, sus

contextos son diferentes, así mismo, los síntomas depresivos son mejorados por todo el colectivo donde se asume el problema como comunitario y es el sujeto con problemas apoyado por los individuos que componen al grupo, siguiendo ésta línea la depresión es vivenciada de manera distinta entre culturas. Las sociedades urbanas al ser individualistas en su mayoría, la depresión es vivenciada en lo individual y a veces negada, lo cual puede tener costos socioeconómicos y psicológicos elevados en periodos de corto a mediano plazo, comparado con las comunidades primitivas donde la comunidad ayuda cuando alguien expresa sus malestares y recibe apoyo de los demás integrantes, lo cual diluye el dolor entre grupo, contrastando todo esto, el urbanismo cuenta con individuos quienes suelen tener sobrecargas emocionales, manifestando llanto en privado y sentimientos de culpa vividos de manera personal, mostrando aquí, vicios privados y virtudes públicas (Aguirre, 2008).

1.2. Definición

La depresión es definida por la Organización Mundial de la Salud (2012) como un trastorno mental frecuente, caracterizado por la presencia de sentimientos de tristeza, pérdida de interés (abulia) o placer (anhedonia), sentimientos de culpa, falta y/o disminución de autoestima, puede volverse crónica y dificultar el desempeño en las actividades cotidianas, conduciendo a una serie de malestares somáticos y alteraciones físicas y mentales.

La depresión es una enfermedad que altera al organismo en general, desde la parte psíquica hasta la física, se caracteriza por una serie de sentimientos persistentes de inutilidad, pérdida de interés por el mundo y falta de esperanza en el futuro, que modifica negativamente la funcionalidad del sujeto. Haciendo mención distintiva de la depresión como un síntoma de otra enfermedad o un trastorno del estado de ánimo (Baena, Sandoval, Urbina, Juárez, & Villaseñor, 2005).

Acorde a Garay (2005) la depresión es una enfermedad severa, medicamente altera los procesos de memoria, pensamiento, estados de ánimo y físicos, por ende es una alteración que se ve reflejada en el comportamiento. Es de suma importancia un diagnóstico oportuno

y distinguir entre depresión, ó, signos y síntomas de otras enfermedades, así como, malestares tales como; estrés, insomnio, exceso de trabajo, etcétera.

La depresión tiene una distinción por su origen, puede ser de tipo endógena o exógena (también conocida como reactiva) la primera de ellas se da por factores de tipo genéticos, heredando depresiones por desregularización de neurotransmisores, en específico, bajos niveles de serotonina en el encéfalo, por lo regular este tipo de depresión con éste factor endógeno proviene de personas con depresión mayor, maniaco depresivos, entre otros (Aguirre, 2008).

Por otro lado la depresión exógena o reactiva, responde a un cúmulo de factores externos psicosociales y son de tipo biográficos; es decir, la depresión como respuesta ante estresores que surgen a lo largo de la historia de vida de los individuos, como la pérdida de un objeto o serpreciado, pérdida de la vida, desarraigo, emigración, nido vacío, pérdida de espacios, estatus, autocontrol, por mencionar algunos. Cabe señalar que la depresión de éste tipo, también se puede deber a otros factores, por ejemplo, ingesta de medicamentos, abuso de sustancias, lo que podría ocasionar un cuadro clínico de depresión como efecto secundario (Aguirre, 2008).

Varias son las esferas que se alteran cuando existe depresión; la parte cognitiva, somática y conductual. En la parte cognitiva el individuo tiene una desregularización de pensamientos y estado de ánimo decaído, presenta aspectos como: el aburrimiento, baja autoestima, tristeza, dudas obsesivas, enlentecimiento mental, dificultades para comunicarse, sufre por vivir, la vida suele verse a través de metáforas como, estar en un túnel oscuro, sentimientos de vacío, la vida se ve en color negro, etcétera. Ésta esfera se acompaña de un humor depresivo, pensando que la muerte es la única solución ante el estado de ánimo decaído, así como la incapacidad de compartir emociones placenteras (Aguirre, 2008).

La esfera somática se refiere a todos los síntomas de una persona cuando posee depresión, como: trastornos del ritmo circadiano como el sueño roto, inhibición por la mañana, falta de apetito, ansiedad, alteración en la vigilia, insomnio, alteraciones de la memoria, malestares

como el agotamiento sin haber realizado una actividad previa, problemas atencionales, falta de energía, cefaleas ocasionadas por el llanto excesivo, disminución de defensas lo que deja a las personas vulnerables a adquirir alguna otra enfermedad, desmotivación sexual, intento suicida, hipocondriasis, apatía, aislamiento, etcétera (Aguirre, 2008).

Por último la esfera conductual; que por lo regular suele ser más notable, ya que representa a esos signos observables en el cambio conductual de una persona cuando padece depresión, sus conductas son desregularizadas comparándolas antes de la depresión y al tener la misma, algunos aspectos conductuales manifiestos son: poca interacción y comunicación, hostilidad, anergia, dormir pocas horas unos días e incluso insomnio, contrastando el dormir la mayor parte del día, pesadillas, quedarse encerrado, bajo rendimiento laboral y/o académico, abulia, fobias, obsesiones, comer por impulso, entre otros. Debido a las esferas afectadas, así como, el origen endógeno y/o exógeno, la depresión es considerada una afectación de tipo psicofísica con diferentes desregularizaciones implicadas, afectando la funcionalidad, calidad y estilo de vida, lo que puede poner en riesgo la vida de quien la padece (Aguirre, 2008).

1.3. Sintomatología

Siguiendo a Baena, Sandoval, Urbina, Juárez y Villaseñor (2005) la sintomatología de la depresión en los individuos comprende: desesperanza, insatisfacción, ansiedad, disminución o aumento de apetito, dificultad para dormir y en el periodo de insomnio recuerdan sus problemas, cansancio, irritabilidad, desinterés, anergia, culpabilidad, pensamientos de muerte, bajo rendimiento escolar o laboral, tristeza, llanto o incapacidad para llorar y aislamiento.

Las tres esferas mencionadas por Aguirre (2008) la parte cognitiva, sintomática y conductual, como líneas arriba se mencionaba, tienen un listado de síntomas en cada una de ellas, con lo cual los signos y síntomas presentes pueden hacer alusión a posibles estados depresivos en los individuos.

1.4. Evaluación y diagnóstico

Para el diagnóstico de la depresión, se lleva a cabo a través de entrevistas con el paciente, rastreando antecedentes familiares, informes de terceros, así como, aplicación de pruebas basadas en sintomatología depresiva, perfiles clínicos, análisis funcionales de conducta, el uso de psicometría aplicada por personal capacitado y seguimiento de criterios sintomáticos para detectar depresión (Baena, Sandoval, Urbina, Juárez, & Villaseñor, 2005).

Para el diagnóstico de acuerdo a criterios del DSM-5, 5 o más de los siguientes síntomas deben de estar presentes en un período de dos semanas y con un cambio de funcionamiento previo notable, al menos uno de los síntomas presentes debe de ser del estado de ánimo deprimido o pérdida del interés o placer, los síntomas causan malestar clínicamente significativo así como deterioro social, laboral u otras áreas del funcionamiento en los individuos, cabe mencionar que el episodio no debe ser por etiología de abuso de sustancias u otra enfermedad, los síntomas se enlistan a continuación: (American Psychiatric Association, 2013).

- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas.
- Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las cosas la mayor parte del día o casi todos los días.
- Pérdida del peso sin razón aparente o aumento del mismo y disminución del apetito.
- Insomnio o hipersomnia casi a diario.
- Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.
- Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

- Sentimiento de inutilidad, culpabilidad excesiva o inapropiada casi a diario.
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, así como, la toma de decisiones casi todos los días.
- Pensamientos de muerte recurrentes, ideas suicidas o plan para llevarlo a cabo de manera específica.

Los autores Baena, Sandoval, Urbina, Juárez y Villaseñor (2005) mencionan un listado elaborado por el Dr. D. Francisco Alonso Fernández en las que presenta cuatro dimensiones de síntomas, las cuales son: dimensión de humor depresivo, anergia, discomunicación y ritmopatía.

1.5. Tipos de depresión

La depresión puede describirse de manera diferencial como un trastorno biológico o una respuesta al estrés psicosocial, con lo cual se parte de dos formas básicas de depresión, la de tipo endógena y la exógena (Guadarrama, Escobar, & Zhang, 2006).

La depresión exógena o reactiva tiene como base factorial una causa de tipo externa que generalmente está bien definida debido a un estresor externo, como puede ser, la pérdida de un familiar, alguna enfermedad, pérdida de posición social y experiencias de vida traumáticas. Cuando la depresión no tiene una causa de tipo externa manifiesta, se puede decir que es de tipo endógena, debido a que es determinada por una alteración biológica, como en los casos de bipolaridad (maniaco-depresiva) o unipolar (depresiva). En este sentido, la depresión está determinada por estímulos multifactoriales, y, un común denominador es el constituir estresores con valor afectivo en un individuo, estos valores afectivos son diferentes debido a las experiencias de cada persona. Es por esta razón que el estrés es un factor importante para que el estado depresivo exógeno se genere, pero éste tipo de depresión no puede separarse de los componentes endógenos biológicos (fisiológicos y hormonales) ya que son concomitantes con el estrés, por ello que la depresión reactiva depende de factores ambientales y de substratos biológicos (genéticos, bioquímicos y moleculares) ya que al estar presentes rompen la homeostasis anímica por

una alteración conjugada externa-interna-externa y una alteración en el funcionamiento cerebral (Guadarrama, Escobar, & Zhang, 2006).

Entre los trastornos depresivos más comunes se encuentran el trastorno depresivo grave y la distimia. El primero de ellos, depresión grave, tiene una serie de síntomas que imposibilita o disminuye la capacidad para trabajar, interferencia en el sueño, estudiar, comer, el no disfrutar de las actividades placenteras, incapacitando a las personas a desenvolverse con normalidad, puede tener una recurrencia una vez en la vida de los individuos o presentarse de manera frecuente a lo largo de la vida (Instituto Nacional de Salud Mental, 2009).

Este tipo de depresión (grave o mayor) puede presentarse con recaídas, después del primer episodio hay una probabilidad mayor del 50% de padecerla nuevamente. Ocurre entre los 25 y 44 años de edad, siendo más frecuente en mujeres que en hombres, algunos factores son exógenos como pérdidas significativas y factores estresantes (Garay, 2005).

Trastorno distímico, ó, distimia: presenta síntomas de larga duración de aproximadamente dos años o más, aunque no suelen ser tan graves, pueden no incapacitar a las personas pero si impiden el desarrollo de la vida normal, el sentirse bien, ser menos productivo, dificultades para concentrarse, irritabilidad y aislamiento por mencionar algunos. Los sujetos que padecen distimia, pueden llegar a presentar episodios de depresión grave a lo largo de la historia de sus vidas (Instituto Nacional de Salud Mental, 2009).

