



**UNIVERSIDAD
DE
SOTAVENTO A.C.**



ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**“REACCIONES EMOCIONALES EN PACIENTES FEMENINAS, DIAGNOSTICADAS
CON TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR, EN UN RANGO DE EDAD DE 20 A 40
AÑOS, EN EL CENTRO INTEGRAL DE SALUD MENTAL.”**

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

CHRISTIAN MICHELLE ESPINOSA ZÁRATE

ASESOR DE TESIS:

LIC. ADRIÁN PORFIRIO MÉNDEZ FERNÁNDEZ

Coatzacoalcos, Veracruz.

Febrero 2015.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIA

A MIS PADRES.- Muchas gracias por todo el apoyo brindado durante estos cinco años de formación académica, sé que sin ustedes no hubiera llegado hasta donde estoy ahora, que todo los sacrificios han valido la pena, así como sus consejos y el cariño durante toda la vida, haciendo de mí, una persona responsable, llena de valores y muy orgullosa de la carrera que elegí para crecer personal y profesionalmente.

A MI HERMANO.- Gracias por compartir conmigo 23 años de vida, donde me has visto crecer y estar conmigo en todo momento, como el hermano mayor que eres, siempre has sido mi ejemplo para esforzarme en mis estudios y lograr todas las metas, ambos estamos enfocados en el área de la salud, el cual disfrutamos en todo momento y comprometidos con brindar calidad a los pacientes que requieren de nuestro servicio.

AGRADECIMIENTOS

A mis maestros de la facultad de psicología de la Universidad de Sotavento, por contribuir a mi formación académica a lo largo de estos cinco años.

A mi asesor, al Lic. Omar Castillejos Zárate, por su paciencia y apoyo durante estos tres meses de seminario de tesis.

A mi director de la facultad, al Lic. Adrián Porfirio Méndez Fernández, por brindarme su confianza desde que empecé la carrera.

Al equipo multidisciplinario del Centro Integral de Salud Mental, a la psiquiatra que me permitió la entrada durante 3 meses, para poder realizar mi proyecto de investigación, también a la enfermera y a la psicóloga que me apoyaron en todo momento.

Y por último, a las pacientes que les apliqué los instrumentos para poder evaluar mi tesis, gracias por la confianza y el tiempo brindado.

ÍNDICE

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1. 1	Introducción.....	6
1. 2	Objetivo general.....	8
1. 3	Objetivos específicos.....	8
1. 4	Preguntas de investigación.....	8
1. 5	Justificación.....	9
1. 6	Planteamiento del problema.....	12

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2. 1	Emociones.....	14
2. 1. 1	Funciones sociales de las emociones.....	15
2. 1. 2	La perspectiva cognitiva.....	16
2. 1. 3	Las emociones básicas.....	17
2. 1. 4	La expresión de las emociones en la obra de Darwin.....	19
2. 2	Trastorno Depresivo Mayor.....	21
2. 2. 1	Cambios del estado normal al estado deprimido.....	23
2. 2. 2	Reacciones neurótico depresivas.....	25
2. 2. 3	Reacciones psicótico depresivas.....	27
2. 3	Trastornos del estado de ánimo: Teorías psicológicas.....	30
2. 3. 1	Teorías psicodinámicas de los trastornos depresivos.....	30
2. 3. 1. 1	Sigmund Freud y el psicoanálisis.....	31
2. 3. 2	Teorías conductuales de los trastornos depresivos.....	36
2. 3. 3	Teorías cognitivas de los trastornos depresivos.....	38

2. 3. 4 Teorías cognitivo-sociales.....	40
2. 3. 5 Teorías conductuales-cognitivas.....	42
2. 3. 6 Teorías interpersonales de los trastornos depresivos.....	44
2. 4 Edad Adulta Temprana.....	46
2. 4. 1 Desarrollo cognoscitivo en la edad adulta temprana.....	46
2. 4. 2 Desarrollo psicosocial en la edad adulta temprana.....	47
2. 4. 3 Modelos tipológicos.....	48
2. 4. 4 Bases de las relaciones íntimas.....	48
2. 4. 5 Síndrome premenstrual.....	51
2. 4. 6 Depresión y violencia de género.....	51
2. 5 Represión.....	57

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3. 1 Proceso de investigación.....	60
------------------------------------	----

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

4. 1 Análisis de datos.....	62
4. 2 Conclusiones.....	64
4. 3 Recomendaciones.....	66

BIBLIOGRAFÍA.....	67
--------------------------	-----------

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 INTRODUCCIÓN

El Trastorno Depresivo Mayor es una enfermedad psiquiátrica asociada a síntomas emocionales, vegetativos y físicos, entre los que se encuentran los de naturaleza dolorosa que se sobreponen. El Trastorno Depresivo Mayor se asocia a una alta prevalencia y a una importante carga en términos humanos y económicos, por lo que la OMS ha estimado que esta enfermedad se convertirá en la segunda causa de discapacidad hacia el año 2020.

El trastorno Depresivo Mayor es un curso clínico caracterizado por uno o más episodios depresivos mayores sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos. La característica esencial de un episodio depresivo mayor es un período de al menos 2 semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades.

Esta investigación pretende conocer la relación entre las reacciones emocionales y el Trastorno Depresivo Mayor, dentro del rango de edad de 20 a 40 años del sexo femenino. Para conseguir el objetivo planteado en este proyecto de investigación se recurrió a la observación participante con cada una de las pacientes femeninas diagnosticadas, así como la aplicación de test proyectivos y entrevistas no estructuradas.

La relevancia de la investigación radica en querer contribuir desde la psicología clínica en la comprensión de las emociones y el Trastorno Depresivo Mayor, la edad adulta temprana en el sexo femenino y el papel que representa la represión en éste trastorno.

La psicología desde sus distintas corrientes ha tratado de comprender la naturaleza de este fenómeno, ofreciendo distintas teorías que se mencionan a lo largo del marco teórico, desde teorías psicodinámicas, conductuales, cognitivas, cognitivo-sociales, conductuales-cognitivas hasta interpersonales.

En el capítulo I se plantea el problema de investigación, el objetivo general es describir las reacciones emocionales en pacientes femeninas diagnosticadas con Trastorno Depresivo Mayor en un rango de edad de 20 a 40 años en el Centro Integral de Salud Mental. Los objetivos específicos son: Identificar las emociones que presentan las pacientes diagnosticadas con Trastorno Depresivo Mayor., Analizar la relación entre el sexo femenino en un rango de edad de 20 a 40 años y el Trastorno Depresivo Mayor., y Examinar si la represión de las emociones conduce al Trastorno Depresivo Mayor.

Sustituyendo las hipótesis por preguntas de investigación debido al enfoque cualitativo, siguiendo con la justificación y culminando con el planteamiento del problema.

En el capítulo II se aborda el marco teórico, se hace una investigación bibliográfica con la finalidad de obtener información viable acerca de las emociones, el Trastorno Depresivo Mayor, las distintas teorías psicológicas que abordan el tema de éste trastorno, la edad adulta temprana en las mujeres y la represión.

En el capítulo III se menciona la metodología utilizada en este proyecto de investigación, desde un enfoque cualitativo, en una población de mujeres diagnosticadas con Trastorno Depresivo Mayor en el Centro Integral de Salud Mental, quedando una muestra de 10 pacientes, utilizando tres tipos de técnicas, las cuales incluyen observación participante, test proyectivos y entrevistas no estructuradas para evaluar las reacciones emocionales que presentan las pacientes femeninas.

El capítulo IV concluye con los resultados, dividido entre el análisis de los datos y la conclusión de la investigación llevada a cabo durante los tres meses, vinculando la teoría analizada con los resultados arrojados de la aplicación de técnicas de evaluación para el proyecto de tesis llamado: "Reacciones emocionales en pacientes diagnosticadas con Trastorno Depresivo Mayor en un rango de edad de 20 a 40 años en el Centro Integral de Salud Mental."

1.2 OBJETIVO GENERAL

Describir las reacciones emocionales en pacientes femeninas diagnosticadas con Trastorno Depresivo Mayor en un rango de edad de 20 a 40 años en el Centro Integral de Salud Mental.

1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar las emociones que presentan las pacientes femeninas diagnosticadas con el Trastorno Depresivo Mayor.

Analizar la relación entre el sexo femenino en un rango de edad de 20 a 40 años y el Trastorno Depresivo Mayor.

Examinar si la represión de las emociones conduce al Trastorno Depresivo Mayor.

1.4 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las emociones que presentan las pacientes femeninas diagnosticadas con Trastorno Depresivo Mayor?

¿Qué relación tiene el sexo femenino en un rango de edad de 20 a 40 años y el Trastorno Depresivo Mayor?

¿Reprimir las emociones conduce al Trastorno Depresivo Mayor?

1.5 JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo de investigación tiene por objetivo describir las reacciones emocionales en pacientes femeninas diagnosticadas con Trastorno Depresivo Mayor en un rango de edad de 20 a 40 años en el Centro Integral de Salud Mental. El Trastorno Depresivo Mayor es una enfermedad psiquiátrica asociada a síntomas emocionales, vegetativos y físicos, entre los que se encuentran los de naturaleza dolorosa que se sobreponen. El Trastorno Depresivo Mayor se asocia a una alta prevalencia y a una importante carga en términos humanos y económicos, por lo que la OMS ha estimado que esta enfermedad se convertirá en la segunda causa de discapacidad hacia el año 2020. El rango de edad se escoge debido a que en la Edad Adulta Temprana se suscitan cambios psicológicos en el ciclo vital del ser humano y se pretende determinar si existe una relación entre los factores psicológicos de esta etapa y el Trastorno Depresivo Mayor. Igual existe un gran interés sobre la represión, ya que en las bibliografías consultadas, se habla mucho acerca de la represión y la relación con trastornos afectivos de la personalidad, haciendo hincapié sobre la depresión. En México se estima que una de cada cinco personas sufre de depresión en algún momento de su vida y según informes de la Secretaría de Salud, cerca del 30% de la población ha atravesado alguna vez, por una depresión leve o aguda, y que en algunos de estos casos, los ha llevado a la muerte, de tal forma que en las últimas dos décadas, el número de suicidios ha aumentado en un 156%. Al ser un grave problema de salud pública, genera un gran impacto socioeconómico.

El psicólogo durante su formación académica, a través de prácticas y servicio social, se ve inclinado por el área clínica, debido al interés por la investigación de conductas alteradas y trastornos mentales que van en ascenso día tras día. La parte emocional tiene una influencia importante en nuestro sistema y puede desencadenar una variedad de síntomas, provocando estados psicológicos negativos que repercuten a la salud física y mental del individuo. Cuando se aborda al sujeto en una esfera biopsicosocial se comprende que cualquier área que tenga un malestar afectará a las siguientes, por lo tanto si la parte emocional

de un individuo no se resuelve adecuadamente puede tener repercusiones físicas y es donde aparece la enfermedad. Cada vez hay más noticias sobre suicidios o intentos fallidos sobre éste, amas de casa, esposas desesperadas, madres solteras, mujeres divorciadas llegan a consulta pidiendo ayuda, con un amplio abanico de emociones presentes, que no saben cómo resolver, enfrentar o abordar la situación. En Coatzacoalcos, Veracruz., existe una alta población que ha sido diagnosticada con este problema y éstos pacientes acuden al Centro Integral de Salud Mental, perteneciente a la Secretaría de Salud, donde se les brinda atención multidisciplinar para llevar a cabo su tratamiento. El proyecto de tesis está enfocado en un análisis cualitativo donde se observa a través de las pacientes femeninas, las reacciones emocionales que presentan durante la enfermedad. El beneficio para el autor aparte de adquirir conocimientos nuevos y repasar teorías aprendidas, es brindar a otros profesionales de la salud, la investigación realizada para que puedan analizar los factores que se encuentran en esta investigación y les permita extraer los conocimientos en su práctica. Conocer más sobre las emociones, las distintas teorías sobre éstas, identificar los factores que intervienen en el Trastorno Depresivo Mayor e identificar las características de la etapa Adulto Joven puede ayudar a tener un sentido más amplio sobre la enfermedad, a cualquier otro profesional de la salud, cómo: psiquiatras, médicos familiares, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos, terapeutas, familiares de pacientes diagnosticados o cualquier otra persona interesada en el tema.

Cada emoción juega un papel singular, muchos fisiólogos están descubriendo como las emociones preparan al organismo para una clase distinta de respuesta. Lo que al psicólogo concierne es la importancia de las emociones en la vida de las personas y se reafirma cuando surge un trastorno mental que involucra la integridad del ser humano, por lo tanto lo pone a prueba para demostrar las herramientas que posee y llevar un tratamiento eficaz con los pacientes. Cuando el paciente aprende a identificar sus emociones es más difícil que las reprima, debido a que es consciente sobre lo que está sintiendo, por lo tanto encuentra un equilibrio entre vivirlas y seguir adelante, o evitarlas y continuar con un ciclo

vicioso que afecta su salud mental. Este trabajo requiere de mucha precisión objetiva ya que se enfoca en una enfermedad que toca puntos muy sensibles del ser humano: las emociones. Si no se siente la necesidad o la desesperación del otro, no existe preocupación. Existen dos posturas que nuestra época reclama: dominio de sí mismo y compasión. La depresión no solo debe ser tratada sino también prevenida, y las emociones se deben abordar como una forma de aprendizaje. Por mucho que la tecnología y la ciencia han avanzado, a estas alturas del siglo XXI hay mucha gente que sigue dudando de la dualidad mente-cuerpo. Existe todavía un rechazo hacia las enfermedades emocionales, a los pacientes les cuesta creer que su enfermedad no deriva de un virus, una bacteria o predisposición genética, cuando se les pregunta sobre sus emociones, no saben cómo contestar, incluso desconocen esta palabra tan pronunciada en el transcurso de la vida cotidiana. Existe un temor por reconocer los problemas que se suscitan en la vida diaria y se delega la responsabilidad de aquel sufrimiento a cualquier causa externa, sin dirigirse al propio yo. Cada psicólogo se encuentra en contacto con distintas gamas de personalidades y enfermedades y esto le permite llevar a cabo investigaciones sobre la salud mental de los individuos. Esta tesis se dedica a los pacientes que permitieron su participación para lograr los objetivos específicos mencionados anteriormente. Al igual que el Centro Integral de Salud Mental que permitió al psicólogo acudir durante los tres meses que se llevó a cabo este proyecto de tesis.

1.6 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Trastorno Depresivo Mayor es una enfermedad psiquiátrica asociada a síntomas emocionales, vegetativos y físicos, entre los que se encuentran los de naturaleza dolorosa que se sobreponen. El Trastorno Depresivo Mayor se asocia a una alta prevalencia y a una importante carga en términos humanos y económicos, por lo que la OMS ha estimado que esta enfermedad se convertirá en la segunda causa de discapacidad hacia el año 2020. A nivel mundial, la incidencia es más alta en las mujeres que en los hombres, se sospecha que una variedad de factores únicos en la vida de la mujer desempeñan un papel muy importante en la depresión. Investigaciones mencionan factores como reproductivos, hormonales, maltrato o violencia, ciertas características psicológicas de la personalidad, etcétera. Considerando la importancia del psicólogo en la salud mental, se escoge esta problemática en el Centro Integral de Salud Mental, perteneciente a la Jurisdicción XI de la Secretaría de Salud, el cual se encarga de acciones primordiales como promoción a la salud, detección oportuna de trastornos mentales, valoración adecuada y seguimiento de casos.

Este estudio tiene como objetivo general describir las reacciones emocionales en pacientes femeninas diagnosticadas con Trastorno Depresivo Mayor en un rango de edad de 20 a 40 años en el Centro Integral de Salud Mental, a través del análisis de entrevistas no estructuradas, observación participante y aplicación de test proyectivos de personalidad. El cual se apoya de los siguientes objetivos específicos:

El primer objetivo es identificar las emociones que presentan las pacientes femeninas diagnosticadas con Trastorno Depresivo Mayor, por el cual se generaron las siguientes preguntas: ¿Qué son las emociones? ¿Cuáles son? ¿Para qué sirven? Para responder a estas interrogantes, se consulta a Daniel Goleman, psicólogo estadounidense nacido en Stockton, California; el 7 de marzo de 1947, autor del libro La Inteligencia Emocional publicado en 1995. Explica que la Inteligencia Emocional es el conjunto de habilidades que sirven para expresar y controlar los sentimientos de la manera más adecuada en el terreno personal y

social. Incluye, por tanto, un buen manejo de los sentimientos, motivación, perseverancia, empatía o agilidad mental. Justo las cualidades que configuran un carácter con una buena adaptación social. También el libro de Motivación y Emoción de John Marshall Reeve, el cual habla sobre las funciones y expresiones, así como las cuestiones teóricas en la investigación sobre las emociones.

El segundo objetivo es analizar la relación entre el sexo femenino en un rango de edad de 20 a 40 años y el Trastorno Depresivo Mayor. Para esto el psicólogo consulta el libro Desarrollo Humano de los autores Diane E. Papalia, Sally Wendkos Olds & Ruth Duskin Feldman; analiza el desarrollo cognoscitivo en la edad adulta temprana etapa, perspectivas sobre la edad adulta, el desarrollo moral, la educación y el trabajo, y por último el desarrollo psicosocial, modelos de rasgos, bases de las relaciones íntimas: amistad, amor y sexualidad, estilos de vida no matrimonial y matrimonial, paternidad, división del trabajo doméstico y efectos en el matrimonio, etc. El papel de la reproducción biológica y las hormonas. El sexo femenino se vuelve más vulnerable a la hora de cumplir las expectativas que exige una sociedad respecto a ese rango de edad. El estrés del trabajo junto con la responsabilidad del hogar, entre muchos otros factores puede conducir a un trastorno del estado de ánimo.

Y por último, examinar si la represión de las emociones conduce al Trastorno Depresivo Mayor. Aquí el psicólogo se relaciona con el concepto psicoanalítico mencionado por Anna Freud para poder corroborar si existe una relación entre la represión de las emociones y el Trastorno Depresivo Mayor. Generando las siguientes preguntas ¿Este mecanismo de defensa se relaciona con la enfermedad? ¿De qué manera afecta al individuo la represión emocional? Dando respuesta a que muchas de las pacientes ni siquiera expresan sus emociones debido a que no las reconocen.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 EMOCIONES.

En una visión retrospectiva del concepto emoción, es fácil identificar tradiciones dualistas en donde se les concibe como entidades ubicadas dentro del organismo y de difícil definición (Grossman, 1967) o como agentes causales e imaginarios de la conducta (Skinner, 1981). Esta tradición ha permanecido hasta la actualidad con sutiles transformaciones y presentándose en formatos científico-tecnológicos de atracción tal que, a pesar de sus problemas de fondo, persisten en la comunidad científica. Por otro lado, se han desarrollado tradiciones naturalistas que conciben a las reacciones emocionales de una manera más acorde con la explicación científica de la conducta, caracterizadas en general por concebir al comportamiento psicológico como el accionar completo del organismo, mismo que se construye en la ontogénesis e implica ajustes en el devenir organismo-medio (Roca i Balasch, 1993). En términos generales, el desarrollo conceptual ha consistido inicialmente en plantear constructos de estados internos, ya sea de índole fisiológica o psicológica, hasta descripciones que incluyen aspectos ambientales, índices fisiológicos y aspectos conductuales de los organismos. Según Weiten (1992), la emoción es una experiencia subjetiva consciente (componente cognoscitivo) acompañada de activación o despertamiento corporal (componente fisiológico) y de expresiones manifiestas (componente conductual). Para Grossman (1967), las emociones son sentimientos subjetivos que ocurren en respuesta a algún evento estímulo externo; poseen una consistencia dual, por un lado está la expresión de la emoción (respuestas manifiestas somáticas y autónomas) y, por el otro, la experiencia interna (la respuesta del sistema nervioso central) inferida solamente a través de los reportes verbales de sentimientos subjetivos.¹

¹ Varela, C. (1998). Reacciones Emocionales: Aspectos Conceptuales y de Medición. *Revista Sonorense de Psicología*, Vol. 12, 91-97.

Las emociones son fenómenos multidimensionales. En parte, las emociones son estados afectivos subjetivos, hacen sentir de una manera en concreto, por ejemplo, felicidad, tristeza o enojo. Las emociones también son respuestas biológicas, reacciones fisiológicas que preparan al cuerpo para la acción adaptativa. Finalmente, las emociones son fenómenos sociales, las emociones producen expresiones faciales y corporales características que comunican nuestras experiencias emocionales internas a los demás.

El tema de las emociones se identifica también fuertemente con numerosos aspectos de los trastornos mentales ya que profundos cambios emocionales se encuentran entre las características más destacadas de muchas de estas condiciones. El ser humano se comporta de manera distinta ante las circunstancias de la vida diaria, esto se debe a las reacciones emocionales ante ellas. Las emociones matizan las percepciones y dan rumbo a las acciones, provocando intensos cambios fisiológicos y psicológicos, los cuales modifican la personalidad. Por lo tanto en pacientes diagnosticadas con Trastorno Depresivo Mayor se aprecian estados emocionales como: tristeza, pesimismo, irritación, ansiedad, molestia y desesperación. Freud descubrió que no somos simplemente animales racionales, sino seres gobernados por fuerzas emocionales profundas cuyo origen, en la mayoría de los casos, es inconsciente. Las emociones constituyen las bases para liberar las tensiones y la apreciación del placer, también sirve a la persona para mantener ciertos recuerdos fuera de la conciencia. Para él, las reacciones emocionales intensas podían ocultar un trauma de la infancia.

2.1.1 Funciones sociales de las emociones.

Además de facilitar la adaptación del individuo a su entorno, las emociones también facilitan la adaptación del individuo al entorno social. Carroll Izard (1989) ha hecho una lista de las funciones sociales de la emoción. Las expresiones emocionales: facilitan la comunicación de los estados afectivos, regulan la manera en la que los otros responden a nosotros, facilitan las interacciones sociales y promueven la conducta prosocial. Las expresiones emocionales comunican cómo

nos sentimos a los demás. Las expresiones emocionales son mensajes potentes no verbales de comunicación. Las expresiones emocionales regulan la manera en que los demás reaccionan ante nosotros. En ocasiones, sin embargo, la expresión emocional puede ser contraproducente a la hora de regular la manera en que los demás reaccionan ante nosotros. Coyne (1976) propone que las personas deprimidas expresan su estado emocional a los demás para conseguir apoyo y consuelo. Desgraciadamente este tipo de comunicación emocional depresiva muchas veces provoca efecto negativo en los demás en lugar de apoyo y consuelo que anhelan. Una expresión emocional de malestar comunica un humor triste, baja autoestima, desesperanza y fatiga a los demás (Winer, Bonner, Blaney y Murray, 1981). Las expresiones emocionales facilitan la interacción social. Las expresiones emocionales a menudo son motivadas socialmente y no emocionalmente. Esta idea suena extraña porque en general se da por sentado que las personas sonrían cuando sienten alegría y fruncen el ceño cuando se sienten tristes. El efecto positivo facilita la conducta prosocial. Bajo la influencia del afecto positivo, las personas tienen significativamente más probabilidades de ser prosociales (es decir, más sociables, cooperativas, y ayudar más a los demás (Isen, 1987).²

2.1.2 La perspectiva cognitiva.

Según la perspectiva cognitiva las personas tienen muchas más emociones que las cuatro u ocho que señala la tradición biologicista. Los teóricos cognitivos aceptan que hay un número limitado de reacciones corporales (por ejemplo, la reacción lucha-huida) pero defienden que de la misma reacción biológica pueden surgir distintas emociones. Dado que las experiencias se pueden vivir e interpretar de tan diversas maneras, los seres humanos tienen una gran diversidad de emociones. Fridja resume la esencia de la perspectiva cognitiva de la siguiente manera: <<las emociones surgen como respuesta a las estructuras de significado de determinadas situaciones, las distintas emociones surgen como respuesta a las

² Reeve, J. (1994). *Funciones y expresiones de la emoción*. En *Motivación y Emoción* (pp. 351-354). España: McGraw-Hill.

distintas estructuras de significado>> (Fridja, 1988, p. 349). Antes de hacer énfasis en las variables fisiológicas, los procesos sociales y cognitivos más bien moldean, modelan y construyen tantas emociones distintas como resulte funcional dentro del sistema social del individuo.³

2.1.3 Las emociones básicas.

Sorpresa:

La sorpresa es la más breve de las emociones. Por ser de duración tan breve, la sorpresa suele convertirse rápidamente en otra emoción. El significado funcional de la sorpresa es el de preparar al individuo para afrontar de forma efectiva los acontecimientos repentinos e inesperados y sus consecuencias. Desde un punto de vista evolutivo, la sorpresa puede ser extremadamente adaptativa.

Miedo:

El miedo se activa por la percepción de daño o peligro. El miedo confiere a las personas una sensación de tensión nerviosa que les permite protegerse o desarrollar lo que en términos de Arnold sería una <<tendencia a la acción evitativa>>. La motivación de protección se manifiesta típicamente mediante la huida y retirada frente al objeto(s) o mediante respuestas de afrontamiento que nos permiten encararnos con el objeto temido. A nivel ya más positivo, el miedo facilita el aprendizaje de nuevas respuestas que apartan a la persona del peligro.

Rabia:

La rabia es la emoción más <<caliente>> y pasional. La rabia puede ser activada de diversas maneras pero su antecedente principal es el control, sea físico o psicológico. La rabia es también la emoción potencialmente más peligrosa ya que su propósito funcional es el de destruir las barreras en el ambiente (Plutchik, 1980). Así mismo desde una perspectiva evolutiva, la rabia moviliza la energía

³ Reeve, J. (1994). *Cuestiones teóricas en la investigación sobre emociones*. En Motivación y Emoción (p. 383). España: McGraw-Hill.

hacia la autodefensa, una defensa caracterizada por el vigor, la fuerza y la resistencia.

Asco:

El asco implica una respuesta de huida o rechazo ante un objeto deteriorado o pasado. El significado emocional del asco es el rechazo. Por lo tanto, el asco es una emoción que mantiene y promueve la salud.

Angustia:

La angustia es la emoción más negativa y aversiva. Los dos activadores principales de la angustia son la separación y el fracaso. La angustia motiva a la persona a realizar cualquier conducta necesaria para aliviar las circunstancias que la han provocado. La angustia persistente también conduce a la más aversiva de las experiencias humanas, la depresión. Si se evalúa la angustia de una manera más positiva, se pueden apreciar sus aspectos positivos. La angustia facilita la cohesión de los grupos sociales. (Averill, 1968).

Alegría:

El significado funcional de la alegría es doble. Por una parte, la alegría es una sensación positiva derivada de una sensación de satisfacción y triunfo. Al ser una sensación intrínsecamente positiva, la alegría resulta que la vida resulte agradable. Lo agradable de la alegría, por lo tanto, contrarresta las experiencias vitales inevitables de frustración, decepción y afecto negativo en general. La alegría facilita también la voluntad de las personas de participar en actividades sociales.

Interés:

El interés es la emoción que más presente está en el funcionamiento día a día de las personas. En la consciencia hay siempre presente algún nivel de interés suponiendo que la persona se encuentra libre de pulsiones, (por ejemplo, hambre) u otra emoción fuerte (por ejemplo, rabia-furia). El interés motiva las conductas de

exploración, tanto ambientales como epistémicas (Berlyne, 1960). El interés subyace también nuestro deseo de ser creativos, de aprender y desarrollar nuestras competencias y habilidades.⁴

2.1.4 La expresión de las emociones en la obra de Darwin.

Cada reacción emocional puede caracterizarse por una serie de gestos, o movimientos faciales específicos que facilitan su reconocimiento por parte de observadores externos. Algunos de los más significativos son los siguientes:

Alegría:

- Elevación de las mejillas.
- Comisura labial retraída y elevada.
- Arrugas en la piel debajo del párpado inferior.