Personas que presentan distimia, mencionan haber tenido sentimientos de depresión en la infancia o adolescencia, algunos la desarrollan después de los 50 años de edad, recurrentemente después de una enfermedad, cerca del 75% de las personas con distimia suelen tener otros problemas de salud (Garay, 2005).

El trastorno bipolar también conocido como enfermedad maniaco-depresiva, ó, depresión maníaca, no suele ser común como la depresión grave o la distimia (Instituto Nacional de Salud Mental, 2009). Esta enfermedad incluye depresión y euforia (manía) de manera polarizada, en su fase maníaca las personas que la padecen suelen sentir gran energía, con

signos y síntomas que incluyen: euforia anormal o excesiva, energía marcadamente aumentada, disminución de la necesidad de dormir, irritabilidad inusual, creencias irreales en las propias capacidades y poderes, conversación incrementada, pensamientos atropellados, juicio deficiente, deseo sexual aumentado, comportamiento social provocativo o agresivo, abuso de alcohol y sustancias psicoestimulantes; a su vez, por ser una alteración polar y cíclica, el intercambio entre euforia y depresión suele ser de larga duración y con periodos prolongados en cada una de sus fases (Garay, 2005).

Depresión psicótica, ocurre cuando la depresión grave es acompañada de un brote psicótico, lo que hace que las personas que la padecen, tiendan a una ruptura con la realidad, con síntomas depresivos graves acompañados de alucinaciones y delirios (Instituto Nacional de Salud Mental, 2009).

Depresión posparto, es característico de las mujeres después de dar a luz, sufriendo depresión grave (con síntomas comunes a éste tipo de depresión) en el periodo del primer mes después del alumbramiento, se calcula que entre el 10 y 15% de las mujeres desarrollan éste tipo de depresión (Instituto Nacional de Salud Mental, 2009).

Trastorno afectivo estacional, tiene como característica su aparición en los meses invernales, al disminuir las horas de exposición solar, desaparece por lo regular en primavera y verano. Se dice que el 50% de las personas que padecen este tipo de afectación suelen responder mejor ante medicamentos antidepresivos y psicoterapia, de manera independiente o combinada, en comparación con terapia de luz que no tiene un efecto tan positivo al eliminar éste padecimiento (Instituto Nacional de Salud Mental, 2009).

En este sentido al haber inhibición de luz, el cerebro tiene un aumento en la concentración de melatonina, que es una hormona que controla el estado de ánimo y que es producida en la oscuridad, es por esta razón que en países con inviernos largos éste trastorno es recurrente, afectando más a mujeres que a hombres, en un promedio de edad de 23 años, y al avanzar la edad el riesgo de padecer depresión estacional disminuye (Garay, 2005).

Depresión según sus niveles, que van desde el nivel leve al grave. La depresión leve presenta síntomas que no son tan intensos y que tienen una interferencia no tan severa en la vida diaria y en las relaciones de tipo socioafectivo de los sujetos que la padecen, existiendo pérdida de interés, capacidad de disfrutar y fatiga como síntomas más comunes. La depresión moderada tiene una sintomatología intensa que altera el ámbito laboral, académico, familiar y relaciones sociales, así como, actividades domésticas. Finalmente la depresión grave, hace que las personas que la padecen sean incapaces de realizar su trabajo, altera el autocuidado, se acompaña de angustia o agitación, autoestima baja, sentimientos de inutilidad y culpa, finalmente hay una tendencia de riesgo suicida, con sintomatología de depresión severa (Garay, 2005).

1.6. Datos estadísticos

Epidemiológicamente la depresión es un trastorno que afecta más a las mujeres que a los hombres en relación dos a uno (Franchi, 2001). En el mundo la depresión es la cuarta causa discapacitante en cuanto a pérdida de años de vida saludable, en México ocupa el primer lugar de discapacidad para las mujeres y el noveno en los hombres (Berenzon, Lara, Robles, & Medina, 2013).

La Organización Mundial de la Salud (2012) prevé que la depresión en el año 2020, será la segunda causa de discapacidad en el mundo, tan solo después de las enfermedades cardiovasculares.

La depresión se estima que afecta a 350 millones de personas en el mundo, con prevalencias que oscilan entre 3.3 y 2.4%. Suele comenzar en edades tempranas, reduciendo sustancialmente el funcionamiento de las personas que la padecen, con costos económicos y sociales altos, por ello que está dentro de los primeros lugares de enfermedades de tipo discapacitante en el mundo (Berenzon, Lara, Robles, & Medina, 2013).

Datos recabados en la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica muestran que 9.2 % de mexicanos sufrieron trastornos afectivos en algún momento de la vida y 4.8% en los 12 meses previos al estudio, mayormente en mujeres (10.4%) que en los hombres (5.4%). En países como Estados Unidos, Brasil y Europa más del 15% ha padecido depresión mayor y 6% durante el año anterior, en países de Latinoamérica como lo son Colombia y Chile la situación es similar a las estadísticas registradas en México (Berenzon, Lara, Robles, & Medina, 2013).

Las personas con depresión suelen perder hasta 2.7 días de trabajo que aquellas con otro tipo de enfermedades crónico degenerativas como la diabetes, trastornos respiratorios, enfermedades cardíacas, artritis entre otros. La edad estimada de inicio de los trastornos psiquiátricos en México se ubica en las primeras décadas de la vida (50% de los casos) de los adultos que han sufrido algún padecimiento mental, antes de cumplir los 21 años. Siendo así, los trastornos depresivos presentes antes de los 18 años los cuales tienen una tendencia a desarrollar enfermedades más crónicas y de mayor duración. El índice de depresión mayor en jóvenes es de 7.8% y de distimia un 0.85% en población Mexicana. En contraste con adultos mayores de 65 años, se encuentra una prevalencia de 20% y con mayor frecuencia en viudos y personas solteras (Berenzon, Lara, Robles, & Medina, 2013).

Entre un 5 y 25% mujeres mexicanas padecen de depresión posparto, así como 14.1% presencia de depresión mayor en mujeres y otro 18.5% para depresión menor. Las personas con diabetes tienen el doble de probabilidad de presentar depresión, para las personas con asma y obesidad es el triple de posibilidad, y cinco veces más para aquellas con dolores crónicos, así mismo, las personas con depresión son mayormente vulnerables a presentar enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer, mismas enfermedades que equivalen al 60% de muertes alrededor del mundo (Berenzon, Lara, Robles, & Medina, 2013).

En el territorio nacional, se observa que menos del 20% buscan ayuda para tratar la depresión y, se estima que, aquellas personas que buscan ayuda profesional tardan hasta 14 años en llegar a un tratamiento especializado. Se sabe que aproximadamente un 50% de los pacientes que acceden a servicios de salud reciben tratamiento mínimo y adecuado, es

decir, cuatro sesiones de psicoterapia y, prescripción psicotrópica, dos visitas al médico o psiquiatra y tratamiento farmacológico en periodos cortos (Berenzon, Lara, Robles, & Medina, 2013).

2. ETIOLOGÍA

Desde la mitad tardía del siglo XX con el uso de la tecnología y la metodología experimental, se han llevado a cabo numerosos estudios en pacientes con depresión a largo plazo, destacando que existen dos tipos de este trastorno, exógeno y endógeno, donde las causas de la mayoría de los casos se deben a una combinación de factores de tipo genéticos, químicos y psicosociales (Guadarrama, Escobar, & Zhang, 2006).

2.1. Factores genéticos

Las personas con depresión grave y sintomatología de depresión endógena, responden a un factor de influencia genética, sobre todo en parientes de primer grado, como lo son: padres, hermanos o hijos, lo cual muestra que en estos casos, el trastorno es adquirido de manera independiente del ambiente. Para los trastornos del estado de ánimo se han localizado marcadores genéticos potenciales en los cromosomas X, 4, 5, 11, 18 y 21. En un estudio reciente para conocer porqué personas pueden y otras no presentar depresión ante una situación estresante específica, se logró encontrar que un polimorfismo funcional en la región promotora del gen transportador de la serotonina (5-HTT) modulaba la influencia de los eventos estresantes cotidianos a la depresión. Los individuos con una o dos copias del alelo corto 5-HTT mostraban más síntomas depresivos y tendencias suicidas en relación con quienes poseían un solo alelo, lo cual demuestra que la organización genética de un individuo es uno de los factores para responder ante las situaciones estresantes ambientales que pueden originar depresión (Guadarrama, Escobar, & Zhang, 2006).

2.2. Neurobiología de la depresión

Existen investigaciones que indican que hay una serie de áreas cerebrales que están implicadas en la fisiopatología de la depresión, así como, alteraciones en la química cerebral, lo que hace que una desregularización de neurotransmisores tiendan a alterar el funcionamiento de las áreas del cerebro y con ello desencadenar depresiones y sus distintos tipos, tanto para las de tipo exógena como endógena (Guadarrama, Escobar, & Zhang, 2006).

2.2.1. Neuroquímica de la depresión

Autores como Guadarrama, Escobar y Zhang (2006) señalan que niveles anormales en concentraciones de neurotransmisores como la serotonina (5-hidroxitriptamina, 5HT), norepinefrina y dopamina, que son neurotransmisores aminérgicos podrían ser importantes en la fisiopatología de la depresión, ya que éstos actúan en las neuronas del sistema nervioso central. Dichos neurotransmisores se describen a continuación:

La serotonina es un neurotransmisor relacionado con la conducta, estado de ánimo, movimiento, umbral del dolor, actividad sexual, apetito, secreciones endocrinas, funciones cardíacas y el ciclo de sueño-vigilia, éste neurotransmisor se genera en los núcleos del raquídeo, en específico en el noveno núcleo de éste, localizado entre la línea media del puente y el bulbo raquídeo, estructuras que forman parte del tallo cerebral (Guadarrama, Escobar, & Zhang, 2006).

Se produce a partir del aminoácido triptófano, que se transporta a través de la barrera hematoencefálica hasta las neuronas, por medio del transportador neural de aminoácidos LNAA el cual a su vez transporta otros aminoácidos más como la tirosina, valina, leucina e isoleucina a través de la barrera hematoencefálica, por ello el triptófano compite con estos aminoácidos en el cuerpo y una vez dentro de la neurona se sintetiza en serotonina (Guadarrama, Escobar, & Zhang, 2006).