Asco:

- Elevación del labio superior. Generalmente asimétrica.
- Arrugas en nariz y áreas cercanas al labio inferior.
- Arrugas en la frente.
- Elevación de las mejillas arrugando los párpados inferiores.

Ira:

- Cejas bajas, contraídas y en disposición oblicua.
- Párpado inferior tenso.
- Labios tensos, o abiertos en ademán de gritar.
- Mirada prominente.

⁴ Reeve, J. (1994). *Cuestiones teóricas en la investigación sobre emociones*. En *Motivación y Emoción* (pp. 383-389). España: McGraw-Hill.

Miedo:

- Elevación y contracción de las cejas.
- Párpados superior e inferior elevados.
- Labios en tensión. En ocasiones la boca está abierta.

Sorpresa:

- Elevación de las cejas, dispuestas en posición circular.
- Estiramiento de la piel debajo de las cejas.
- Párpados abiertos (superior elevado e inferior descendido).
- Descenso de la mandíbula.

Tristeza:

- Ángulos inferiores de los ojos hacia abajo
- Piel de las cejas en forma de triángulo
- Descenso de la comisura de los labios, que incluso pueden estar temblorosos.⁵

⁵ Chóliz, M. (1995): La expresión de las emociones en la obra de Darwin. En F. Tortosa, C. Civera y C. Calatayud (comps): *Prácticas de la historia de la Psicología*. Valencia: Promolibro.

2.2 TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR.

La característica esencial de un trastorno depresivo mayor es un curso clínico caracterizado por uno o más episodios depresivos mayores sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos.

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

Criterios para el episodio depresivo mayor

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

- (1) estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto o la observación realizada por otros.
- (2) disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día,
- (3) (según refiere el sujeto u observan los demás)
- (4) pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso, o pérdida o aumento del apetito casi cada día.
- (5) insomnio o hipersomnia casi cada día
- (6) agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)
- (7) fatiga o pérdida de energía casi cada día
- (8) sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes)
- (9) disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)

(10) pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica.

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo, los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

6

⁶ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.

2.2.1 Cambios del estado normal al estado deprimido.

Ítemes	Cambios	
	Estado normal	Estado deprimido
Estímulos		Respuesta
Objeto amado	Afecto	Indiferencia, aversión
Actividades favoritas	Placer	Aburrimiento
Nuevas oportunidades	Entusiasmo	Indiferencia
Humorismo	Diversión	Abatimiento
Estímulos nuevos	Curiosidad	Falta de interés
Abuso	Cólera	Autocrítica, tristeza
Meta o impulso		Dirección
Gratificación	Placer	Evasión
Bienestar	Cuidado de uno mismo	Descuido de uno mismo
Conservación de uno mismo	Supervivencia	Suicidio
Logros	Éxito	Retraimiento
Pensamiento		Evaluación
Sobre uno mismo	Realista	Menosprecio de uno mismo
Sobre el futuro	Esperanzado	Desesperanzado
Sobre el ambiente	Realista	Abrumador

Actividades biológicas y fisiológicas		Síntoma
Apetito	Hambre espontánea	Falta de apetito
Sexualidad	Deseo espontáneo	Falta de deseo
Sueño	Descansado	Alterado
Energía	Espontánea	Fatigado

⁷ Sarason, I., & Sarason B. (2000). *Trastornos emocionales*. En *Psicología anormal* (p. 281). México: Trillas.

2.2.2 Reacciones neurótico depresivas.

La depresión neurótica parece ser, ante todo, una perturbación del humor. Es una reacción a la pérdida o la amenaza de pérdida, al fracaso, a la desaprobación o la desilusión. Los síntomas básicos son la subestimación de sí mismo, el desaliento y la búsqueda de apoyo. La persona neuróticamente deprimida no logra interesarse por la gente, por las cosas o por las actividades; renuncia a tener iniciativa, expresa constantemente sus sentimientos de inferioridad, de desprecio y de desesperación.

Definición. Las reacciones neurótico depresivas son desórdenes del humor en los que se expresan la tensión y la ansiedad en forma de abatimiento y subestación de sí mismo, alteraciones somáticas y quejas repetidas acerca de sentirse inferior, desesperado y despreciable.⁸

Factores precipitantes. Las privaciones y frustraciones que exceden los límites de la tolerancia individual son las que precipitan las reacciones neurótico depresivas. Las personas depresivas son en especial vulnerables a cualquier cosa que destruya o amenace seriamente la satisfacción de sus necesidades de dependencia profunda y a todo lo que empequeñezca su sentido de autoestima. Entre los factores precipitantes más comunes tenemos: 1. Pérdida de amor o de apoyo emocional, 2. Fracasos personales o económicos, 3. Responsabilidades nuevas o la amenaza de nuevas responsabilidades. El paciente reacciona ante tales factores con una regresión parcial; ésta reactiva conflictos infantiles, actitudes y defensas del ego infantil y un superego arcaico.

1. Pérdida de amor o de apoyo emocional. El adulto que se vuelve neuróticamente deprimido siempre ha necesitado mucho apoyo emocional para apuntalar su tambaleante autoestima. Perder un amor, o incluso verse amenazado por la pérdida del mismo, significa para esta persona sufrir un ataque en la parte más vulnerable de su sistema de personalidad.

⁸ Cameron, N. (2012). *Reacciones neurótico depresivas*. En Desarrollo de la personalidad y psicopatología (pp. 411-412). México: Trillas.

2. Fracasos personales o económicos. El fracaso golpea directamente el núcleo de los sistemas de seguridad con que las personas dependientes tratan de rodearse. La pérdida de poder, prestigio, propiedad o dinero pueden separar a la persona e fuentes importantes de apoyo moral y material. Lo mismo ocurre cuando la fuerza, la salud, la juventud o la belleza comienzan a desaparecer. Muchos depresivos potenciales no pueden pasárselas sin esas fuentes de apoyo para equilibrar la debilidad y el hambre internos sentidos por su organización de personalidad. Para ellos los privilegios personales y económicos no son meros recursos, sino la realización de sus necesidades inconscientes más urgentes: que se los ame, cuide y consienta. Sin esto la persona depresiva se siente abandonada, despreciada y sin amor.
3. Nuevas responsabilidades. Las nuevas responsabilidades, o la posibilidad de que las haya, puede desencadenar una reacción neurótica depresiva. En algunas personas el simple hecho de una promoción las hace sentirse inconscientemente culpables; representa para el neurótico algún triunfo prohibido relacionado con su primera niñez.⁹

Antecedentes infantiles de las reacciones neurótico depresivas. Las personas neurótico depresivas tienen sus principales puntos de fijación en una fase infantil de dependencia oral, una fase de desarrollo preedípico anterior a la de autoafirmación y la lucha por el poder a que vuelvan las personas obsesivo compulsivas. El neurótico depresivo muestra su enojo y su resentimiento, tal y como lo hacen los obsesivo compulsivos, y expresa profundas necesidades de dependencia junto al miedo de volverse irremediabilmente dependiente.

El sentido de culpa inconsciente que prevalece en las depresiones neuróticas no se expresa directamente o se experimenta conscientemente como culpa. Más bien

⁹ Cameron, N. (2012). *Reacciones neurótico depresivas*. En Desarrollo de la personalidad y psicopatología (pp. 413-414). México: Trillas.

se presenta en forma derivada, como quejas de que no se le ama y de que no despierta amor, de que no vale nada, de que no se le acepta y de que es inferior.¹⁰

2.2.3 Reacciones psicótico depresivas.

Las reacciones psicótico depresivas son desórdenes del humor en las que el desaliento, la culpa y las ideas delirantes de desprecio por sí mismo dominan el pensamiento de una persona. Las ideas delirantes predominantes concuerdan con ese humor de desaliento, a menudo aprensivo. El paciente se hunde en algún conflicto avasallador surgido de la culpa o de la sensación de no valer nada, excluyendo virtualmente todo lo demás. El error más común y peligroso que cometen es subestimar el odio asesino por sí mismo que aparece en las depresiones, y permiten que el suicidio las sorprenda.

Definición. Las depresiones psicóticas son desórdenes del humor, en los que el desánimo, el desprecio de sí mismo y la autocondena alcanzan proporciones delirantes.¹¹

Factores precipitantes. Éstas son: 1. Pérdida o amenaza de pérdida de una fuente importante de gratificación; 2. Pérdida o amenaza de pérdida de la seguridad básica; 3. Brote de impulsos eróticos u hostiles; 4. Incremento súbito de la culpa, sea consciente, preconsciente o inconsciente; 5. Reducción de la eficacia general del ego, en el sentido de la adaptación o la defensa.

Vulnerabilidad a la depresión:

- a) Pérdida de amor. Puede provenir de una muerte, o de una desilusión. También puede provocarla una separación, el abandono, una decepción severa, el rechazo, la humillación o el olvido.
- b) Pérdida de la seguridad personal. Casi todos tenemos satisfacciones de tener amigos, posesiones, prestigio y reputación, que nos dan apoyo y

¹⁰ Cameron, N. (2012). *Reacciones neurótico depresivas*. En Desarrollo de la personalidad y psicopatología (pp. 433-434). México: Trillas.

¹¹ Cameron, N. (2012). *Reacciones psicótico depresivas*. En Desarrollo de la personalidad y psicopatología (pp. 506-507). México: Trillas.

seguridad emocional cuando tenemos problemas. Para gran parte de las personas tiene el mismo significado un hogar, un medio circundante familiar y un modo de vivir rutinario. Basta la pérdida o la amenaza de pérdida de tales recursos para entristecer o desanimar a la gente.

Para una persona depresiva tales pérdidas equivalen a una pérdida de amor. Se trata de frustraciones, de imperiosas necesidades de dependencia que la dejan sintiéndose abandonada, privada, rebajada y sin amor.

- c) Pérdida de la estima de sí mismo. Hemos dicho que las personalidades depresivas dependen del amor, de la aprobación, de la seguridad y del apoyo por parte de otras personas porque carecen seriamente de estima de sí mismas.¹²

Antecedentes infantiles de las reacciones psicóticas depresivas. El adulto en especial vulnerable a la depresión psicótica es aquél que ha experimentado durante su niñez mucha mayor aceptación que el adulto vulnerable a las reacciones paranoicas. Como regla, da la impresión de tener mayor estabilidad cuando está bien. Suele lograr interrelaciones personales muy íntimas. No obstante, como resultado de su traumática niñez primaria, sufre de por vida los siguientes defectos:

1. Una organización del ego inestable, que se desintegra cuando desaparece el apoyo narcisista, sea por una pérdida real o porque el paciente se aparta.
2. Un sistema arcaico poderoso del superego, el cual es fundamentalmente sádico, que da lugar a sentimientos de inferioridad y menosprecio de sí mismo y hace que la persona busque constantemente relaciones que le proporcionen amor o apoyo, pues con ellos neutraliza la agresión del superego.
3. Una estructura defensiva distorsionada, en la que la represión resulta crónicamente inadecuada, mientras que la introyección es desarrollada y utilizada en exceso.

¹² Cameron, N. (2012). *Reacciones psicóticas depresivas*. En Desarrollo de la personalidad y psicopatología (pp. 512-514). México: Trillas.

4. Vulnerabilidad a la ansiedad traumática cuando se frustran las necesidades dependientes y se pone en peligro el apoyo narcisista, con la consiguiente intolerancia por el rechazo debido a las amenazas provenientes del ataque del superego.
5. Fijaciones poderosas en conflictos infantiles, que se centran alrededor del amor y el odio, del bien y el mal, del pecado y del perdón. Como la represión es ineficaz, esos conflictos penetran en el pensamiento preconscious y distorsionan las relaciones interpersonales.
6. Una verificación distorsionada de la realidad que, aunque más competente cuando hay salud que la verificación de la realidad paranoica, se ve desviada por una excesiva necesidad de seguridad y dependencia, por una hipersensibilidad a las señales de rechazo y de repulsión y por un abuso de la introyección.¹³

¹³ Cameron, N. (2012). *Reacciones psicóticas depresivas*. En Desarrollo de la personalidad y psicopatología (p. 538). México: Trillas.

2.3 TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO: TEORÍAS PSICOLÓGICAS.

2.3.1 Teorías psicodinámicas de los trastornos depresivos.

Según la postura psicodinámica muchos de los trastornos depresivos son reacciones ante eventos que simbolizan la pérdida de algo amado. Esta pérdida no necesita ser dolorosa en opinión de toda la gente, sino que le da esa interpretación el individuo afectado. La depresión fue el primer trastorno descrito por Freud en que el factor causal central fue la emoción y no el deseo sexual. La melancolía, como Freud la llamó, era un pesar que se había vuelto loco, excesivo, desenfrenado; a menudo sin relación con el ambiente, y aparentemente injustificado. La mayoría de las formulaciones psicodinámicas se enfocan en la historia de las relaciones entre el individuo y la persona de la que más dependió en su infancia, generalmente la madre. Según esta idea, un antecedente histórico de la depresión es un trastorno en las relaciones de la primera infancia. El trastorno puede deberse a la pérdida real de una figura paternal, o al temor o la imaginación de la misma. Debido a que esta pérdida puede provocar mucha ansiedad, se le empuja fuera de la conciencia; sin embargo, ejerce su influencia y culmina en una depresión real cuando la provoca un suceso simbólicamente significativo.

Las primeras formulaciones psicológicas sobre los trastornos depresivos provinieron del psicoanálisis. Ya en 1893, Freud había propuesto algunas hipótesis sobre la melancolía, pero fue su discípulo Karl Abraham (1911, 1924) el primero en articular una teoría psicodinámica de la depresión. Abraham concibió la depresión como una exacerbación constitucional y heredada del erotismo oral, es decir, como una tendencia exagerada a experimentar placer por medio de la gratificación oral, lo que conducía a una intensificación de las necesidades y, por tanto, de las frustraciones asociadas con los actos de chupar, beber, comer, besar, etc.¹⁴

¹⁴ Belluch, A., Bonifacio, S., & Ramos, F. (2009). *Trastornos del estado de ánimo: Teorías psicológicas*. En Manual de Psicopatología, vol. II (p. 273). España: McGraw-Hill.