La norepinefrina también conocida como noradrenalina, se genera en el locus coeruleus (LC) que es un núcleo del encéfalo que forma parte de la formación reticular ubicado en el tallo cerebral, el locus coeruleus envía sus axones a partes del sistema límbico como la amígdala, hipocampo y corteza prefrontal, posee actividad tónica como marcapaso. La actividad del LC aumenta en la vigilia y en episodios de estrés, en este sentido contribuye en el estado de alerta del organismo para sobrevivir. La carencia de este neurotransmisor o su desequilibrio junto con la serotonina suele ser la causa de la psicosis depresiva unipolar o bipolar. El aminoácido tirosina es el precursor para la síntesis de norepinefrina, ya que la tirosina se convierte primero en dopa (dihidroxifenilalanina) por la tirosina-hidroxilasa, después en norepinefrina al añadirse una reacción por la presencia de la enzima dopamina-beta-hidroxilasa (Guadarrama, Escobar, & Zhang, 2006).

La dopamina es un neurotransmisor inhibitorio, encontrado en las vías mesocortical y mesolímbica, participando en el sistema de alerta, se deriva del aminoácido tirosina y se sintetiza por la misma vía por la cual se genera la norepinefrina. Se genera por neuronas en la pars compacta del Locus níger, así como, en neuronas ventrales del tegmento mesencefálico, generando una vía entre la sustancia negra y el cuerpo estriado, la misma vía que va del área tegmental ventral del mesencéfalo hacia el nucleus accumbens del sistema límbico y la corteza prefrontal, una tercera vía dopaminérgica es originada en neuronas del túber de la hipófisis a la adenohipófisis aunque cabe señalar que ésta última solamente participa en la síntesis de prolactina (Guadarrama, Escobar, & Zhang, 2006).

La serotonina y la norepinefrina están relacionadas íntimamente con la conducta y funcionamiento mental, mientras que la dopamina está más relacionada con funciones motrices, su importancia en el cerebro es alta, desde hace 50 años se propuso la “hipótesis de las monoaminas en la depresión” empleada para explicar efectos de antidepresivos tricíclicos y de los inhibidores de la monoamino-oxidasa (MAO). En este sentido la depresión es causada por un déficit funcional de las monoaminas, es decir la serotonina y norepinefrina en partes específicas del cerebro y la manía era explicada por el exceso funcional de éstas (Guadarrama, Escobar, & Zhang, 2006).

Aunque los neurotransmisores anteriormente descritos son base para la explicación de la depresión, estudios relacionados con el área de la endocrinología señalan que cantidades anormales de ciertas hormonas tiroideas y adrenales en la sangre suelen ser elevadas en personas con depresión, sobre todo en personas con hipotiroidismo en comparación con personas que presentan hipertiroidismo (Garay, 2005).

Las glándulas suprarrenales producen hormonas que ayudan a controlar el metabolismo, función inmunológica y respuestas ante el estrés, señalando aquí que personas con depresión suelen tener una alza en la concentración de hormona adrenal o cortisol en la sangre, alterando la función cerebral natural de los neurotransmisores (Garay, 2005).

La actividad en el hipotálamo se relaciona con la depresión ya que éste regula la secreción de hormonas, al producir y liberar péptidos que actúan sobre la hipófisis, estimulando la liberación de hormonas a la corriente sanguínea, cuando se produce una amenaza potencial, se alerta el eje hipotálamo, glándula hipófisis y glándulas suprarrenales (HPA) y se ha observado que las personas con depresión tienen una actividad aumentada en este eje HPA (Garay, 2005).

2.2.2. Bases neuroanatómicas de la depresión

Se tiene un modelo neuroanatómico para mencionar las áreas implicadas del cerebro cuando se posee algún tipo de depresión, siendo áreas que comprenden la corteza prefrontal, amígdala, hipocampo, tálamo, los ganglios basales y las conexiones que existen entre estas partes, se sabe que dos principales circuitos involucrados en la regulación del estado de ánimo son el circuito límbico-talámico-cortical, el mismo que incluye a la amígdala, los núcleos dorsomediales del tálamo y la corteza prefrontal tanto la medial como la parte ventrolateral. Otro de los circuitos es el que está integrado por el circuito límbico-estriado-pálido-talámico-cortical. De acuerdo a estos modelos la alteración presente en las áreas de dichos circuitos aunados a los factores ambientales producen depresión (Guadarrama, Escobar, & Zhang, 2006).

Hoy en día se reportan anomalías estructurales relacionadas con el estado de ánimo decaído en los ganglios basales, lóbulos frontales y temporales, así como, el cerebelo. Distinguiendo con los trastornos depresivos unipolares que presentan lóbulos frontales y ganglios basales más pequeños y los pacientes con trastorno bipolar una anomalía en lóbulos temporales. Estos datos son procedentes de la observación de pacientes con depresión por medio de estudios de neuroimagen (Guadarrama, Escobar, & Zhang, 2006).

2.3. Factores psicológicos

Con respecto a causas que se asocian a la depresión Garay (2005) señala que la memoria puede facilitar o no a adquisición de depresión, tras estudiar a individuos que se deprimen más, estos tienen dificultades para organizar materiales, problemas de memoria, las personas menos persuasivas son propensas a la depresión.

Comparando a hombres con mujeres que padecen depresión, los primeros tienen aparentemente mayor control, a su vez no suelen culparse a sí mismos en comparación con las mujeres, en este sentido, las mujeres tienden a verbalizar y pensar más sus problemas antes que actuar sobre los mismos, cuestión que suele ser a la inversa con los hombres quienes pueden tratar de dirigir sus pensamientos a otros aspectos de su vida aunque cuando éste toma consciencia de lo que lo aqueja de manera anímica la depresión en los hombres se exagera (Garay, 2005).

Las mujeres emplean una serie de técnicas pasivas ante las situaciones difíciles, mientras el hombre utiliza técnicas más activas, buscando placer y distracción, cuando la mujer se deprime suele encerrarse, no quiere hablar y tiende al llanto, en cambio los hombres salen y canalizan sus energías mediante actividades para evadir su malestar anímico (Garay, 2005).

2.4. Factores sociales

Una persona que padece depresión, tiene aspectos factoriales sociales, ya que es bajo este contexto del individuo donde la manifestación del trastorno cobra sentido. Aquí se consideran ciertos factores como estresores y las estrategias de adaptación como lo pueden ser: apoyo social, la alineación y la baja autoestima que están a su vez vinculadas con niveles de depresión. La autoestima como valoración de la identidad personal depende de las actitudes de los otros y representan una carga simbólica, ésta se construye en lo social a través de la interacción con los otros lo cual ayuda a la toma de la autoconsciencia dentro de un contexto al que se pertenece (Álvaro, Garrido, & Schweiger, 2010).

Un individuo dentro de la sociedad puede tener un cumulo de factores sociales que podrían crear una depresión exógena, tales como: la falta de expectativas para transformar las circunstancias y sucesos adversos, la carencia de normas sociales, la ausencia de significado y propósito en la vida personal, separación y distanciamiento con respecto a ideales, acciones y sentimientos poco adaptables al medio, finalmente la creación de una contra posición con las ideas innatas de los individuos dentro de una comunidad, lo cual alude a una alteración en el bienestar social formando estresores entre sus miembros (Álvaro, Garrido, & Schweiger, 2010).

La depresión no sólo constituye un problema médico, también es un problema social, las personas con depresión tienen múltiples factores de riesgo que pueden dar lugar a otro tipo de problemáticas como el alcoholismo y la drogadicción. Entre los factores sociales que desencadenan la depresión se encuentran aspectos socioeconómicos tales como: una separación matrimonial, el sistema capitalista y una inadecuada situación socioeconómica, dificultades e inestabilidad laboral o familiar, enfermedades dentro de la familia o del individuo aunado a la economía mermada, los cúmulos de barreras económicas para acceder a educación, servicios de salud, recreación, adquisición de bienes materiales y/o el endeudamiento, entre otros (Josué, Torres, Urrutia, Moreno, Font, & Cardona, 2006).

3. ESTRÉS

3.1. Antecedentes del estrés

Durante el siglo XIV el termino estrés, fue tomado del latín *stringere* que significa tensar o estirar; además del termino en inglés *strain* que por su traducción al español significa tensión. Este concepto fue utilizado para describir la opresión, adversidad y dificultad. En el siglo XV la física toma este constructo para referirse a la fuerza o presión externa sobre estructuras mecánicas elásticas, tal que esta fuerza puede provocar demasiada tensión al grado de deformar. Al siglo XVII, el estrés como constructo fue tomado por la ingeniería y la arquitectura para describir la existencia de dificultad o adversidad (Molina, Gutiérrez, Hernández, & Contreras, 2008).

Fue hasta el siglo XIX que el fisiólogo francés Claude Bernard observó que un organismo posee mecanismos de autorregulación para mantener su equilibrio interno ante los factores ambientales (Molina, Gutiérrez, Hernández, & Contreras, 2008). Por su parte Walter Cannon (1927) llega a conceptualizar al estrés como un síndrome en el cual la lucha-huida estaban implicados, además de acuñar el concepto de homeostasis para referirse a la cualidad de los seres vivos de mantener un equilibrio fisiológico.

El húngaro y endocrinólogo Hans Selye (1936) define al concepto de estrés como una respuesta vegetativa inespecífica ante una amenaza, a partir de su teoría de la adaptación “El síndrome general de adaptación” la cual hace alusión a la descripción de una compleja respuesta del organismo compuesta por tres fases; la primera de ellas denominada la fase de alarma: reacción inicial del organismo ante un estímulo estresor para restaurar la homeostasis del mismo; la segunda fase es la de resistencia o adaptación: donde se crea una estrategia de supervivencia desarrollada a partir de una adaptación sostenida y optima, es decir, el cumulo de elementos que posee un individuo para hacer frente ante los agentes aversivos; finalmente la tercera fase, el agotamiento: en esta etapa el organismo deja de generar respuestas de afrontamiento y cesa la respuesta adaptativa y de lucha contra los estresores, lo que puede producir alguna enfermedad y en casos severos llegar a la muerte.

Debido a su aportación con el síndrome general de adaptación a Selye se le conoce como el padre del término estrés (Molina, Gutiérrez, Hernández, & Contreras, 2008).

3.2. Definición

En la actualidad el estrés se puede definir como aquel mecanismo que produce un organismo ante alguna amenaza o estresor, lo que requiere de ajustes adaptativos que permitan mantener la homeostasis y asegurar la supervivencia, en base a diferentes factores como lo son la experiencia del sujeto, su predisposición biológica y el estado actual en que se encuentra, incluye el uso de la fuerza física y psíquica para el afrontamiento, así como, las reacciones fisiológicas del organismo activadas para ejercer una acción inversa al estresor. Todo estresor puede producir una reacción emocional encaminada a la supervivencia, cuando ocurre una situación de amenaza ocurre a su vez una evaluación cognoscitiva o perceptual comparando experiencias previas para determinar el grado de peligrosidad al cual se está siendo expuesto (Torreblanca, 2001; Gómez & Escobar, 2002; Garay, 2005; Molina, Gutiérrez, Hernández, & Contreras, 2008; Ortega, 2014).