Freud interpretaba la depresión como la existencia de un superyó demasiado exigente, en el aspecto del deber y la obligación que crea una gran cantidad de sentimientos de culpa. Debido a que en la fase oral, existe la satisfacción pasiva de las necesidades, una fijación a nivel oral facilita la dependencia emocional. Las teorías psicoanalíticas más recientes afirman que las personas depresivas son aquellas que de pequeñas sufrieron la pérdida de un objeto, ya sea por separación, muerte o rechazo y se volvieron sensibles al abandono o pérdida, sea real o imaginaria, así las pérdidas en la infancia sirven como factor de vulnerabilidad en la edad adulta.

Diferentes teóricos psicodinámicos, tales como Blatt (1974), Bowlby (1980), y Arieti y Bemporad (1980), han postulado la existencia de al menos dos tipos diferentes de depresión. Los individuos que experimentan el primer tipo de depresión, conocida como anaclítica, dominada por el otro o dependiente, están fundamentalmente preocupados por las relaciones interpersonales, mostrando una excesiva dependencia de ellas, y manifiestan una sintomatología caracterizada por los sentimientos de soledad, indefensión, abandono, pérdida y falta de amor. Las personas que experimentan el segundo tipo de depresión, denominada introyectiva, dominada por las metas o autocrítica, están principalmente preocupadas por cuestiones de logro, autodefinición, autovalía, se autocritican excesivamente y manifiestan una gran cantidad de sentimientos de culpa, de fracaso e inutilidad.¹⁵

2.3.1.1 Sigmund Freud y el psicoanálisis.

Freud describía la mente como dividida en tres partes: el consciente, el inconsciente y el preconscious.

El consciente. El consciente se explica por sí mismo, de ahí que hubiera sido la parte de la mente que más preocupaba a la ciencia... hasta Freud. No obstante, el consciente representa sólo una pequeña fracción de la mente, pues sólo

¹⁵ Belluch, A., Bonifacio, S., & Ramos, F. (2009). *Trastornos del estado de ánimo: Teorías psicológicas*. En Manual de Psicopatología, vol. II (p. 274). España: McGraw-Hill.

comprende lo que percibimos en el momento. Aunque Freud nunca descuidó los mecanismos de la conciencia, le interesaban mucho más las regiones de la conciencia menos evidentes y exploradas, para las cuales acuñó los nombres de preconscious e inconsciente (Herzog, 1991).

El inconsciente. Según Freud, cuando un pensamiento o un sentimiento consciente no parece guardar relación con los pensamientos y sentimientos que le preceden, hay conexiones reales pero inconscientes. “Llamamos inconsciente a un proceso psíquico cuya existencia no podemos menos que reconocer –lo cual inferimos a partir de los efectos – pero del cual no sabemos nada” (1933, p. 70).

El preconscious. En términos rigurosos, el preconscious forma parte del inconsciente, aun cuando se trate de una parte que fácilmente puede tomarse consciente. Tales partes accesibles de la memoria forman parte del preconscious y comprenden, por ejemplo, el recuerdo de todo lo que hizo una persona el día de ayer, un apellido, domicilios, la fecha de la conquista española, los platillos preferidos, el olor de hojas quemadas y un pastel de forma curiosa comido durante una fiesta infantil de cumpleaños. El preconscious hace las veces de un almacén para los recuerdos de la conciencia funcional.¹⁶

La estructura de la personalidad.

El ello. Es el núcleo original del cual se derivan todos los demás aspectos de la personalidad. Posee una naturaleza biológica y hace las veces de reserva de energía para todas las áreas de la personalidad. Aun cuando las otras partes se originan en el ello, éste es primitivo y desorganizado. “Las leyes lógicas del pensamiento no se aplican al ello” (Freud, 1933, p. 73). Además, el ello no sufre ninguna modificación a medida que la persona crece y madura: la experiencia no ejerce ninguna influencia debido a que este estrato de la mente no tiene contacto con el mundo exterior. Sus cometidos consisten en reducir la tensión, incrementar el placer y minimizar el dolor. El ello cumple con estas funciones a través de los

¹⁶ Fadiman, J., & Frager, R. (2002). *Sigmund Freud y el psicoanálisis*. En Teorías de la personalidad (p. 24). México: Oxford.

actos reflejos (reacciones automáticas como estornudar o parpadear) y los procesos psíquicos de las otras partes de la mente. El contenido del ello tiene un carácter casi totalmente inconsciente. Comprende pensamientos que nunca se han tornado conscientes e ideas que se han rechazado por inaceptables para la conciencia. Según Freud, las experiencias que se han negado o reprimido conservan aún el poder suficiente como para influir sobre la conducta de la persona, con una intensidad no disminuida por el tiempo y sin la intervención de la parte consciente.

El yo. Es parte de la psique que mantiene contacto con la realidad externa. Tiene por origen el ello, cuando el niño adquiere conciencia de su propia identidad, con el fin de ejecutar y moderar sus exigencias constantes. Para conseguir esto, el yo, a semejanza de la corteza de un árbol, protege al ello pero también le sustrae energía. Su misión consiste en preservar la salud, la seguridad y la cordura de la personalidad. Freud postuló que el yo cumple varias funciones en relación con los mundos exterior e interior, cuyas exigencias se esfuerza por satisfacer. Sus principales características comprenden el control de los movimientos voluntarios y cualquier actividad que tenga por fin la autoconservación. Toma conciencia de los hechos externos, los relaciona con el pasado y, mediante la actividad, evita la condición, se adapta o modifica el mundo exterior con vistas a hacerlo más seguro o más cómodo. Respecto a los “hechos internos”, el yo se esfuerza por ejercer el control sobre “las exigencias de los instintos; decide si aquéllas deben ser satisfechas, pospone dicha satisfacción para tiempos y circunstancias más favorables en el mundo exterior o suprime del todo sus excitaciones” (1940, pp. 2-3). Las actividades del yo se concentran en regular el nivel de tensión producido por los estímulos internos o externos. Los aumentos de la tensión se perciben como dolor, mientras que su disminución se experimenta como placer. Por consiguiente, el yo persigue el placer e intenta evitar o reducir al mínimo el dolor.

El superyó. Hace las veces de juez o censor de las actividades y reflexiones del yo. Trátase del depositario de los códigos morales, de las norma de conducta y de las construcciones que conforman las inhibiciones de la personalidad. Son tres las

funciones que, según Freud, realiza el superyó: la conciencia, la autoobservación y la formación de ideales. Como conciencia, el superyó se dedica a limitar, prohibir o juzgar la actividad consciente, aunque también puede intervenir de manera inconsciente. Las restricciones inconscientes son indirectas, pues se manifiestan como compulsiones o prohibiciones. “El sujeto de estas limitaciones [...] se comporta como si estuviera dominado por un sentido de culpa del cual no sabe nada” (1907, p. 123).¹⁷

Etapas de desarrollo psicosexual.

Cuando el lactante se convierte en niño, el niño en adolescente y el adolescente en adulto, se verifican importantes cambios en los objetos de los deseos y en la forma en que se satisfacen. Los cambiantes modos de gratificación, junto con las zonas físicas en que se opera, constituyen los elementos básicos de la concepción freudiana de las etapas de desarrollo.

La etapa oral. Comienza al nacimiento, cuando tanto las necesidades como la gratificación se concentran principalmente en los labios, la lengua y, algo más tarde, los dientes. La pulsión básica del lactante no se dirige a lo social o lo interpersonal, sino, simplemente a consumir alimentos y aliviar las tensiones producidas por el hambre y la sed. Durante la lactancia, el bebé también es acariciado, arrullado y abrazado. El pequeño asocia tanto el placer como la reducción de la tensión con el proceso de alimentación. La boca es la primera parte del cuerpo que controla el lactante; la mayoría de la energía libidinal que posee se dirige o se concentra ahí. La etapa oral tardía, después de que brotan los dientes, incluye la gratificación de los instintos agresivos.

La etapa anal. Cuando el niño crece descubre nuevas áreas de tensión y gratificación. Entre los dos y cuatro años, los niños aprenden a controlar el esfínter y la vejiga, y prestan especial atención a la micción y la defecación. Aprender a usar el sanitario da lugar a un natural interés en el autodescubrimiento. El

¹⁷ Fadiman, J., & Frager, R. (2002). *Sigmund freud y el psicoanálisis*. En Teorías de la personalidad (p. 27-29). México: Oxford.

incremento en el control fisiológico se acompaña de la revelación de que dicho control representa una nueva fuente de placer. Por añadidura, el niño no tarda en descubrir que, cuanto mayor es el control que ejerce sobre sus funciones, tanto más frecuentes son la atención y las frases de elogio de sus padres. Pero aquí también se verifica lo contrario: la preocupación de los padres por el uso adecuado del sanitario permite al niño exigir atención tanto sobre el control exitoso como sobre los errores.

La etapa fálica. Desde los tres años, el niño pasa a la etapa fálica, la cual se centra en los órganos genitales. Freud señalaba que la forma más exacta de dominar esta etapa es como “fálica”, ya que se trata de un periodo en el que el niño o la niña adquiere conciencia ya sea de tener un pene o de no tenerlo. Por ende, es la primera etapa en la que el pequeño toma conciencia de las diferencias sexuales. Freud intentó entender las tensiones que experimenta el niño durante la excitación sexual, es decir, el placer que brinda la estimulación de las áreas genitales. En la mente del niño, esta excitación se asocia con la estrecha presencia física de los padres. Para Freud, los niños en la etapa fálica reaccionan a la presencia de los padres como amenazas potenciales contra la satisfacción de sus deseos. Así, para el niño que desea conservar la proximidad física con la madre, el padre asume alguna de las características del rival. Al mismo tiempo, desea el amor y el afecto de éste, por lo que la madre también se convierte en rival. El niño se encuentra en la difícil posición de temer y desear a los padres. En el caso de los hombres, Freud denominó a este conflicto complejo de Edipo. Para las niñas el problema es similar, aun cuando su expresión y su solución adopten un sesgo diferente. La niña desea poseer al padre, por lo que percibe a la madre como su rival más importante. En gran medida, los varones reprimen sus sentimientos por el temor a la castración; para las chicas, las cosas son diferentes. La represión de sus deseos es menos severa y radical. Tal ausencia de intensidad les permite “mantenerse en una situación edípica durante un período indefinido. Esta situación no se supera sino hasta mucho después, y ello de manera incompleta” (Freud, 1933, p. 129).

El período de latencia. Cualquiera que sea la solución que se dé a la lucha, la mayor parte de los niños modifican la relación con sus padres después de los cinco años, cuando comienzan a trabar vínculos con los compañeros, la escuela, los deportes y otras actividades. Esta fase, que transcurre de los cinco o seis años hasta el inicio de la pubertad, se conoce como período de latencia. Trátase de un período en el que los deseos sexuales insatisfechos de la etapa fálica no se incorporan aún en la esfera del yo, reprimidos exitosamente por el superyó.

La etapa genital. El último período del desarrollo biológico y psicológico, la etapa genital, ocurre con el inicio de la pubertad y el consecuente retorno de la energía libidinal a los órganos sexuales. Ahora, los jóvenes de uno y otro sexo conocen sus diferencias sexuales y buscan formas de colmar sus necesidades eróticas y personales.¹⁸

2.3.2 Teorías conductuales de los trastornos depresivos.

Las teorías conductuales enfatizan la idea original de Skinner (1953) de que la principal característica de la depresión es una reducción generalizada en la frecuencia de las conductas.

Charles Fester (1965, 1973) fue uno de los primeros psicólogos que estudió el fenómeno depresivo dentro de un marco clínico/experimental, y todos los enfoques conductuales parten invariablemente de sus trabajos. Según Ferster, la principal característica de la depresión es la reducida frecuencia de conductas reforzadas positivamente que sirven para controlar el medio, mientras que, por el contrario, se produce un exceso de conductas de evitación o escape ante estímulos aversivos. En concreto, Fester señala los siguientes cuatro procesos que, aislados o en combinación, podrían explicar la patología depresiva:

- a) Cambios inesperados, súbitos y rápidos en el medio que supongan pérdidas de fuentes de refuerzos o de estímulos discriminativos importantes para el individuo.

¹⁸ Fadiman, J., & Frager, R. (2002). *Sigmund freud y el psicoanálisis*. En Teorías de la personalidad (p. 29-32). México: Oxford.

- b) Programas de refuerzo de gran coste, que requieren grandes cambios de conducta para producir consecuencias en el medio.
- c) Imposibilidad de desarrollar repertorios conductuales debido al surgimiento de espirales patológicas en las que una baja tasa de refuerzos positivos provoca una reducción de conductas, lo que supone a su vez una mala adaptación al medio y, por ende, un menor número de refuerzos positivos que a su vez produciría una nueva reducción conductual.
- d) Repertorios de observación limitados que llevarían a los depresivos a distorsionar la realidad y a conductas que son reforzadas en pocas ocasiones.¹⁹

Para Lewinsohn, la depresión es una respuesta a la pérdida o falta de refuerzos positivos contingentes a la conducta. Un reforzamiento insuficiente en los principales dominios vitales de una persona conduciría a un estado de ánimo deprimido y a una reducción en el número de conductas, lo cual según Lewinsohn son los fenómenos primarios de la depresión. Otros síntomas de la depresión, tales como la baja autoestima y la desesperanza, serían la consecuencia lógica de la reducción en el nivel de actividad. Por tanto, la pérdida o falta de refuerzos positivos contingente a la conducta constituiría para Lewinsohn la causa suficiente de la depresión que, a su vez, podría deberse a la ocurrencia de los siguientes factores aislados o en combinación: a) un ambiente que no proporciona el reforzamiento suficiente; b) falta de habilidades sociales para obtener reforzamiento de un ambiente dado, y c) incapacidad de disfrutar de los reforzadores disponibles debido a que el individuo presenta altos niveles de ansiedad social que, al interferir con la puesta en marcha de sus habilidades sociales, le impiden acceder a los refuerzos sociales.

A diferencia de sus predecesores, Charles Costello (1972) apuntaba que el rasgo más característico de las personas deprimidas es la pérdida de interés general por el medio que les rodea (por ejemplo, pérdida de apetito, del deseo sexual o del

¹⁹ Belluch, A., Bonifacio, S., & Ramos, F. (2009). *Trastornos del estado de ánimo: Teorías psicológicas*. En Manual de Psicopatología, vol. II (p. 275). España: McGraw-Hill.

interés en sus aficiones favoritas). Esta característica se explica por una pérdida general de la afectividad de los reforzadores que constituye, pues, la causa suficiente y necesaria de la depresión. Según Costello, los siguientes dos factores, aislados o en combinación, serían los principales responsables de esa pérdida general de efectividad de los reforzadores: a) cambios endógenos bioquímicos y neurofisiológicos, y b) la pérdida de uno o varios de los estímulos condicionados o estímulos discriminativos de una cadena conductual, bajo el supuesto de que la afectividad de los reforzadores de una cadena conductual está supeditada a la realización completa de dicha cadena conductual.²⁰

2.3.3 Teorías cognitivas de los trastornos depresivos.

Teoría de Beck.

La premisa básica de la teoría cognitiva de Beck es que en los trastornos depresivos existe una distorsión o sesgo sistemático en el procesamiento de la información. Tras un suceso vital que suponga una pérdida o un fracaso, es bastante frecuente la aparición de sentimientos de tristeza y abatimiento. Sin embargo, en las personas depresivas aparece un sesgo o distorsión en el procesamiento de los sucesos que implican una pérdida o privación. Los individuos depresivos valoran excesivamente esos sucesos negativos, los consideran globales, frecuentes e irreversibles, mostrando lo que se conoce como la tríada cognitiva negativa: una visión negativa del yo, del mundo y del futuro. Esta tríada resulta de una amplificación de los sentimientos de tristeza y abatimiento, bien en su duración, en su frecuencia o en su intensidad, de forma que interfieren extraordinariamente con la capacidad adaptativa del individuo que los sufre. La teoría cognitiva de Beck afirma que en muchos casos de depresión no endógena la etiología tendría que ver con la interacción de tres factores: a) la presencia de actitudes o creencias disfuncionales sobre el significado de ciertas clases de experiencias, actitudes que impregnan y condicionan la construcción de la realidad; b) una alta valoración subjetiva de la importancia de esas experiencias

²⁰ Belluch, A., Bonifacio, S., & Ramos, F. (2009). *Trastornos del estado de ánimo: Teorías psicológicas*. En Manual de Psicopatología, vol. II (p. 276). España: McGraw-Hill.

que resulta de la estructura de personalidad del individuo, y c) la ocurrencia de un estresor específico a los anteriores factores, es decir, un suceso considerado importante y que incide directamente sobre las actitudes disfuncionales del individuo.²¹

Hipótesis de la activación diferencial de Teasdale.

John Teasdale (1983, 1988) ha desarrollado una teoría de la depresión, conocida como la <<hipótesis de la activación diferencial>>, a partir de la teoría de la depresión de Beck y del modelo de redes asociativas propuestos por Bower (1981) para explicar las relaciones entre emoción y cognición. Brevemente, este último modelo postula que cada emoción en particular está representada en la memoria por una unidad o nodo específico, al cual están conectados un conjunto de rasgos asociados a esa emoción, tales como su experiencia subjetiva, su patrón característico de respuestas autonómicas, los términos verbales que la describen y cogniciones que contienen tanto descripciones de los sucesos que evocan esa emoción como pensamientos, creencias y recuerdos que han sido almacenados en la memoria como resultado de experiencias tempranas de aprendizaje que han asociado el nodo de esa emoción con dichas cogniciones. Teasdale asume que el inicio de los síntomas depresivos resulta de la activación del nodo de la depresión tras la ocurrencia de un evento estresante. Esta *activación* se propaga a los nodos o constructos cognitivos asociados. Si esta actividad cognitiva reactiva a su vez el nodo depresivo a través de un mecanismo de tipo cíclico (mediante bucles cognitivos) y se establece un círculo vicioso entre el nodo depresivo y los nodos cognitivos, entonces el estado de depresión inicial se intensificará o mantendrá en el tiempo. Teasdale sugiere que, una vez deprimido, la activación de nodos cognitivos relacionados con evaluaciones globales negativas de uno mismo o la activación de nodos cognitivos que conduzcan a interpretar la experiencia como muy aversiva e incontrolable, determinan, a través de los mecanismos mediadores expuestos, que el estado de

²¹ Belluch, A., Bonifacio, S., & Ramos, F. (2009). *Trastornos del estado de ánimo: Teorías psicológicas*. En Manual de Psicopatología, vol. II (pp. 276-277). España: McGraw-Hill.

depresión se empeore, lo cual a su vez intensifica la activación de esos nodos cognitivos negativos, estableciéndose, pues, un círculo vicioso que hace que el estado inicial de depresión se agrave y persista durante más tiempo, dando lugar a una depresión clínica.²²

2.3.4 Teorías cognitivo-sociales.

La teoría de la indefensión aprendida.

Martin Seligman (1975), partiendo de ortodoxos principios del condicionamiento clásico e instrumental, estudió los efectos que, en animales, producían series de choques eléctricos inescapables. Ante este tipo de situaciones incontrolables se descubrió que los animales llegaban a desarrollar un patrón de conductas y de cambios neuroquímicos semejantes al de los deprimidos, fenómeno al que se le dio el nombre de desamparo o indefensión aprendida (Polaino y Vázquez, 1981, 1982). Seligman (1975; Miller, Rosellini y Seligman, 1983) aplicó este modelo experimental-animales al estudio de la conducta humana y postuló que la pérdida percibida de control del ambiente o *expectativa de incontrolabilidad* (es decir, el aprendizaje por parte del individuo de que existe una independencia entre sus respuestas y las consecuencias ambientales) es causa suficiente de la aparición de una reacción depresiva en humanos, y que tal expectativa es fruto de cualquiera de los siguientes dos factores: a) una historia de fracasos en el manejo de situaciones, y b) una historia de reforzamientos sobre una base no contingente que no haya permitido que la persona aprenda las complejas aptitudes necesarias para controlar el ambiente.²³

La teoría reformulada de la indefensión aprendida.

Lynn Abramson, Martin Seligman y John Teasdale (1978) sugirieron que la teoría de la indefensión presentaba al menos cuatro problemas. En primer lugar, la teoría no explicaba la baja autoestima típica de la depresión: si no hay modo de escapar

²² Belluch, A., Bonifacio, S., & Ramos, F. (2009). *Trastornos del estado de ánimo: Teorías psicológicas*. En Manual de Psicopatología, vol. II (p. 280). España: McGraw-Hill.

²³ Belluch, A., Bonifacio, S., & Ramos, F. (2009). *Trastornos del estado de ánimo: Teorías psicológicas*. En Manual de Psicopatología, vol. II (pp. 281-282). España: McGraw-Hill.

de la situación ¿Por qué existe una disminución de la autoestima? Un segundo problema, relacionado con el anterior, es que la teoría tampoco daba cuenta del hecho de que los depresivos a menudo se autoinculpan por sus fallos. En tercer lugar, la teoría no explicaba la cronicidad y generalidad de los déficit depresivos. Finalmente, el cuarto problema era que la teoría tampoco daba una explicación satisfactoria del estado de ánimo deprimido como síntoma de la depresión.

Para resolver estas y otras deficiencias, Abramson y su equipo (1978), basándose en las teorías atribucionales de la psicología social, postulan que la exposición a situaciones incontrolables no basta por sí misma para desencadenar reacciones depresivas. En efecto, según estos autores, al experimentar una situación incontrolable las personas intentan darse una explicación sobre la causa de la incontrolabilidad. Si en esa explicación se atribuye la falta de control a factores internos se produce un descenso *de la* autoestima, mientras que esto no ocurre si la atribución se hace a factores externos. Atribuir la falta de control a factores estables conduciría a una expectativa de incontrolabilidad *en* situaciones futuras y, en consecuencia, la indefensión y los déficit depresivos se extenderían en el tiempo. De forma similar, la atribución de la falta de control a *factores globales* provocaría expectativa de incontrolabilidad *en otras situaciones* y, por ende, la indefensión y los déficit depresivos se generalizarían a otras situaciones.

Este análisis atribucional apelando a tres dimensiones atribucionales, internalidad-externalidad, estabilidad-inestabilidad y globalidad-especificidad resolvía los tres primeros problemas, pero no el cuarto. Abramson y cols. (1978) solventaron este último problema postulando un factor motivacional: la depresión solamente ocurriría en aquellos casos en los que la expectativa de incontrolabilidad se refería a la pérdida de control de un suceso altamente deseable o a la ocurrencia de un hecho altamente aversivo.²⁴

²⁴ Belluch, A., Bonifacio, S., & Ramos, F. (2009). *Trastornos del estado de ánimo: Teorías psicológicas*. En Manual de Psicopatología, vol. II (p. 282). España: McGraw-Hill.

2.3.5 Teorías conductuales-cognitivas.

Teoría del autocontrol de Rehm.

La teoría de la depresión de Rehm puede concebirse, pues, como un modelo de diátesis-estrés: un déficit en el repertorio de conductas de autocontrol (factor de vulnerabilidad) interactúa con la pérdida o ausencia de reforzadores externos (factor de estrés) para desencadenar un episodio depresivo. Tal déficit, según Rehm, se concreta en cualquier combinación de las siguientes condiciones:

- a) Déficit en las conductas de autoobservación: Los individuos vulnerables a la depresión muestran una tendencia a prestar mayor atención a los sucesos negativos que a los positivos. Estos individuos también muestran una tendencia a prestar mayor atención a las consecuencias inmediatas de la conducta que a las consecuencias a largo plazo, por lo que no pueden mirar más allá de las circunstancias negativas actuales cuando toman decisiones conductuales.
- b) Déficit en las conductas de autoevaluación: Los individuos que tienen criterios o estándares muy rigurosos o muy altos de autoevaluación son más vulnerables a la depresión, ya que a menudo no pueden alcanzar tales criterios y, por tanto, se evalúan de manera negativa. Además, la presencia de errores de autoatribución, en concreto, una atribución interna, estable y global para los sucesos negativos, y una atribución externa, inestable y específica para los sucesos positivos, es otro déficit que, hace a una persona más vulnerable a la depresión.
- c) Déficit en las conductas de autorreforzamiento: La persona deprimida se administra insuficientes recompensas o se administra excesivos castigos.²⁵

Teoría de la autofocalización de Lewinsohn.

Su nueva teoría (Lewinsohn, Hoberman, Teri y Hautzinger, 1985) representa un intento por ampliar e integrar su anterior modelo conductual con los

²⁵ Belluch, A., Bonifacio, S., & Ramos, F. (2009). *Trastornos del estado de ánimo: Teorías psicológicas*. En Manual de Psicopatología, vol. II (p. 286). España: McGraw-Hill.

descubrimientos obtenidos desde enfoques cognitivos y con los trabajos realizados dentro de la psicología social sobre el fenómeno de la autoconciencia.

Siguiendo la tradición conductual, Lewinsohn y su equipo postulan que los factores ambientales son los responsables primarios de la depresión, aunque habría factores cognitivos que mediarían los efectos del ambiente. En particular, la principal variable mediadora sería un aumento de la autoconciencia (es decir, un aumento transitorio y situacional en la autofocalización o cantidad de atención que una persona dirige hacia sí mismo en lugar de hacia el ambiente), aumento que sería resultado de los esfuerzos infructuosos del individuo de enfrentarse y resolver los acontecimientos estresantes que le ocurren.

Según Lewinsohn y su equipo, la cadena de acontecimientos que conduce a la aparición de un episodio depresivo empieza con la aparición de un suceso antecedente, el cual se define empíricamente como cualquier suceso que incrementa la probabilidad de ocurrencia futura de depresión. Se asume que estos acontecimientos inician el proceso depresógeno en tanto en cuanto interrumpen importantes patrones adaptativos de conducta del individuo y éste no es capaz de desarrollar otros patrones conductuales que reemplacen a los anteriores. La presencia de los estresores y la consiguiente interrupción de conductas tienen como resultado una reacción emocional negativa o estado de ánimo deprimido cuya intensidad depende de la importancia del acontecimiento y/o del nivel de interrupción de la conducta cotidiana. Se asume que dicha interrupción y el malestar emocional que engendra están relacionados con la depresión en la medida en que conducen a un desequilibrio negativo en la calidad de las interacciones de la persona con el ambiente, desequilibrio que las habilidades del individuo han fracasado en prevenir. Tanto la respuesta emocional negativa que sigue inmediatamente a los sucesos estresores, como el impacto emocional negativo que deviene del fracaso del individuo en anular el efecto del estrés, son factores que desencadenan un estado elevado de autoconciencia. El incremento en autoconciencia y la intensificación de las emociones negativas destruyen las auto percepciones que sirven al individuo para proteger y ensalzar su autoestima y

en general su concepto de sí mismo, y así conducen a muchos de los cambios cognitivos, emocionales y conductuales que están correlacionados con la depresión. Estos cambios exacerban la autoconciencia, desempeñando un importante papel en el mantenimiento y agravamiento del estado depresivo.

Lewinsohn y colaboradores enumeran las siguientes características de vulnerabilidad: 1) ser mujer; 2) tener 20-40 años; 3) tener una historia previa de depresión; 4) tener pocas habilidades de afrontamiento; 5) tener una sensibilidad elevada a los sucesos aversivos; 6) ser pobre; 7) mostrar una alta tendencia a la autoconciencia; 8) tener baja autoestima; 9) tener un bajo umbral para la activación de autoesquemas depresógenos; 10) mostrar dependencia interpersonal; 11) tener niños menores de 7 años.²⁶

2.3.6 Teorías interpersonales de los trastornos depresivos.

Quizá la más clara conceptualización interpersonal de la depresión sea la presentada por James Coyne (1976). Este autor sugiere que la depresión es una respuesta a la ruptura de las relaciones interpersonales de las cuales los individuos solían obtener apoyo social, y que la respuesta de las personas significativas de su entorno sirve para mantener o exacerbar los síntomas depresivos.