En términos generales un estresor es una situación o estímulo (físico, químico, acústico, somático y sociocultural) que perturba la homeostasis, lo que hace que el organismo perciba peligro real o aparente, los estresores pueden estar presentes de manera aguda o crónica y también pueden ser el resultado de la anticipación mental acerca de lo que puede ocurrir, siendo los estresores psicológicos los más potentes para desencadenar respuestas fisiológicas y conductuales. Sin embargo, el estrés es necesario para afrontar cualquier situación que ponga en riesgo la vida de los individuos, pero sí éste es frecuente, constante y prolongado, es perjudicial al organismo, lo que puede desencadenar enfermedades, alteraciones físicas, psicológicas y sociales (Gómez & Escobar, 2002; Molina, Gutiérrez, Hernández, & Contreras, 2008).

Con base a lo expuesto anteriormente, existen dos términos para referirse al estrés, con connotaciones distintas según el tipo que se presente, el primer término es el “Eustrés” que hace referencia a una respuesta de afrontamiento por parte del organismo, la cual permite

adaptarse y sobrevivir, es decir, la adecuada activación necesaria para culminar con éxito una prueba o situación, representando así un beneficio para la supervivencia de quien lo presenta. El “Distrés” por otro lado se caracteriza por ser un contenido emocional de experiencias nocivas y del estado de ánimo resultante, provocando un daño a quien lo presenta, es decir, las consecuencias perjudiciales de una excesiva activación psicofisiológica (Gutiérrez, 1998).

3.3. Signos y síntomas

Al ser una reacción global, el estrés puede ocasionar una serie de signos y síntomas en varias áreas. Aspectos físicos: sudoración de manos, arritmia cardiaca, falta de aire y respiración agitada, contracturas y calambres musculares, insomnio, alergias, enrojecimiento de piel, cansancio, tensión, cefaleas, náuseas y mareos, entre otros (Garay, 2005).

Dentro de los aspectos psicológicos se pueden presentar: nerviosismo, irritabilidad, aislamiento, estado anímico alterado, aburrimiento, desconfianza, falta de entusiasmo y motivación, disminución de concentración y creatividad, todo ello desencadenando a una reacción conductual desfavorable ante la adversidad (Garay, 2005).

Siguiendo a lo anterior algunos de los signos y síntomas desde la parte conductual son los siguientes: desgano, distracción, pérdida del humor, pensamientos persistentes sobre el estresor, reducción de productividad, procrastinarian, falta de energía, actividades acompañadas de cansancio, conducta de huida, entre otros (Garay, 2005).

3.4. Causas del estrés y afrontamiento

Como se ha descrito, las causas del estrés en las personas son en base a factores psicosociales, es decir, una serie de contingencias psicológicas y sociales, entre las que se encuentran el estilo de vida y la comorbilidad de los factores psicosociales con el desencadenamiento de una reacción fisiológica, lo que suele provocar niveles de estrés, alterando la calidad de vida y salud de quien lo presenta de manera recurrente. Por ello que aspectos de la vida diaria como: la muerte de un familiar, peleas entre familiares, enfermedades dentro del mismo contexto, pérdida de puestos laborales, cargas académicas, y, puntos más positivos que también desencadenan estrés como: una boda, un premio, conferencias, el nacimiento de un hijo, entre otros, lo que hace alusión a los dos términos del estrés, el “Distrés y Eustrés” (Torreblanca, 2001).

Bajo estas premisas, la evaluación de cada situación por parte de las personas con estrés es de dos tipos, la primera es la evaluación primaria: la cual determina si un hecho es amenazador o placentero, lo cual siempre dependerá de cada persona; la evaluación secundaria: llevada a cabo una vez identificada una amenaza, entonces el sujeto quien examina sus recursos y opciones elige lo que le resulta más favorable como medida de afrontamiento (Torreblanca, 2001).

El afrontamiento es la respuesta al estrés, el cual incluye recursos cognoscitivos y conductuales para lograr obtener una homeostasis nuevamente ante la presencia de los estresores. Éstas estrategias pueden ser de dos tipos, la primera el afrontamiento dirigido al problema, lo que quiere decir, proceder con acciones para modificar el problema tratando de manera directa la situación que ocasionó estrés. Por otro lado se tiene el afrontamiento dirigido a la emoción, cuando no se puede modificar la situación estresante por medio de un afrontamiento directo, entonces se acepta y la respuesta se orienta al manejo o reducción de los sentimientos o malestares resultantes del estresor. El afrontamiento depende del individuo pero al estar dentro de un medio social las redes de apoyo ayudan a mejorar las situaciones de estrés (Torreblanca, 2001).

3.5. Estudios sobre depresión y estrés

Haciendo alusión a la familia y sus miembros Vargas (2014) señala que existen varios tipos que son los siguientes; la de tipo extensa con más de dos generaciones compartiendo el espacio familiar; familia nuclear, que incluye a padres e hijos; familia nuclear con parientes próximos, es decir parientes en la misma localidad; familia nuclear sin parientes próximos; familia nuclear amplia, con parientes o agregados a la misma; familias monoparentales, un solo cónyuge e hijos; familias reconstruidas, donde uno de los cónyuges añade a sus hijos previos; familias equivalentes, viven en el mismo lugar sin construir un núcleo familiar tradicional; y, finalmente las personas sin familia, aquella que vive sola.

Con respecto a la estructura familiar, cuando existe separación o una dinámica familiar alterada, este contexto puede fungir como un agente estresor entre sus miembros. Ante ello, en una muestra de 124 pacientes de una población que acudían a atención primaria, con un predominio de tipo familiar nuclear con parientes próximos, seguido de familias monoparentales, tras la aplicación de pruebas se llegó a conocer que los trastornos mentales más frecuentes encontrados en estas familias eran la depresión, distimia, ansiedad, agorafobia y la fobia social, donde las mujeres eran las más afectadas con cuadros depresivos y ansiedad (Soriano, De la torre, & Soriano, 2003).

Otro estudio en 152 escolares entre 13 y 15 años de edad, se encontró una asociación entre la dinámica familiar y manifestaciones de depresión, siendo el tipo familiar normo funcional, debido a estresores tales como el nivel socioeconómico bajo, factores genéticos. Así como una distribución de manifestaciones encontradas las cuales fueron: pesimismo, aislamiento social y reducción del apetito (Vargas, 2014).

Acorde a Martínez y Bilbao (2008) señalan tras su investigación, que los datos encontrados muestran que familias con hijos con autismo presentan niveles de estrés crónico, significativamente mayor que otras familias con hijos con alguna otra discapacidad, debido a estresores tales como la incertidumbre ante el trastorno, la evolución del mismo, la convivencia y la modificación multilateral de la familia para lograr la adaptación y convivencia.

En cuanto al cuidador principal de familiares con enfermedad de Alzheimer, un estudio aplicado para medir la correlación entre estrés, ansiedad, depresión y sobrecarga en cuidadores familiares. Tras la aplicación de escalas a estas variables (inventario de ansiedad rasgo estado (IDARE), inventario de depresión de Beck, escala de estrés percibido de Cohen; y, escala de sobrecarga del cuidador de Zarit) a 14 participantes quienes tenían un familiar con esta condición, los resultados encontrados indican relaciones moderadas entre ansiedad rasgo estado y depresión, moderada relación entre ansiedad rasgo estado y edad del familiar del enfermo; y, depresión moderada en relación a la sobrecarga, así como en estrés. Encontrando tres cuidadores con niveles elevados de estrés, uno con depresión leve y otro con sobrecarga intensa y depresión leve, aunque todos los participantes tenían una tendencia alta a la ansiedad pero ninguno presentó niveles elevados en esta variable (Méndez, Giraldo, Aguirre, & Lopera, 2010).

Para conocer la relación entre el estrés en los padres de hijos con autismo se implementó una investigación a 39 mujeres con edades entre los 32 y 63 años, con nivel escolar básico hasta superiores y en diferentes niveles de ingresos familiares. 53,8% de ellas eran amas de casa y el 43,6% restante tenía un empleo remunerado, respecto a los hijos con autismo, estos estaban en edades entre los 2 y 27 años, 27 eran varones y 12 mujeres, todos con el diagnóstico previo. El objetivo era analizar los niveles de estrés, para ello se utilizó el modelo teórico de estrés familiar Doble ABCX en el cual aA (Estresor) se interactuaba con bB (apoyos) y cC (percepciones, en este estudio se denominó, sentido de la coherencia) produciendo xX (nivel de estrés). Se aplicaron un cuestionario de datos demográficos, el inventario para la planificación de servicios y programación individual (ICAP), escala de apoyo para padres de hijos con discapacidad, sentido de coherencia (SOC, de Antonovsky)

y la escala de estrés parental (PSI/SF). Tras la aplicación de las pruebas los datos se analizaron de manera estadística utilizando el análisis path. Los resultados indicaron que existe una relación directa positiva entre el estresor (el cuidado de hijo con autismo) y estrés, los apoyos y el sentido de coherencia (SOC) tenían relación directa y negativa con el estrés, actuando como variables moduladoras (Pozo, Sarriá, & Méndez, 2006).

4. MÉTODO

4.1. Justificación del estudio

El estrés podría estar vinculado a la depresión en el cuidador principal como se ha mostrado en estudios previos donde la depresión o el estrés están presentes en cuidadores principales de hijos con autismo y otras enfermedades, es por ello la importancia de conocer cuál es la correlación directa entre estas dos variables, para poder discernir qué tanto es afectada ésta muestra mexicana, conocer cuál es el nivel de depresión y estrés en los participantes, así como obtener bases sustentables en datos estadísticos y con ello llegar a determinar quiénes son los padres más afectados por depresión según el trastorno que tienen sus hijos, esto es de suma relevancia porque permitirá colocar focos atencionales tanto a los padres diferenciando según el trastorno de sus hijos y de los mismo hijos, ya que podrían estar afectados por la depresión de su cuidador principal, debido a que, quien padece depresión suele afectar a sus colaterales, así como dificultar la vida diaria y por ende se podría exacerbar el trastorno psiquiátrico de los hijos. Por ello, la presente investigación arrojará datos estadísticos y descriptivos de este contexto de la muestra representativa en México, lo que permitirá conocer la incidencia y niveles; tanto de depresión y estrés en el cuidador principal, lo que podrá facilitar la canalización de apoyo a los afectados por depresión y con esto minimizar, evitar daños y riesgos, tanto a los cuidadores principales como a sus hijos.

4.2. Planteamiento del problema

¿Cuál es la relación entre estrés y depresión en los padres con hijos bajo tratamiento psiquiátrico y servicio de educación especial?

4.3. Objetivo general

- Conocer el índice de depresión y estrés, así como, relación de estas dos variables, en el cuidador principal con hijos bajo tratamiento psiquiátrico y servicio de educación especial mediante la aplicación del inventario de depresión de Beck y el Test de Vulnerabilidad al Estrés.

4.3.1. Objetivos específicos

- Conocer si existen diferencias significativas con respecto al índice de depresión del cuidador principal y el trastorno de los hijos.
- Distinguir cuáles son los niveles de depresión en los cuidadores principales.
- Identificar qué padres padecen mayor depresión acorde al trastorno de sus hijos.
- Conocer cuáles son los niveles de vulnerabilidad al estrés en los participantes.

4.4. Variables

Las variables a analizar en esta investigación son la depresión y estrés, las cuales se definen a continuación de manera conceptual y operacional acorde a la investigación.

4.4.1. Definición conceptual

La depresión es definida por la Organización Mundial de la Salud (2012) como un trastorno mental frecuente, caracterizado por la presencia de sentimientos de tristeza, pérdida de interés (abulia) o placer (anhedonia), sentimientos de culpa, falta y/o disminución de autoestima, puede volverse crónica y dificultar el desempeño en las actividades cotidianas, conduciendo a una serie de malestares somáticos y alteraciones físicas y mentales.

El estrés es definido como aquel mecanismo que produce un organismo ante alguna amenaza o estresor, lo que requiere de ajustes adaptativos que permitan mantener la homeostasis y asegurar la supervivencia, en base a diferentes factores como lo son la experiencia del sujeto, su predisposición biológica y el estado actual en que se encuentra, incluye el uso de la fuerza física y psíquica para el afrontamiento, así como, las reacciones fisiológicas del organismo activadas para ejercer una acción inversa al estresor (Torreblanca, 2001; Gómez & Escobar, 2002; Garay, 2005; Molina, Gutiérrez, Hernández, & Contreras, 2008; Ortega, 2014).

4.4.2. Definición operacional

Una vez establecida la muestra, a los participantes de la investigación se les aplicó el inventario de depresión de Beck, el cual es una prueba psicométrica que sirve para detectar depresión y sus niveles presentes en los sujetos, de esta manera se llegó a conocer acorde al puntaje obtenido, si es que existe depresión latente y en qué grado está presente, entre niveles que van desde los leves a graves.

Después de la selección de la muestra, se aplicó el Test de Vulnerabilidad al Estrés a los participantes, el cual es un instrumento psicométrico que permite detectar la vulnerabilidad al estrés en varias áreas, y conocer cuál es el nivel de estrés presente en los padres de familia participantes.

4.5. Hipótesis

Ho: Los cuidadores principales que tienen hijos con tratamiento psiquiátrico y apoyo de educación especial no presentan un nivel de depresión correlacionado con el estrés.

Ha: Los cuidadores principales que tienen hijos con tratamiento psiquiátrico y apoyo de educación especial presentan un nivel de depresión correlacionado con el estrés.

4.6. Muestra

La población de investigación fue conformada por padres de familia con hijos atendidos en el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro, en la Ciudad de México, bajo tratamiento psiquiátrico y de servicio de educación especial.

4.6.1. Participantes

La muestra estuvo conformada por 48 padres de familia, en edades entre 32 y 69 años de edad, en un promedio de 46 años en la muestra. De los cuales 44 (91.7%) fueron mujeres y 4 (8.3%) hombres, procedentes de la Ciudad de México 40 participantes, 7 del Estado de México y 1 del Estado de Morelos, con niveles educativos distintos entre los que se encuentran; nivel primaria 7 participantes, 33 con secundaria, 6 con preparatoria y 2 con grado universitario. 28 mujeres eran amas de casa (58%), 16 eran empleadas (33.3%), 3 hombres empleados (6.3%) y 1 trabajaba por cuenta propia (mecánico, 2.1%). El diagnóstico predominante de sus hijos fue el retraso mental leve 17 (35.4%) casos, 12 (25%) con TDAH, Autismo 7(14.6%), Retraso Mental Moderado 5 (10.4%), Síndrome de Asperger 3 (6.3%), Trastorno Generalizado del Desarrollo 2 (4.2%), finalmente 1(2.1%) caso de Retraso Mental Grave y 1(2.1%) con Depresión. Cabe señalar que ninguno de los padres de familia ha estado bajo ningún tratamiento psiquiátrico.

4.6.2. Escenario

La investigación se llevó a cabo en las instalaciones del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro, en la sección hospital de día, la cual cuenta con un grupo interdisciplinario que atiende a los pacientes brindando en este sector del hospital terapias distintas como estimulación del neurodesarrollo, desarrollo cognitivo, psicomotricidad, terapia familiar e individual, terapia de lenguaje, habilidades sociales, así como servicio de educación especial.

El escenario fue la oficina principal de dicha área (Hospital de día) la cual es un espacio ubicado al costado izquierdo de la sala de espera, frente a la oficina se encuentran los consultorios de los psicólogos y terapeutas distintos. Es un espacio cómodo, con buena iluminación, cuenta con ventanas en la mayoría de sus laterales, acondicionado con una mesa de cristal con sillas, detrás se encuentra un librero color blanco con documentos variados de la jefa de ésta área, posee un equipo de cómputo en una de sus esquinas con un escritorio e impresora, el espacio es amplio, limpio, de muros color blanco y con buena iluminación de luz blanca, piso de loza también a color blanco, desde su interior se puede apreciar parte de los consultorios, la vista se enfoca a los jardines y la unidad terapéutica de varones, a esta oficina se puede acceder por dos entradas, la principal que se encuentra frente a los consultorios y la externa que es una entrada desde la parte del camino hacia el jardín y las unidades terapéuticas.

4.6.3. Criterios de inclusión y exclusión

Los participantes fueron cuidadores principales con hijos atendidos en el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro, tanto bajo tratamiento psicofarmacológico como en servicio de Educación Especial, todos participaron de manera voluntaria. Tuvieron que firmar un consentimiento informado sobre la investigación y responder en su totalidad a los instrumentos psicométricos (Inventario de depresión de Beck y Test de Vulnerabilidad al Estrés).

Fueron excluidos los padres de familia que no eran los cuidadores principales de los pacientes atendidos en la institución psiquiátrica y se suprimieron los datos recabados de aquellos cuidadores principales que no firmaron el consentimiento informado.

4.7. Tipo y diseño de investigación

La investigación se llevó a cabo por medio de un estudio de corte cuantitativo, mediante un diseño no experimental de corte transversal, de tipo descriptivo, debido a que este tipo de estudio es el que permite medir las características de una población para dar a conocer cómo es, sin que se realice una intervención en la población que modifique su comportamiento. Con un fin único que fue el medir y encontrar los índices de depresión y estrés en diferentes niveles, con una medición única en un espacio y tiempo determinado.

4.8. Instrumentos

Para llevar a cabo la investigación se usó el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II). Siendo sus autores principales; Aaron T. Beck, Roberto A. Steer y Gregory K, Brown. Es el quinto test más utilizado por psicólogos, sus ítems no se derivan de ninguna teoría concreta acerca del constructo medido, sino que describen los síntomas clínicos más frecuentes de los pacientes psiquiátricos con depresión. Así como; el Test de Vulnerabilidad al Estrés, de L. H. Miller y A.D. Smith, el cual intenta valorar el estrés tomando como punto de partida los estilos de conductas que conducen a comportamientos saludables o favorecen la aparición de enfermedades como consecuencia de lo vulnerable que se hace el individuo al efecto estresor externo de cualquier agente, lo que hace que las personas puedan presentar estilos comportamentales que sean factores para desarrollar enfermedades (Moral, 2013).

El BDI-II es un autoinforme compuesto por 21 ítems para evaluar la depresión en adultos y adolescentes. Es una escala de tipo Likert con cuatro categorías de respuesta ordenadas que se codifican de 0 hasta 3. Este instrumento psicométrico tiene un coeficiente de confiabilidad alto siendo $\alpha=.87$, de fácil y rápida aplicación con un tiempo promedio de 20 minutos. El rango de las puntuaciones va desde 0 a 63 puntos. Cuanta más alta sea la

puntuación, mayor será la severidad de los síntomas depresivos. Se establecen cuatro grupos en función de la puntuación total: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave (Moral, 2013).

Test de Vulnerabilidad al Estrés, es una prueba psicométrica desarrollada por L. H. Miller y A.D. Smith (Centro Medico Universidad de Boston), tiene como objetivo valorar el grado de vulnerabilidad al estrés, identifica aspectos vinculados con el estilo de vida del individuo y con apoyo social que pueden estar incidiendo en su vulnerabilidad. Esta prueba consta de 20 ítems, en una escala de tipo Likert, donde, 1 representa casi siempre y el 5 que es la puntuación más alta responde a la afirmación, nunca. Los aspectos que evalúa la prueba son: estilo de vida, apoyo social, exposición de sentimientos, valores y creencias y bienestar físico (González, 2007).

Para calificar la prueba de Vulnerabilidad al Estrés, se obtiene la puntuación total de la suma de los puntos en los ítems y al resultado final se tendrá que restar 20 puntos. Siendo así; puntuaciones de 0-29 puntos el sujeto no es vulnerable al estrés, 30-49 indican que la persona es vulnerable al estrés, 50-75 puntos las personas son seriamente vulnerables al estrés y finalmente puntuaciones por encima de 75 puntos indican que éstas son extremadamente vulnerables al estrés (González, 2007).

4.9. Procedimiento

A los participantes se les dio en primera instancia un consentimiento informado con respecto a la investigación, se resolvieron dudas respecto a cómo llenar la prueba (Beck-II), además del Test de Vulnerabilidad al Estrés, así como, brindarles información de la confidencialidad que se tendría.

Los participantes resolvieron los inventarios en uno de los consultorios del hospital psiquiátrico; lugar sin distractores como el ruido, sin objetos en exceso, además de contar con buena iluminación, donde tuvieron un espacio a solas para contestar a los ítems de los instrumentos, en un lapso de 20 minutos de aplicación para cada una de las pruebas, al

tiempo que llenaron una hoja con datos demográficos y el consentimiento informado. Esto fue aplicado aprovechando el tiempo de espera, mientras sus hijos permanecían en terapia en hospital psiquiátrico infantil.

Una vez terminada la aplicación se agradeció su participación y fueron recolectados los instrumentos, consentimiento informado y hoja de datos demográficos, datos recabados y resguardados para su análisis.