Ian Gotlib y su grupo de investigación (Gotlib y Colby, 1987; Gotlib y Hammen, 1992) han extendido el modelo de Coyne resaltando los papeles que desempeñan en el desarrollo, mantenimiento o exacerbación de un episodio depresivo tanto en individuo – especialmente sus estilos cognitivos – como los miembros de su ambiente social. Gotlib y colaboradores asumen que la cadena causal que conduce al desarrollo de un episodio depresivo se inicia con la ocurrencia de un estresor, bien sea de naturaleza interpersonal, intrapsíquico o bien un cambio bioquímico.

²⁶ Belluch, A., Bonifacio, S., & Ramos, F. (2009). *Trastornos del estado de ánimo: Teorías psicológicas*. En Manual de Psicopatología, vol. II (p. 287-288). España: McGraw-Hill.

La gravedad de este estresor depende de circunstancias externas, pero también de la existencia de ciertos factores de vulnerabilidad. Tales factores de vulnerabilidad son bien interpersonales (por ejemplo, la calidad y cantidad de apoyo social, la cohesión de la familia, las habilidades de la familia para manejar los problemas cotidianos), bien intrapersonales, incluyendo aquí tanto elementos cognitivos (por ejemplo, esquemas cognitivos negativos) como conductuales (por ejemplo, habilidades conductuales para hacer frente y manejar situaciones de estrés, habilidades sociales). Gotlib y Hammen (1992) señalan que la exposición durante la infancia a experiencias interpersonales adversas y a estilos desadaptativos de crianza (por ejemplo, pérdida o separación de los padres, rechazo, abuso, negligencia emocional) conducen al desarrollo de esquemas cognitivos negativos acerca de uno mismo y del mundo, de características de personalidad que implican una exagerada necesidad de dependencia, y de repertorios inadecuados de habilidades para la solución de problemas y para conseguir y mantener relaciones sociales gratificantes.²⁷

²⁷ Belluch, A. Bonifacio, S. & Ramos F. (2009). *Trastornos del estado de ánimo: Teorías psicológicas*. En Manual de Psicopatología, vol. II (p. 289-290). España: McGraw-Hill.

2.4 EDAD ADULTA TEMPRANA.

Los seres humanos se desarrollan en diversos aspectos durante el período de los 20 a los 40 años, edades límites aproximadas que la mayoría de los investigadores han establecido para definir al adulto joven. Durante estos años se han de tomar decisiones que afectará el resto de la vida, respecto a la salud, trabajo, felicidad y éxito del individuo. El enlace entre la conducta y la salud, señala la relación entre los aspectos físicos, intelectuales y emocionales del desarrollo. El sexo femenino en esta etapa, se encuentra dentro de diversos factores que pueden alterar su salud emocional.

2.4.1 Desarrollo cognoscitivo en la edad adulta temprana.

El pensamiento en la edad adulta a menudo parece ser flexible, abierto, adaptativo, e individualista. Se basa en la intuición, la emoción y la lógica para ayudar a la gente a afrontar un mundo que parece caótico. Aplica los frutos de la experiencia a las situaciones ambiguas. Se caracteriza por la capacidad para manejar la incertidumbre, la inconsistencia, la contradicción, la imperfección y el compromiso. Esta etapa superior de la cognición adulta en ocasiones se denomina pensamiento posformal.

Un investigador destacado, Jan Sinnott (1984, 1998) propone varios criterios del pensamiento posformal. Entre ellos se encuentran los siguientes:

- Herramientas de cambio. Habilidad para cambiar entre el razonamiento abstracto y las consideraciones prácticas del mundo real y viceversa.
- Causalidad múltiple, soluciones múltiples. Conciencia de que la mayoría de los problemas tienen más de una causa y más de una solución, y que algunas soluciones tienen mayor probabilidad de funcionar que otras.
- Pragmatismo. Habilidad para elegir la mejor de varias soluciones posibles y reconocer criterios para la elección.

- Conciencia de la paradoja. Reconocimiento de que un problema o solución implica conflicto inherente.²⁸

2.4.2 Desarrollo psicosocial en la edad adulta temprana.

Modelos de rasgos: los cinco factores de Costa y McCrae.

Paul T. Costa y Robert R. McCrae, investigadores del National Institute on Aging, han desarrollado y probado un modelo de cinco factores, el cual consiste en factores que subyacen a cinco grupos de rasgos asociados (conocidos como los “cinco grandes”). Estos son 1) neuroticismo, 2) extroversión, 3) apertura a la experiencia, 4) escrupulosidad y 5) agradabilidad.

El neuroticismo es un grupo de seis rasgos negativos que indican inestabilidad emocional: ansiedad, hostilidad, depresión, conciencia de sí, impulsividad y vulnerabilidad. Las personas que son muy neuróticas son nerviosas, temerosas, irritables, se enojan con facilidad y son sensibles a la crítica. Incluso, se sienten tristes, sin esperanzas, solitarias, culpables y sin valor. La extroversión también tiene seis facetas: calidez, carácter gregario, asertividad, actividad, búsqueda de excitación y emociones positivas. Los extrovertidos son sociables y les gusta la atención. Se mantienen ocupados y activos; además, constantemente buscan excitación y disfrutan la vida. La gente que está abierta a la experiencia se muestra dispuesta a probar cosas nuevas y a adoptar nuevas ideas. Tiene una imaginación vívida y fuertes sentimientos. Además, aprecia la belleza y las artes y cuestiona los valores tradicionales. Las *personas* escrupulosas son triunfadoras: son competentes, ordenadas, conscientes de sus deberes, deliberadas y disciplinadas. Las personas agradables son confiables, francas, altruistas, conformes, modestas y fácilmente influenciables.²⁹

²⁸ Papalia, D., Olds, S., & Feldman, R. (2005). *Desarrollo físico y cognoscitivo en la edad adulta temprana*. En *Desarrollo Humano*, novena edición (p. 523). México: McGraw-Hill.

²⁹ Papalia, D., Olds, S., & Feldman, R. (2005). *Desarrollo psicosocial en la edad adulta temprana*. En *Desarrollo Humano*, novena edición (p. 549-550). México: McGraw-Hill.

2.4.3 Modelos tipológicos.

Block (1971) fue pionero del enfoque tipológico, el cual considera la personalidad como un todo en funcionamiento que afecta y refleja actitudes, valores, conducta e interacciones sociales. La investigación tipológica no necesariamente entra en conflicto con la investigación de los rasgos, sino que busca complementarla y expandirla (Caspi, 1998).

Al emplear una diversidad de técnicas que incluyen entrevistas, análisis clínicos, clasificaciones Q, evaluaciones conductuales y autorreportes, algunos investigadores que trabajan de manera independiente han identificado varios tipos básicos de personalidad. Tres tipos que han surgido en diversos estudios son resistencia del yo, sobrecontrolado y poco controlado. La gente en esos tres tipos difiere en la resistencia del yo, o adaptabilidad bajo estrés, y en control del yo o autocontrol. Las personas con resistencia del yo son bien ajustadas, tienen confianza en sí mismas, son independientes, expresivas, atentas, amables, cooperadoras y se concentran en la tarea. Las personas sobrecontroladas son tímidas, calladas, ansiosas y dignas de confianza; tienden a mantener sus pensamientos para sí mismas, a alejarse del conflicto y son más proclives a la depresión. Las personas con poco control son activas, con energía, impulsivas, testarudas y se distraen con facilidad.³⁰

2.4.4 Bases de las relaciones íntimas.

Por lo general, la edad adulta temprana es una época de grandes cambios en las relaciones personales que se dan en la medida que la gente establece, renegocia o consolida vínculos basados en la amistad, el amor o la sexualidad. Al ser independientes, los jóvenes adultos buscan intimidad emocional y física en las relaciones con los pares y las parejas románticas. Esas relaciones requieren habilidades como la conciencia de sí, empatía, la habilidad para comunicar emociones, toma de decisiones sexuales, resolución de conflictos y la habilidad

³⁰ Papalia, D., Olds, S., & Feldman R. (2005). *Desarrollo psicossocial en la edad adulta temprana*. En Desarrollo Humano, novena edición (pp. 550-551). México: McGraw-Hill.

para mantener compromisos. Dichas habilidades son fundamentales cuando los jóvenes adultos deciden casarse, vivir en unión libre, tener compañeros homosexuales o vivir solos, y tener o no tener hijos.

Amistad.

Durante la edad adulta temprana e intermedia las amistades tienden a centrarse en el trabajo, las actividades de crianza de sus hijos y en compartir confidencias y consejo. Por supuesto, las amistades varían en su carácter y calidad. Algunas son sumamente íntimas y brindan apoyo; en cambio, otras son marcadas por el conflicto frecuente. Algunos amigos tienen muchos intereses en común; otros se basan en una sola actividad compartida como ser miembro de un club o compartir un deporte específico. Algunas amistades duran toda la vida, otras son fugaces. Los seres humanos buscan ser comprendidos y escuchados a través de otras personas, lo cual les provoca una satisfacción de sus necesidades personales, cuando no encuentran a individuos con sus gustos afines, tienden a aislarse y muchas veces eso les provoca tristeza o un fuerte sentimiento de fracaso social, el cual puede derivar a profundos cambios conductuales con su medio ambiente. Las mujeres jóvenes, solteras o casadas, tengan hijos o no, tienden a satisfacer sus necesidades sociales con los amigos. Por lo general, las mujeres tienen más amistades íntimas que los hombres y encuentran que las amistades con otras mujeres son más satisfactorias que las que tienen con los hombres.

Amor.

De acuerdo con la teoría triangular del amor de Sternberg, los tres elementos del amor son la intimidad, la pasión y el compromiso. La intimidad, el elemento emocional, involucra autorrevelación, la cual conduce a la conexión, la calidez y la confianza. La pasión, el elemento motivacional, se basa en pulsiones internas que traducen la activación fisiológica en deseo sexual. El compromiso, el elemento cognoscitivo, es la decisión de amar y permanecer con el ser amado.

A menudo los amantes se parecen entre sí en apariencia física, salud mental y física, inteligencia, popularidad y calidez. Es probable que sean similares en el

grado en que sus padres son felices como individuos y parejas, así en factores como la posición socioeconómica, raza, religión, educación e ingreso.

Vida de solteros.

Mientras algunos jóvenes adultos permanecen solteros porque no han encontrado la pareja adecuada, otros son solteros por elección. En la actualidad, más mujeres se sostienen por sí mismas y existe menos presión social para casarse. Algunas personas desean ser libres para correr riesgos, experimentar y hacer cambios, mudarse a otras regiones del país o del mundo, seguir carreras, ampliar su educación o hacer un trabajo creativo sin preocuparse por cómo afecta a otra persona su búsqueda de autorrealización. Algunas personas disfrutan la libertad sexual, encuentran excitante tal estilo de vida, les gusta estar solas, y algunas posponen o evitan el matrimonio por temor a que termine en divorcio. La posposición tiene sentido ya que, como se verá, entre más joven sea la gente cuando se casa por primera vez, más probable es que se separe.

Matrimonio.

En la mayoría de las sociedades se considera que el matrimonio es la mejor manera de asegurar la crianza de los hijos. También permite una división del trabajo en unidades de consumo y trabajo. El objetivo ideal es ofrecer intimidad, compromiso, amistad, afecto, satisfacción sexual, compañía y la oportunidad de crecimiento emocional, así como nuevas fuentes de identidad y autoestima (Gardiner et al., 1998; Myers, 2000). En contra de la creencia común, las mujeres son tan felices en el matrimonio como los hombres (Myers, 2000). Las personas que se casan y permanecen casadas, en especial las mujeres, también suelen acumular más riqueza que las que no se casan o que se divorcian (Wilmoth y Koso, 2002).³¹

³¹ Papalia, D., Olds, S., & Feldman R. (2005). *Desarrollo psicossocial en la edad adulta temprana*. En Desarrollo Humano, novena edición (p. 562). México: McGraw-Hill.

Paternidad.

En muchas culturas africanas, asiáticas y latinoamericanas, la forma tradicional es la familia extendida. En los países industrializados del Occidente han cambiado considerablemente el tamaño de la familia, su composición, estructura y división del trabajo. La mayoría de las madres ahora trabajan por un sueldo, dentro o fuera del hogar, y un número pequeño pero creciente de padres son los cuidadores principales. Cada vez más mujeres solteras y parejas que viven en unión libre están teniendo o adoptando hijos y criándolos (Teachman et al., 2000). Por otro lado, un número creciente de parejas decide no tener hijos (Seccombe, 1991). Algunas de esas parejas desean concentrarse en sus carreras o causas sociales. Algunas se sienten más cómodas con adultos o piensan que no serían buenos padres. Algunas desean mantener la intimidad de la luna de miel. Otras disfrutan del estilo de vida adulto, con libertad para viajar o tomar decisiones de improviso. A algunas mujeres les preocupa que el embarazo las hará menos atractivas y que la maternidad cambiará la relación con su esposo (Callan, 1986).³²

2.4.5 Síndrome premenstrual.

El síndrome premenstrual (SPM) es un trastorno que produce incomodidad física y tensión emocional en el lapso de una a dos semanas antes del período menstrual. Los síntomas incluyen fatiga, antojos de ciertos alimentos, dolores de cabeza, hinchazón y sensibilidad de los senos, inflamación de manos o pies, inflamación abdominal, náusea, constipación, aumento de peso, ansiedad, depresión, irritabilidad, cambios en el estado de ánimo, llanto y dificultad para concentrarse o para recordar (“PMS: It’s Real”, 1994; Reid y Yen, 1981).³³

2.4.6 Depresión y violencia de género.

El maltrato a la mujer por su pareja es una de las formas más comunes de violencia contra las mujeres, siendo más probable que sufran ataques repetidos,

³² Papalia, D., Olds, S., & Feldman R. (2005). *Desarrollo psicossocial en la edad adulta temprana*. En Desarrollo Humano, novena edición (p. 565). México: McGraw-Hill.