4.10. Análisis de datos

El análisis se llevó a cabo mediante el programa *Statistical Package for the Social Science versión 20 (SPSS)* donde se vaciaron los datos y analizaron mediante pruebas estadísticas, las cuales fueron: la prueba estadística de Pearson, análisis descriptivo (medidas de tendencia central, frecuencias y tabla de contingencias), además de la prueba de hipótesis t de Student para una muestra, esto con la finalidad de comprobar la hipótesis del estudio y los objetivos del mismo.

5. RESULTADOS

Una vez realizada la base de datos en el programa SPSS versión 20, se aplicaron una serie de análisis estadísticos, así como, análisis descriptivo a los datos de la muestra encontrando lo siguiente.

Para conocer si existía correlación entre las variables depresión y estrés en la muestra, se realizó un análisis estadístico por medio de la prueba correlacional de Pearson donde se encontró que $r = 0.816$, $p < 0.01$, lo cual demostró que existe correlación alta y estadísticamente significativa entre las variables vulnerabilidad al estrés y depresión, es decir que entre mayor sea la vulnerabilidad al estrés, existente en los participantes mayor posibilidad de desarrollar depresión.

Uno de los objetivos de la investigación era conocer si existían diferencias significativas entre el índice de depresión de los padres y el diagnóstico de sus hijos, para ello se realizó un análisis estadístico por medio de la prueba de hipótesis t de Student para una muestra, donde se obtuvo el valor de $t = 9.607$, $p < 0.01$, lo cual demuestra que sí existen altas diferencias significativas entre los diagnósticos que tienen los hijos con respecto al índice de depresión de los cuidadores principales.

Con respecto a la incidencia de depresión se aplicó un análisis de frecuencia para saber cuántos de los participantes presentaban depresión y en qué nivel se encontraban, los resultados obtenidos del análisis fueron los siguientes; del total de padres de familia 20.8% no presentaron depresión y 79.2% sí presentaban niveles de depresión, de manera desglosada 10 sujetos no presentaron depresión, 20 casos presentaron depresión leve, 13 depresión moderada y 5 depresión severa. Datos que se pueden observar en la tabla 1.

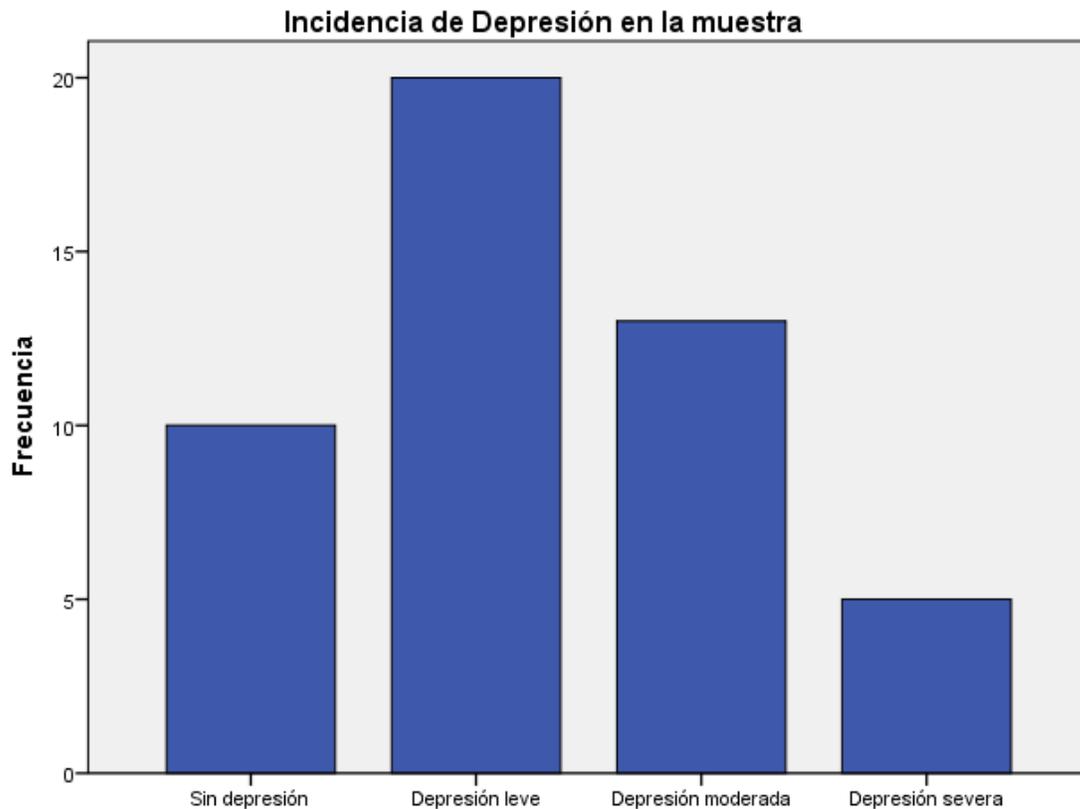


Tabla 1. Distribución de los niveles de depresión en la muestra.

Para llegar a conocer cuáles de los padres de familia con respecto al trastorno de sus hijos tenían mayores niveles de depresión, se aplicó un análisis descriptivo por medio de una tabla de contingencias ante lo cual se obtuvo lo siguiente. La tendencia a presentar depresión grave estaba relacionada con el TDAH, la depresión de tipo moderada y leve tenía mayor incidencia en relación al retraso mental. Si se tomara en cuenta solamente la incidencia de depresión sin contemplar los niveles de ésta, los resultados serían los siguientes: mayor incidencia en retraso mental (20/48), seguido del TDAH (9/48), Autismo (6/48), depresión, Síndrome de Asperger y Trastorno Generalizado del Desarrollo (1/40 en cada uno de estos tres casos). Datos que se pueden observar en la tabla 2.

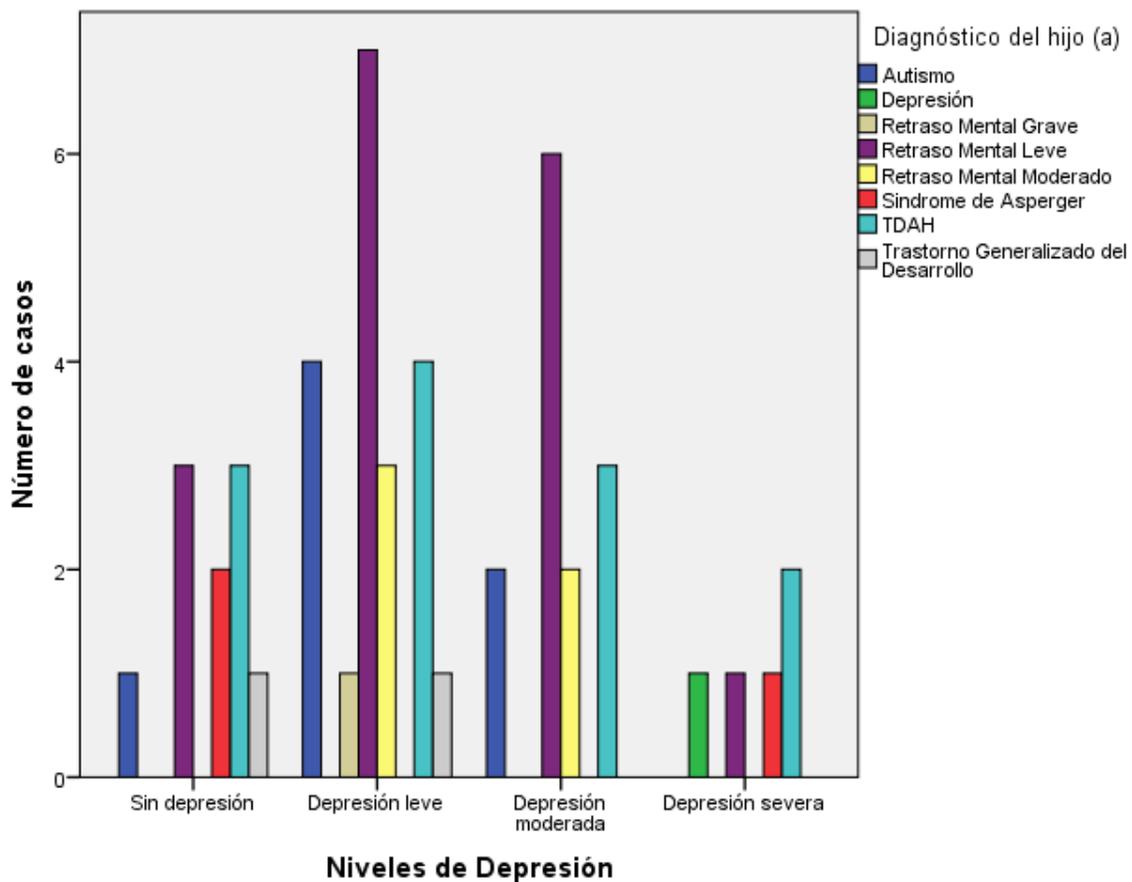


Tabla 2. Niveles de depresión (Leve a Grave) según el diagnóstico de los hijos de los participantes.

Finalmente para conocer cuántos de los padres de familia y cuáles eran los niveles de vulnerabilidad al estrés presentes, se realizó un análisis de frecuencias, ante ello se pudo constatar que la mayoría de los padres presentaban vulnerabilidad al estrés, siendo un total de 39 quienes presentaban un grado de vulnerabilidad y 9 no la presentaban, de manera tal, de esos 39 casos 2 eran extremadamente vulnerables, 12 seriamente vulnerables y 25 vulnerables ante el estrés.

En relación a la prueba vulnerabilidad al estrés, que mide en conjunto áreas del estilo de vida, apoyo social, bienestar físico, exposición de sentimientos y valores y creencias, acorde a los puntajes obtenidos en la prueba, tras analizar las frecuencias de las respuestas de la muestra, se encontró que en orden descendente por afectación en estas áreas, lo siguiente: la área más afectada por vulnerabilidad al estrés es el estilo de vida, seguido de la

área de apoyo social, exposición de sentimientos, valores y creencias y finalmente el área de bienestar físico.

De manera cualitativa se puede decir que en su mayoría los padres de familia expresaron durante el estudio que para ellos es complicado el ser totalmente responsables del cuidado de los pacientes, pues además de trabajar, tienen otros hijos que también son demandantes, su estilo de vida es trabajo, atenciones médicas del hijo bajo tratamiento psiquiátrico y sus relaciones personales se ven afectadas, así como falta de tiempo para sí mismos, gran parte de los participantes son de bajos recursos y quienes son amas de casa dependen de los recursos económicos del proveedor, añadiendo que hacen grandes distancias de casa al hospital para su atención lo cual genera estrés en ellos por la distancia y los recursos económicos que destinan para la atención además de los señalamientos al hijo cuando hacen estos trayectos, lo que hace que les genere sentimientos de angustia, estrés, tristeza y enojo.