³³ Papalia, D., Olds, S., & Feldman R. (2005). *Desarrollo físico y cognición en la edad adulta temprana*. En Desarrollo Humano, novena edición (p. 518). México: McGraw-Hill.

lesiones, violaciones o que mueran que en el caso de ser atacadas por otro tipo de agresores (Browne y Williams, 1993). Se trata de un fenómeno global que se extiende por todos los países y afecta a las mujeres de todos los niveles sociales, culturales y económicos y su impacto en la salud es tal que recientemente se está considerando como un problema importante de salud pública (Fischbach y Herbert, 1997; Heise y García-Moreno, 2002; Roberts, Lawrence, Williams y Raphael, 1998). Además de las lesiones físicas sufridas como consecuencia directa de las agresiones, tiene gran impacto psicológico y también supone un factor de riesgo para la salud a largo plazo (Koss, Koss y Woodruff, 1991).

Una persona que viva con alguien que abusa de ella física o emocionalmente suele desarrollar una respuesta de estrés cuando es atacada. Si se repiten los ataques o amenazas, desarrolla una serie de síntomas crónicos, siendo los más prevalentes en las mujeres maltratadas por su pareja el trastorno de estrés postraumático y depresión (Golding, 1999). Además, cuando la mujer es degradada y ridiculizada por su pareja de forma repetida puede disminuir su autoestima y sentimiento de autoeficacia (Orava, McLeod y Sharpe, 1996) e, incluso, puede llegar a pensar que merece sus castigos y que es incapaz de cuidar de ella y de sus hijos/as, desarrollando una gran inseguridad en sí misma (Matud, 2004a). También se ha encontrado que es posible que desarrolle sentimientos de culpa, aislamiento social y dependencia emocional del maltratador, junto con ansiedad y sintomatología somática. Y aunque su frecuencia es menor, también se han descrito tendencias suicidas y abuso de alcohol y/o drogas (Golding, 1999), así como de medicamentos, sobre todo analgésicos y psicofármacos, en un intento de superar el malestar físico o emocional generado por la situación vivida (Echeburúa y Corral, 1998). Dutton (1992), integrando los trabajos teóricos, empíricos y clínicos, plantea que los efectos psicológicos del maltrato como experiencia traumática incluyen un amplio rango de respuestas cognitivas, conductuales, emocionales, interpersonales y físicas que pueden ser clasificadas en tres grupos: 1) indicadores de disfunción o de malestar psicológico; 2) problemas de relación; y 3) cambios en el esquema cognitivo.

El maltrato a la mujer por su pareja incluye conductas tales como agresiones físicas (golpes, patadas, palizas); abuso psicológico (intimidación, menosprecio, humillaciones); relaciones o conductas sexuales forzadas; y conductas de control, tales como aislamiento, control de las actividades y restricciones en el acceso a información y asistencia (Heise y García-Moreno, 2002). Aunque no todas las mujeres sufren todos los tipos de abuso, es muy común que se den de forma conjunta y muchos autores plantean el control y la dominación como una característica central de este tipo de violencia. Así, Walker (1994) afirma que, generalmente, el abuso es parte de un patrón de conducta obsesiva, más que una expresión de pérdida repentina de control y Dutton (1992) destaca el control de la víctima como un rasgo central para considerar una conducta como abuso.

A nivel social, la violencia del hombre contra la mujer es una manifestación de la desigualdad de género y un mecanismo de subordinación de las mujeres que sirve para reproducir y mantener el status quo de la dominación masculina y la subordinación femenina (Koss et al., 1995). Muchos autores sitúan la violencia marital dentro del contexto más amplio de la dominación masculina (Koss et al., 1995; Lorente, 2001, Pérez del Campo, 1995) ya que la estructura económica y familiar es jerárquica y está dominada por el hombre, lo que implica una distribución desigual del poder. Desigualdad que impregna la construcción social del género y la sexualidad y que afecta profundamente a las relaciones íntimas de mujeres y hombres, por lo que para comprender la violencia de los hombres frente a las mujeres es necesario analizar las desigualdades entre ambos. Como señala Pérez del Campo (1995), la ideología patriarcal y las instituciones permiten al hombre usar la fuerza como un instrumento de control lo que conlleva que no se denuncie el abuso y que, cuando se hace, se deje en muchos casos en total impunidad a los agresores y en la más completa indefensión a la víctima.

La depresión de género se asemeja a una depresión exógena en que sus causas no son biológicas, genéticas ni hereditarias (como ocurre en las llamadas depresiones endógenas). La diferencia es que las exógenas tienen su origen en cualquier situación difícil que se produce en la vida de las personas, hombres o

mujeres, como les puede ocurrir por los siguientes casos: por una muerte; por una enfermedad; por un accidente; por la pérdida de un trabajo o paro laboral; por alguna adicción, etc. Sin embargo, el trastorno de la depresión de género sólo se produce en las mujeres, y sus causas son debidas a las desigualdades estructurales de nuestra socialización patriarcal que produce la subordinación y la violencia de género contra las mujeres por parte de los hombres.

El concepto de género es muy reciente y es a través de las teorías y los estudios de género como se han ido evidenciando las características de la socialización genérica, que consiste en “adiestrar” a todas las personas, desde sus primeros años de vida, en el aprendizaje de numerosos estereotipos y prejuicios de género. Es decir, en una serie de pensamientos, creencias, valores y actitudes muy diferenciadas para ambos géneros, que constituyen los “mandatos” o las ideas irracionales de género sobre lo que hay que hacer para ser una buena mujer o un buen varón y que son asociados con las emociones diferenciadas que provocan (tristeza, culpa y miedo en las mujeres, enfado, ira y agresividad en los varones) y también con los roles y conductas de dominación masculina - sumisión femenina. Es un proceso de aprendizaje temprano, cuando todavía no existe posibilidad de pensamiento crítico, que se realiza a veces de forma expresa, aunque generalmente se produce de forma no verbal e inconsciente y a través de los modelos de género familiares, especialmente del padre y de la madre, aplicando potentes “refuerzos afectivos” a las criaturas cada vez que realizan los mandatos de género, por lo que resultará muy difícil en el futuro el cuestionamiento y la erradicación de este complejo entramado. Para mantener las cogniciones, las emociones y las conductas de género aprendidas se aplican también refuerzos de género diferenciados. En un principio se parte de refuerzos afectivos similares para niños y niñas, pero después de los primeros años se van introduciendo otros tipos de refuerzos exclusivos para los varones: el poder; el dinero; la acción; el control de los demás y el amor “propio”. Sin embargo, para las mujeres esos refuerzos son considerados poco “femeninos” y se continúa estimulando en la imaginación los mismos refuerzos “afectivos”: el amor romántico de un marido que logrará, si cumple los mandatos de “la buena mujer”, y posteriormente será

premiada con el único amor puro, inocente y desinteresado que ofrecen los hijos e hijas que tenga en su matrimonio. Cuando al paso de los años, las experiencias de vida de las mujeres se contradicen con sus expectativas de refuerzos amorosos de sus aprendizajes de género, se van agudizando las emociones aprendidas: la tristeza, la culpa, los miedos y los sentimientos de soledad, que precisamente caracterizan a las depresiones y que afectan de forma tan desigual a hombres (30%) y a mujeres (70%).

Las causas de la depresión de género: Deducimos que ese 40% más de depresiones que sufren las mujeres es lo que denominamos depresión de género y puede producirse por un cúmulo de invisibles factores estresantes:

1. Por la práctica de los múltiples roles y mandatos de género de las mujeres para adaptarse a un modelo que les pide sacrificio, dependencia y pasividad. Aprenden a sufrir y no desarrollan sus capacidades para el goce. Este modelo limita y empobrece todo desarrollo intelectual y corporal y les impide decidir, disentir, ser dueñas de su cuerpo y de su sexualidad. Interiorizan múltiples miedos por todo lo que ocurre en un mundo que sienten muchas veces ajeno, desconocido y amenazador.
2. Por los micromachismos o microviolencias en la vida cotidiana: “Son pequeños e imperceptibles controles y abusos de poder casi normalizados que los varones ejecutan permanentemente. Son hábiles artes de dominio, maniobras que sin ser muy notables, restringen a las mujeres, atentando además contra la democratización de las relaciones. Dada su invisibilidad se ejercen generalmente con total impunidad”.
3. Por acontecimientos traumáticos de género, como: por la violencia de su pareja afectiva; por la violencia de sus hijos e hijas; por una violación; por un aborto; por abusos sexuales o incesto en su infancia; por separaciones o divorcios; después del parto; durante la menopausia y cuando los/as hijos/as mayores abandonan el hogar (depresión del nido vacío).

Síntomas: Los síntomas de la depresión de género, en muchos casos, son similares a los de cualquier depresión, unos son psíquicos: como la tristeza, la apatía, la falta de interés, falta de concentración, irritabilidad, pesimismo, culpabilidad, ansiedad, etc., otros son somáticos o físicos, como insomnio o exceso de sueño, problemas alimentarios por exceso o por defecto, disfunciones sexuales, dolores y molestias diversos. En otros casos, aunque las mujeres no puntúan muy alto en el cuestionario de síntomas de depresión, sí padecen ciertos malestares y sufrimientos característicos de nuestra socialización de género, tales como:

- Un malestar difuso e irritabilidad crónica.
- Incapacidad para pensar y actuar de forma lúcida y eficaz.
- Un descontento permanente de la relación de pareja (de la que muchas veces se siente culpable).
- Un retroceso o paralización de su desarrollo personal.
- Limitación de su libertad y autonomía.
- Desmoralización e inseguridad y falta de autocrédibilidad.
- Actitud defensiva o de queja constante e ineficaz.
- Deterioro, a veces muy grande, de su autoestima.³⁴

³⁴ Muruaga, Soledad en el CONGRESO "XXV AÑOS DE ESTUDIOS DE GÉNERO" MUJERES SABIAS: ENTRE LA TEORÍA Y LA PRÁCTICA Organizado y publicado por la FUNDACIÓN ISONOMÍA y la Universidad JAUME I. Castellón, septiembre de 2008.

2.5 REPRESIÓN

Las emociones son el eje central de los seres humanos, ya que están presentes a lo largo del día y es imposible que no se lleguen a experimentar en algún momento. Son la base para la toma de decisiones en el acontecer de la vida. Las emociones forman parte de la vida diaria y si estas llegan a ser reprimidas, representan un gasto de energía en el individuo y un conflicto enorme para la mente y su cuerpo derivando a algún trastorno depresivo mayor.

Represión.- Esta suprime de la conciencia aquello que produce ansiedad (un hecho, idea o percepción) y con ello impide que se resuelva. “la esencia de la represión está en alejar algo y mantenerlo apartado de la conciencia” (S. Freud, 1915, p. 147). Pero el elemento reprimido sigue formando parte de la psique y permanece activo a pesar de ser inconsciente. “la represión nunca es definitiva, sino que requiere un gasto constante de energía para mantenerla en ese estado, del que trata constantemente de salir” (fenichel, 1945, p. 150).³⁵

Como menciona Goleman, las personas que son represoras son aquellas que eliminan habitual y automáticamente de la conciencia cualquier perturbación emocional, para mantener la estabilidad o el equilibrio. Es así, que reprimir, es negarse a pensar, sentir y actuar en algo o abstenerse de alguna operación mental, como recordar, fantasear o imaginar sobre ciertas situaciones que provoquen malestar al individuo.

La represión como un mecanismo de defensa ideado por Freud, tiene una función específica, ésta es, proteger al yo de situaciones dolorosas o de amenazas en donde se pone en peligro la existencia bienestar emocional. El reprimir no quiere decir que desaparezcan esas emociones, pues éstas tarde o temprano buscan un escape alternativo. Un ejemplo podría ser cuando una persona está siendo insultada y ésta no muestra signos de enojo, lo cual significa que este reprimiendo esa emoción. Otro ejemplo es cuando se ve a una persona especial, y se siente

³⁵ Fadiman, J., & Frager, R. (2002). *Anna Freud y los posfreudianos*. En Teorías de la personalidad (p. 134). México: Oxford.

un deseo intenso de abrazarla, y en el momento que se acerca, lo único que se hace es preguntar ¿cómo estás?, reprimiendo el deseo original. Desde que los seres humanos nacen, se adentran a una cultura, en una familia particular, que provee de cuidados y a la vez moldea y educa, de manera que se ajuste al “modelo ideal de persona”.

Calle (2002) refiere que durante la niñez se comienza a ser educado, por medio de modelos y esquemas, las cuales van estructurando la psique, donde las emociones juegan un papel importante en un nivel psíquico y somático, desde ese momento las reacciones emocionales son aprendidas, y ejercerá influencia a los largo de su vida.

Por lo tanto para que una persona llegue a reprimir sus emociones, debe haber una experiencia pasada o un aprendizaje previo, lo cual hace que de alguna manera se bloquee la expresión emocional. A las mujeres, desde chicas, se les dice “calladita, te ves más bonita”, “el que se enoja, pierde”, “no grites”, etc.

Es importante mencionar que aunque las emociones son reprimidas, éstas no desaparecen, es decir a nivel consciente la emoción no se siente, pero el cuerpo sí está reaccionando, citando a Gutiérrez (2008) “lo que es reprimido por un lado, aflora por el otro.”

La represión podría considerarse como un distanciamiento, el cual se manifiesta en pedir y dar muy poco, invirtiendo poco tiempo y calidad en las relaciones interpersonales, pese a los esfuerzos por reprimir las emociones, tarde o temprano están logran manifestarse, a través de síntomas como baja autoestima, tendencias autodestructivas y patrones de conducta alteradas. Este tipo de personas evitan el contacto con lo que están sintiendo o percibiendo, por lo tanto, no pueden utilizar estas señales para satisfacer necesidades personales, provocando daños físicos y psicológicos.

En su libro “Emociones que matan” (2003) D. Colbert afirma: “Las emociones que quedan atrapadas dentro de la persona buscan resolución y expresión. Esto forma parte de la naturaleza de las emociones, porque deben sentirse y expresarse. Si

nos negamos a dejar que salgan a la luz, las emociones se esforzaran por lograrlo. La mente inconsciente tiene que trabajar más y más para poder mantenerlas bajo el velo que las esconde”.