En varios casos la etiología del trastorno del paciente es de tipo congénita y algunos participantes señalaron que eso les hace tener sentimientos de culpa, se puede mencionar que la mayoría de los pacientes sufren de rechazo social y discriminación por su condición y esto se suma al cumulo de preocupaciones del cuidador principal y en algunos existe sobreprotección al paciente y reduce la efectividad de la atención terapéutica para la independencia, al igual que las relaciones sociales tanto de los pacientes como de los padres se ven afectadas por señalamientos y juicios ante este contexto, resaltando que es la constitución familiar la que brinda apoyo en su mayoría, aunque tutores hacen mención que aunque el apoyo sea brindado también existe un cierto rechazo al otorgarlo debido a que no es del todo su responsabilidad y el cuidado es mínimo por parte de los familiares.

En la muestra se pudo observar que son muchos los estresores que puedan generar estrés y que al mismo tiempo sus redes de apoyo son constituidas entre padres que se conocen mientras los pacientes son atendidos, lo cual es de suma relevancia destacar para posibles investigaciones futuras y mejorar la salud mental integral familiar.

5.1. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En la actualidad la prevalencia de la depresión ha ido en aumento debido a una serie de factores, desde la complejidad de la dinámica social, no sólo en nuestro país sino a nivel mundial en la que se encuentra inmersa toda la población, los estresores que ello conlleva y por supuesto las reacciones fisiológicas de los individuos, esto relacionado a los estilos de vida, con lo cual la prevalencia y nuevos casos de depresión están mostrándose cada vez más en las sociedades y culturas.

En base a ello, durante la investigación con los cuidadores principales de pacientes con algún trastorno mental, se pudo constatar que existe una amplia correlación entre los niveles de estrés y depresión que presentan los padres bajo estas circunstancias, ya que ser la persona responsable del cuidado de un hijo con algún trastorno como el TDAH, Retraso Mental, Autismo, Síndrome de Asperger, Trastorno Generalizado del Desarrollo, entre otros. Tiende a representar un cúmulo de factores estresores en donde los cuidadores principales poseen una sobre carga de responsabilidades tanto del cuidado de sus hijos, la familia, trabajo, el llevar a terapias y citas médicas a los mismos, el no saber qué hacer ante una crisis, los recursos económicos que destinan, los aspectos emocionales que se derivan de ello, lo que puede hacer que una persona bajo este contexto desarrolle distrés, haciéndolos más vulnerables a padecer depresión y/o alguna enfermedad.

Como se mostraba en estudios previos acorde a Vargas (2014) la constitución familiar es una de las vías para brindar herramientas de afrontamiento ante el estrés y prevención de depresión, cuando hay un problema de desorganización en ella, la prevalencia de depresión suele aumentar comparado con la muestra de este estudio, se encontró que varios de los padres además de ser solteros, también tienen un hijo que altera su dinámica familiar debido al trastorno que padece y que repercute en su vida diaria tanto del cuidado principal como del contexto familiar por la responsabilidad grande que ello representa.

Así como señala Pozo, Sarria y Méndez (2006) en su estudio donde se puede percibir que el cuidador principal de personas con autismo puede tener niveles de estrés elevados debido a la sobrecarga de responsabilidades, contrasta de manera significativa con este estudio, ya que el trastorno asociado al estrés mayoritariamente en esta muestra mexicana es el TDAH. Pero no se presenta en éste tipo de trastornos, pues siguiendo a Méndez, Giraldo, Aguirre y Loera (2010) señalan que tener al cuidado a hijos con otro tipo de afectación como en el caso de enfermedad de Alzheimer, también representa agentes que pueden desencadenar estrés crónico y depresión, en este sentido, el investigar la correlación entre el estrés y depresión bajo el contexto de los cuidadores principales de personas con algún trastorno psiquiátrico en México, brinda elementos base para la actuación y mejora de la salud del padre al tiempo que repercute de manera favorable en la de sus hijos.

Se puede concluir entonces, tras la investigación en la muestra mexicana de padres con hijos bajo algún tratamiento psiquiátrico que, se tienen niveles de estrés que los hacen propensos a desarrollar depresión, encontrándose una estrecha relación entre estas dos variables, con lo cual se acepta la hipótesis alterna de ésta investigación. Así mismo, se encontró que el 79.2% de los padres padece depresión en algún grado, relacionando a ello se llegó a conocer que los padres que tienen hijos con retraso mental son quienes están más afectados por mayor número de casos con prevalencia de depresión comparada con investigaciones previas que señalaban al autismo como principal factor, cabe destacar que de acuerdo a los índices de depresión diferenciando según sus niveles, se pudo encontrar que la depresión grave está asociada a los padres con hijos que presentan TDAH, seguidos de los que tienen hijos con retraso mental, éstos últimos en su mayoría con depresión moderada y leve.

En cuanto a los índices y niveles de vulnerabilidad al estrés, se concluye que la mayoría de los casos presentan vulnerabilidad lo que repercute en el riesgo latente de presentar cuadros de depresión en algún momento de su vida.

La principal limitación de esta investigación fue la muestra no equitativa en cuanto al número de casos y distribución de los trastornos, lo que hace que tenga repercusiones en los resultados encontrados, con lo cual, se sugiere realizar investigaciones futuras con una muestra con el número de casos equitativos en cuanto a trastornos, ya que eso solidificará lo encontrado en esta investigación o expondrá otros resultados que brinden una nueva perspectiva, sobre todo en cuando a la relación de incidencia de depresión comparada con los trastornos de los hijos del cuidador principal. Además es importante señalar que la muestra fue obtenida de usuarios del servicio de Educación Especial, con tratamiento psiquiátrico, con lo que una investigación dentro de toda la institución y los diversos servicios que ofrece podría arrojar datos más equitativos.

La presente investigación realizada a los padres que atienden a sus hijos en el Hospital Psiquiátrico Infantil, Dr. Juan N. Navarro de la Ciudad de México, para su atención médica psiquiátrica y servicios complementarios, en este caso de educación especial. Servirá para tener un sustento empírico que demuestre la necesidad de atención no sólo de los pacientes, si no de su tutor responsable, lo cual repercutirá de manera benéfica para prestar focos atencionales a los padres de familia, debido a que, al ser un trabajo multidisciplinario el que se hace dentro de la institución, se suele agregar al padre dentro del equipo para darle continuidad al servicio prestado, además de mejorar la adherencia terapéutica, pues muchos de los padres de familia abandonan la terapia y sólo acuden a la misma cuando existen momentos de crisis en los pacientes, con lo que la adherencia terapéutica se ve mermada y el riesgo de complicar los cuadros clínicos es latente. Al estar bajo niveles de depresión que no son atendidos, repercute de manera directa en la salud del padre y a sus colaterales, en este caso los hijos y dinámica familiar. Por ello, con los datos obtenidos de ésta investigación se podrá hacer una apropiada canalización a los servicios que presta la institución a los padres detectados con depresión para mejorar su situación y calidad de vida, al tiempo que repercute en la de los pacientes, mejorando la adherencia terapéutica y bienestar individual y familiar.

REFERENCIAS

- Aguirre, Á. (Septiembre, 2008). Antropología de la depresión. *Revista Mal-estar E Subjetivade*, 8(3). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27180302>
- Álvaro, J., Garrido, A., & Schweiger, I. (Mayo-Agosto, 2010). Causas sociales de la depresión, una revisión crítica del modelo atributivo de la depresión. *Revista Internacional de Sociología (RIS)*, 68(2). Recuperado de <http://revintsociologia.revistas.csic.es/index.php/revintsociologia/article/viewFile/328/334>
- American Psychiatric Association (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Baena, Z. A., Sandoval, V. M., Urbina, T. C., Juárez, N., & Villaseñor, B. S. (Noviembre, 2005). Los trastornos del estado de ánimo. *Revista digital universitaria*, 6(11). Recuperado de http://bienvenida.unam.mx/revistas/RDU/ciencias_salud/los_trastornos_del_estado_de_animo.pdf
- Cannon, W.A. (December, 1927). The James-Lange theory of emotions: a critical examination and an alternation. *American Journal of Psychology*, 39(1). 106-124.
- Franchi, S. (2001). La depresión en el hombre. *Interdisciplinaria*, 18(2). 135-154. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18011325002>
- Garay, L. C. (2005). *Niveles de depresión, autoestima y estrés en mujeres que tienen un trabajo remunerado y mujeres que tienen un trabajo no remunerado (amas de casa)*. (Tesis de doctorado). Recuperada de <http://www.bib.uia.mx/tesis/pdf/014584/014584.pdf>

- García, V. L., Moya, S. J., & Rodríguez, D. S. (1992). *Historia de la psicología*. Madrid: Siglo XXI.
- Gómez, B. & Escobar, A. (2002). Neuroanatomía del estrés. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 3(5). 273-282. Recuperado de <http://revmexneuroci.com/wp-content/uploads/2014/07/Nm0025-04.pdf>
- González, F. (2007). *Instrumentos de evaluación psicológica*. La Habana Cuba: Editorial ciencias Médicas.
- Guadarrama, L., Escobar, A. & Zhang, L. (2006). Monografía: Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión. *Revista de la Facultad de Medicina*, 49(002). Recuperado de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rfm/article/view/12916/12234>
- Gutiérrez, J. (Enero, 1998). La promoción del estrés. *Revista electrónica de psicología*, 2(1). Recuperado de <https://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psicologiacom/article/viewFile/617/595>
- Instituto Nacional de Salud Mental (2009). *Depresión*. Estados Unidos: National Institute of Mental Health. Recuperado de https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion/depresion_38791.pdf
- Josué, L., Torres, V., Urrutia, E., Moreno, R., Font, I., & Cardona, M. (2016). Factores psicosociales de la depresión. *Revista Cubana Médico Militar*, 35(3). Recuperado de http://www.bvs.sld.cu/revistas/mil/vol35_3_06/mil09306.htm

- Lara, M A; Medina-Mora, M E; Robles, R; Berenzon, S; (Enero-Febrero, 2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública de México*, 55(1). 74-80. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10625594007>
- Martínez, M. & Bilbao, M. (2008). Acercamiento a la realidad de las familias de personas con autismo. *Psychosocial Intervention*, 17(2). 215-230. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179814018009>
- Méndez, L. Giraldo, O; Aguirre-Acevedo, D; Lopera, F; (2010). Relación entre ansiedad, depresión, estrés y sobrecarga en cuidadores familiares de personas con demencia tipo alzheimer por mutación e280a en presenilina 1. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 5(2). 137-145. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179314915007>
- Molina-Jiménez, T; Gutiérrez-García, A G; Hernández-Domínguez, L; Contreras, C M; (Diciembre, 2008). Estrés psicosocial: Algunos aspectos clínicos y experimentales. *Anales de Psicología*, 24(2). 353-360. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16711589019>
- Moral de la Rubia, J. (2013). Validación de un formato simplificado del Inventario de Depresión de Beck (BDI-2). *Psicología Iberoamericana*, 21(1). 42-52. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133929862006>
- Organización Mundial de la Salud (2012) La depresión. Nota descriptiva 369. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- Ortega, J; (2014). ESTRÉS Y EVALUACIÓN PSICOLÓGICA: UN ACERCAMIENTO TEÓRICO RELACIONADO AL CONCEPTO DE RESILIENCIA. *Anuario de Investigaciones*, 21(). 297-302. Recuperado de <http://oai.redalyc.org/articulo.oa?id=369139994030>

- Pozo Cabanillas, P; Sarriá Sánchez, E; Méndez Zaballos, L; (2006). Estrés en madres de personas con trastornos del espectro autista. *Psicothema*, 18(3). 342-347. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72718302>
- Selye, H. (1936). A syndrome produced by diverse nocuous agents. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 10 (2), 230-231.
- Soriano, S., De la Torre, R., & Soriano, L. (Mayo, 2003). Familia, trastornos mentales y ciclo vital familiar. *Medicina de Familia (And)*, 4(2). Recuperado de <http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v4n2/07.pdf>
- Torreblanca, O. (Enero, 2001). Estrés esencial para la vida. *¿Cómo ves? Revista de Divulgación de la Ciencia de la UNAM*, 2(26). Recuperado de <http://www.comoves.unam.mx/assets/revista/26/el-estres.pdf>
- Vargas Murga, H; (2014). Tipo de familia y ansiedad y depresión. *Revista Médica Herediana*, 25(2). 57-59. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=338034007001>

ANEXOS**Consentimiento Informado**

Ciudad de México a ____ de ____ del 2017

Estimado participante.

A través de este documento queremos hacerle una invitación a participar voluntariamente en un estudio de investigación que tiene como objetivo medir y detectar depresión y estrés en los cuidadores principales, con hijos bajo tratamiento psiquiátrico y de apoyo de educación especial.

Antes de que usted acepte participar en este estudio, se le presenta este documento de nombre "Consentimiento Informado", que tiene como objetivo comunicarle sobre la investigación y recolección de la información que se está llevando a cabo.

Esta intervención consiste en la aplicación de los siguientes instrumentos: Inventario de Depresión de Aron Beck (BDI-II) que detecta la presencia de depresión y el nivel de afectación. Además se aplicará el Test de Vulnerabilidad al estrés de L.H. Miller y A.D. Smith, que tiene la finalidad de identificar aspectos vinculados con el estilo de la vida del individuo que le generan estrés. Los instrumentos serán llenados a tinta en un lapso de 30 minutos para contestar el total de preguntas en ambas pruebas.

Una vez que tenga conocimiento sobre el estudio, se le pedirá que firme esta forma, con la que usted afirma que su participación es voluntaria, así como recalcar que esta investigación cuenta con un estricto apego a la confidencialidad de los datos proporcionados por los participantes, con fines de estudio científico apegado a un estricto rigor ético profesional, con lo cual sus datos serán resguardados y utilizados con fines estadísticos dentro de esta investigación, sin hacer promoción o difusión de datos personales que afecten su integridad.

Firma de consentimiento.

Gracias por su participación.
Psicología en Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.

Hoja de Datos Demográficos

Llenar la siguiente información marcando con una "X" la respuesta correcta y/o llenando a tinta los datos adicionales que se indican.

Sexo: Masculino Femenino **Edad:** _____

Nivel educativo: Primaria Secundaria Preparatoria Universidad

Ocupación: _____ **Estado civil:** _____

Lugar de residencia

Estado: _____ **Municipio:** _____

Estoy bajo tratamiento psiquiátrico: Si No

Diagnóstico de mi hijo: _____

Medicamento que toma mi hijo: _____

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK – II (BDI-II)

Describe cómo te has sentido desde la semana pasada, incluso hoy. Lee todas las frases en cada grupo antes de hacer tu elección y marca (subraya o tacha) solo una de las opciones.

1	0. No me siento triste 1. Me siento triste la mayor parte del tiempo. 2. Estoy triste todo el tiempo. 3. Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo.	12	0. No he perdido el interés por los demás o por las cosas. 1. Estoy menos interesado/a por los demás o por las cosas que antes. 2. He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas. 3. Me resulta difícil interesarme por alguna cosa.
2	0. No estoy desanimado/a respecto a mi futuro. 1. Me siento más desanimado/a respecto a mi futuro que de costumbre. 2. No espero que las cosas se resuelvan. 3. Siento que mi futuro no tiene esperanza y que sólo irá a peor.	13	0. Tomo decisiones casi tan bien como siempre. 1. Me resulta más difícil tomar decisiones que de costumbre. 2. Me resulta mucho más difícil tomar decisiones que de costumbre. 3. Tengo dificultades para tomar cualquier decisión.
3	0. No me siento fracasado/a. 1. He fracasado más de lo que debería. 2. Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos. 3. Creo que soy un fracaso total como persona.	14	0. No creo que yo sea inútil. 1. No me considero tan valioso y útil como de costumbre. 2. Me siento más inútil en comparación con otras personas. 3. Me siento completamente inútil.
4	0. Disfruto tanto como antes las cosas que me gustan. 1. No disfruto de las cosas tanto como acostumbraba. 2. Disfruto muy poco de las cosas que me gustaban. 3. No disfruto de las cosas que me gustaban.	15	0. Tengo tanta energía como siempre. 1. Tengo menos energía que de costumbre. 2. No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas. 3. No tengo suficiente energía para hacer nada.
5	0. No me siento especialmente culpable. 1. Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho. 2. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo. 3. Me siento culpable siempre	16	0. No he notado ningún cambio en mi sueño. 1. Duermo algo más que de costumbre. 2. Duermo algo menos que de costumbre. 2. Duermo mucho más que de costumbre. 2. Duermo mucho menos que de costumbre. 2. Duermo la mayor parte del día. 3. Me despierto 1-2 horas antes y no puedo volver a dormirme.
6	0. No creo que esté siendo castigado/a. 1. Creo que puedo ser castigado/a. 2. Espero ser castigado/a. 3. Creo que estoy siendo castigado/a.	17	0. No estoy más irritable que de costumbre. 1. Estoy más irritable que de costumbre. 2. Estoy mucho más irritable que de costumbre. 3. Estoy irritable todo el tiempo.
7	0. Tengo la misma opinión sobre mí que de costumbre. 1. He perdido la confianza en mí mismo/a. 2. Me siento decepcionado conmigo mismo. 3. No me gusto a mí mismo/a.	18	0. No he notado ningún cambio en mi apetito. 1. Mi apetito es algo menor que de costumbre. 2. Mi apetito es algo mayor que de costumbre. 2. Mi apetito es mucho menor que antes. 2. Mi apetito es mucho mayor que de costumbre. 2. No tengo nada de apetito. 3. Tengo un ansia constante de comer.
8	0. No me critico o culpo más que de costumbre. 1. Soy más crítico/a conmigo mismo/a que de costumbre. 2. Me critico por todas mis faltas. 3. Me culpo por todo lo malo que sucede.	19	0. Puedo concentrarme tan bien como siempre. 1. No me puedo concentrar tan bien como de costumbre. 2. Me cuesta concentrarme en algo durante mucho rato. 3. No me puedo concentrar en nada.
9	0. No pienso en suicidarme. 1. Pienso en suicidarme, pero no lo haría. 2. Desearía suicidarme. 3. Me suicidaría si tuviese oportunidad.	20	0. No estoy más cansado/a o fatigado/a que de costumbre. 1. Me canso o me siento fatigado/a más fácilmente que de costumbre. 2. Estoy demasiado cansado/a o fatigado/a para hacer muchas de las cosas que solía hacer. 3. Estoy demasiado cansado/a o fatigado/a para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.
10	0. No lloro más que de costumbre. 1. Llora más que de costumbre. 2. Llora por cualquier cosa. 3. Tengo ganas de llorar pero no puedo.	21	0. No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo. 1. Estoy menos interesado/a en el sexo que de costumbre. 2. Estoy mucho menos interesado/a en el sexo ahora. 3. He perdido totalmente el interés por el sexo.
11	0. No estoy más intranquilo/a o nervioso/a que de costumbre. 1. Me siento más intranquilo/a o nervioso/a que de costumbre. 2. Estoy tan intranquilo/a o agitado/a que me es difícil estar quieto/a. 3. Estoy tan intranquilo/a o agitado/a que tengo que estar continuamente moviéndome o haciendo algo.	Total	

Test de Vulnerabilidad al Estrés.
L. H. Miller y A. D. Smith

Instrucciones: Califique cada una de las siguientes afirmaciones según su experiencia y utilización, con puntos del 1 al 5, donde cada puntuación significa lo siguiente:

1 = Siempre 2 = Casi siempre 3 = Frecuentemente
4 = Casi nunca 5 = Nunca

Afirmaciones	Puntuación
1. Hago por lo menos una comida caliente y balanceada al día.	
2. Por lo menos cuatro noches a la semana duermo de 7 a 8 horas.	
3. Doy y recibo afecto regularmente.	
4. En 50 millas a la redonda poseo, por lo menos, un familiar en el que puedo confiar.	
5. Por lo menos dos veces a la semana hago ejercicio hasta sudar.	
6. Fumo menos de media cajetilla de cigarros al día.	
7. Tomo menos de 5 tragos (de bebida alcohólica) a la semana.	
8. Tengo el peso apropiado para mi estatura.	
9. Mis ingresos satisfacen mis gastos fundamentales.	
10. Mis creencias me hacen fuerte.	
11. Asisto regularmente a actividades sociales o de algún club.	
12. Tengo una red de amigos y conocidos.	
13. Tengo uno o más amigos a quien puedo confiarles mis problemas personales.	
14. Tengo buena salud (es decir, mi vista, oído, dentadura, etcétera, están en buenas condiciones).	
15. Soy capaz de hablar abiertamente sobre mis sentimientos cuando me siento irritado o preocupado.	
16. Converso regularmente sobre problemas domésticos (es decir, sobre tareas del hogar, dinero, problemas de la vida cotidiana) con las personas que viven conmigo.	
17. Por lo menos una vez a la semana hago algo para divertirme.	
18. Soy capaz de organizar racionalmente mí tiempo.	

19. Tomo menos de tres tazas de café (o de té o refresco de cola) al día.	
20. Durante el día me dedico a mí mismo un rato de tranquilidad.	
Total	