En lo que se refiere a la inhibición de las emociones, desde que Freud pusiera de manifiesto la relevancia de la represión emocional en la génesis de alteraciones psicosomáticas, la inhibición de las emociones ha sido considerada como una de las variables principales que inciden en la enfermedad. No obstante, debemos decir que la inhibición por sí sola no causa indefectiblemente alteraciones somáticas, ni es inherentemente insana, muchas veces sirve como un mecanismo de adaptación para los seres humanos.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 PROCESO DE INVESTIGACIÓN.

La presente investigación se realizó desde un enfoque cualitativo, ya que esto permitió profundizar en el tema logrando así informar con objetividad, claridad y precisión acerca del problema de investigación en cuanto a la propia experiencia y las experiencias de las pacientes femeninas diagnosticadas con Trastorno Depresivo Mayor. Este enfoque llevo a aproximarse a las pacientes que están presentes en el escenario clínico y que pueden ofrecer información sobre sus propias experiencias, opiniones, valores, etc.

El método utilizado es la descripción fenomenológica, dado que busca describir los fenómenos tal y como se dan, observándolos libres de prejuicios, críticas e ideas preconcebidas; es un mirar intuitivo y un reportar descriptivo. En la fenomenología hay un rechazo a la absolutización del mundo.

Población.- El Centro Integral de Salud Mental (CISAME), ubicado a un costado del Hospital Regional Valentín Gómez Farías, en la ciudad de Coatzacoalcos, Veracruz., atiende a mil 100 personas que padecen algún tipo de enfermedad mental, de esos pacientes el 37 por ciento ha sido diagnosticado con depresión.

Muestra.- Para esta investigación se seleccionaron 10 pacientes femeninas en un rango de edad adulto temprana (20 – 40 años) diagnosticadas con Trastorno Depresivo Mayor.

Procedimiento.- Se solicitó permiso para poder acudir durante los meses de marzo a mayo del presente año, al Centro Integral de Salud Mental, perteneciente a la Jurisdicción XI de la Secretaría de Salud, el cual se encarga de acciones primordiales como promoción a la salud, detección oportuna de trastornos mentales, valoración adecuada y seguimiento de casos. Los test fueron administrados, a las pacientes, la duración media para contestar a los mismos fue

de unos 60 minutos aproximadamente. A las entrevistadas se les informó del carácter anónimo de las respuestas, así como de los objetivos de las mismas.

La observación participativa implica adentrarse en profundidad a situaciones sociales y mantener un rol activo, así como una reflexión permanente, y estar al pendiente de los detalles, de los sucesos, los eventos y las interacciones.

La entrevista cualitativa es más flexible y abierta. Las entrevistas abiertas se fundamentan en una guía general con temas no específicos y el entrevistador tiene toda la flexibilidad para manejarlas. Esto fue de gran ayuda, debido a que una vez logrado el rapport con las pacientes, relataban los acontecimientos por los cuales llegaron al Centro Integral de Salud Mental y las diagnosticaron con Trastorno Depresivo Mayor.

Instrumentos.- Los test proyectivos de personalidad. Para la aplicación del HTP se dispone de tres hojas blancas, se le da una hoja de forma horizontal y se le pide que dibuje una casa, una vez que haya terminado se le da una hoja en forma vertical y se le pide que dibuje un árbol y por último se entrega la última hoja en forma vertical y se le pide el dibujo de una persona. Una vez que terminó de realizar los tres dibujos se le realiza una entrevista acerca de cada uno y se le pide que dibuje una línea base y un sol en los tres dibujos.

Para la aplicación del Machover se le da una hoja blanca y se le pide que dibuje una figura humana, una vez que termina, se voltea la hoja y se le pide nuevamente una figura humana pero esta vez del sexo contrario al que dibujó anteriormente, por último se le pide un relato en donde relacione a los dos dibujos, concluyendo con que toda la información obtenida en los test y entrevistas será confidencial, todo para fines científicos.

Lugar y tiempo.- Centro Integral de Salud Mental (CISAME) del 17 de marzo al 19 de mayo de 2014 en la ciudad de Coatzacoalcos, Veracruz.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

4.1 ANÁLISIS DE DATOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos tras la aplicación de los instrumentos utilizados con los cuales se propuso describir las reacciones emocionales que presentan las pacientes femeninas diagnosticadas con Trastorno Depresivo Mayor en un rango de edad de 20 a 40 años en el Centro Integral de Salud Mental.

Las técnicas utilizadas fueron la observación participativa, entrevistas no estructuradas y test proyectivos de personalidad (HTP Y MACHOVER). Durante la entrevista, se pudo observar que las pacientes diagnosticadas con éste trastorno, presentan un tono de voz bajo, una postura corporal rígida, una expresión facial aplanada y ambivalencia emocional, muchas ni siquiera saben el concepto de emoción, muestran una ansiedad excesiva al momento de referir su situación sobre su enfermedad, destacando que la mayoría deriva por abuso sexual o maltrato físico en su niñez, así como problemas en sus relaciones interpersonales, ya sea con su familia, esposo e hijos. Los test proyectivos arrojan los siguientes datos: las pacientes presentan agresión, inseguridad, aislamiento en su entorno social, una fuerte necesidad de logro, miedo, necesidad de control, preocupación por sí mismo, preocupación sexual, fantasía y dependencia.

La mayoría de las pacientes a las que se le aplicaron las técnicas de investigación, muestran una relación de acuerdo a la literatura consultada de las reacciones neurótico depresivas de acuerdo a los desórdenes del humor en los que se expresan la tensión y la ansiedad en forma de abatimiento, alteraciones somáticas, quejas repetidas acerca de sentirse inferior, desesperado y despreciado, y lo observado en la práctica, así como la comprobación de los datos arrojados en los test proyectivos.

De acuerdo a la bibliografía consultada, según la teoría de la autofocalización de Lewinsohn, enumera las siguientes características de vulnerabilidad para padecer depresión la cual coincide con los factores observados en las pacientes: ser mujer, tener 20-40 años, tener pocas habilidades de afrontamiento, tener una sensibilidad elevada a los sucesos aversivos, etc.

Cuando las pacientes diagnosticadas durante la entrevista relatan los abusos sexuales y maltratos físicos que han padecido, dicen no recordar muchas cosas de esos eventos, esas pacientes, son las que durante la aplicación de los test mostraron más susceptibilidad al llanto, al quebramiento de la voz, a manifestar sus quejas y falta de interés, así como a su falta de concentración e irritabilidad con las personas que la rodean. La ambivalencia emocional, junto con la represión que muchas veces hacen de sus emociones, son las causas directas de sus quejas somáticas, acerca del dolor de cabeza, espalda y estómago.

Un caso particular que sucedió durante la aplicación de los test, fue la de una paciente que manifestaba estar escuchando voces que le decían que debía atender contra su persona, por lo tanto se consultó a la definición de reacciones psicóticas depresivas, la cual es muy parecida a los síntomas de las reacciones neuróticas depresivas sólo que en esta última aparecen delirios o alucinaciones. Otro caso que llamó mucho la atención fue la de una paciente que refiere haber sido abusada sexualmente por una familiar y esto le ha traído consecuencias en sus relaciones sexuales con la pareja a tal grado de terminar su matrimonio, a pesar de haber recibido atención por parte de un sexólogo, la paciente se muestra demasiado desvalorizada y con fuertes crisis emocionales, que se pudieron observar durante la entrevista, debido a que la mayor parte del tiempo se la pasó llorando y manifestando su inconformidad acerca del divorcio que había sucedido hace dos meses.

Lo cual nos lleva a resumir que las teorías consultadas en el marco teórico corresponden con las reacciones emocionales que manifiestan las pacientes y que los factores del sexo y la edad las vuelven más vulnerables para padecer el Trastorno Depresivo Mayor.

4.2 CONCLUSIONES

Para finalizar el trabajo de investigación que se realizó durante el período de marzo a mayo del presente año, se dividió el trabajo entre el planteamiento del problema, el marco teórico y la metodología. Para el planteamiento del problema, se buscó una problemática que afectara actualmente a la población, por lo cual el psicólogo se inclinó en el área clínica y solicitó permiso para poder realizar la tesis en el Centro Integral de Salud Mental, ubicado en la ciudad de Coatzacoalcos, Veracruz. Una vez que obtuvo el permiso, verificó cual era la población que más asistía y definió su población sobre el trastorno depresivo mayor, inclinándose por el sexo femenino en un rango de edad de 20 a 40 años, debido a que son factores de vulnerabilidad para padecer éste trastorno, así se logra el objetivo general del trabajo de investigación que consiste en “Describir las reacciones emocionales en pacientes femeninas diagnosticadas con Trastorno Depresivo Mayor en un rango de edad de 20 a 40 años en el Centro Integral de Salud Mental.” Dando pauta a los siguientes objetivos específicos:

- Identificar las emociones que presentan las pacientes femeninas diagnosticadas con el Trastorno Depresivo Mayor.
- Analizar la relación entre el sexo femenino en un rango de edad de 20 a 40 años y el Trastorno Depresivo Mayor.
- Examinar si la represión de las emociones conduce al Trastorno Depresivo Mayor.

Una vez que se tuvieron los objetivos específicos, se logró la justificación y el planteamiento del problema, dando paso a la construcción del marco teórico, el cual se obtuvo a través de diversos análisis de bibliografías consultadas, logrando abarcar todos los objetivos específicos en el marco teórico. Una vez que quedo lista esa parte, se procedió a la aplicación de las técnicas de evaluación, para poder analizar los datos arrojados en los test proyectivos.

A manera de conclusión, se puede observar que efectivamente el sexo y la edad son factores de vulnerabilidad para padecer de éste trastorno, otra de las cosas

que más relación tiene con el trastorno depresivo mayor, es si la paciente ha sufrido de violencia de género, (ya sea maltrato físico, verbal, sexual o psicológico). La mayoría de las pacientes a las cuales se les aplicaron los test, a través de las entrevistas se pudo obtener información acerca del maltrato que muchas de ellas han vivido, ya sea por parte del abuso sexual o el maltrato físico. Por lo tanto la depresión de género estuvo muy marcada en las pacientes diagnosticadas con Trastorno Depresivo Mayor.

De cualquier forma tanto los acontecimientos estresantes, como la alineación y la autoestima son factores que no se distribuyen de igual manera entre la población, debe de existir cierta predisposición como un evento en la infancia, el cual desencadene en la edad adulta un trastorno depresivo mayor. La relevancia de las teorías psicológicas es que permiten abordar el tema en distintas perspectivas. La teoría psicodinámica se basa en la pérdida del objeto amado como factor clave de la depresión. Mientras que en la teoría conductual la principal característica de la depresión es una reducción generalizada de la frecuencia de las conductas. Para la teoría cognitiva existe una relación entre la cognición- emoción y conducta.

Al ser un trabajo de investigación cualitativo, se produjo el análisis minucioso de cada acontecimiento que surgiera durante la estancia en el Centro Integral de Salud Mental con la evaluación de las pacientes para poder describir las reacciones emocionales que presentan, dentro de las más destacadas son la irritabilidad, tristeza y ansiedad. De lo que se deduce que el origen de muchas reside en experiencias traumáticas en su niñez, que al no lograr enfrentarlas a tiempo, desencadena en un Trastorno Depresivo Mayor.

4.3 RECOMENDACIONES

Como profesional de la salud interesado en el área clínica, se aprecia que el índice de los trastornos mentales está cobrando vidas dentro de la zona sur, hoy en día no es sorprendente escuchar casos en los medios de comunicación acerca de distintos problemas emocionales que afecta a la población y el cual genera un grave problema en salud mental. La familia juega un papel muy importante en el desarrollo y mantenimiento del Trastorno Depresivo Mayor, por lo tanto siempre se recomienda evaluar el funcionamiento familiar y la red de apoyo que presenta para el paciente. Debe fomentarse el ambiente de comprensión hacia el paciente, sin presionar ni hacerlo sentir que es responsable de sus síntomas, así como estimular que en casa se propicie el apego al tratamiento, esto incluye la toma de medicamentos y la asistencia puntual a las psicoterapias.

Después de realizar el proyecto de investigación, se permiten las siguientes aportaciones que por falta de tiempo no se pudieron realizar en ésta tesis y que sin duda pueden enriquecer la información presente:

Crear un taller en donde participen las pacientes diagnosticadas y den parte a la narración de sus casos, donde puedan expresar sus emociones acerca de los problemas que más repercuten en su vida.

Lograr pláticas de psicoeducación con los familiares de las pacientes, para que ellos comprendan la magnitud de la enfermedad y sea más efectivo el tratamiento psicoterapéutico, evitando que los pacientes falten a sus sesiones.

Participar con los médicos generales e interactuar a través de pláticas, acerca del correcto diagnóstico, para que logren detectar a tiempo el cuadro clínico del Trastorno Depresivo Mayor, evitando gastos económicos con las pacientes.

Realizar un enfoque cuantitativo, aplicando cuestionarios y logrando un método correlacional que permita evaluar junto con la tesis cualitativa los factores que intervienen para el desarrollo del Trastorno Depresivo Mayor.

BIBLIOGRAFÍA

Varela, C. (1998). Reacciones Emocionales: Aspectos Conceptuales y de Medición. *Revista Sonorense de Psicología*, Vol. 12, 91-97.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., Baptista Lucio P. (2003). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.

Colbert, D. (2006). *Emociones que matan*. E.U.A: Betania.

Spadone, C. (2006). *¿Puede curarse la depresión?*. España: Akal.

Pasantes, H. (2008). *De neuronas, emociones y motivaciones*. México: Fondo de Cultura Económica.

Goleman, D. (2007) *La inteligencia emocional*. Mexico: Ediciones B, S.A.

Reeve, J. (1994). *Motivación y Emoción*. España: McGraw-Hill.

APA. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.

Sarason, I., & Sarason, B. (2000). *Psicología Anormal*. México: Trillas.

Cameron, N. (2012). *Desarrollo de la personalidad y psicopatología*. México: Trillas.

Belluch, A., Bonifacio, S., & Ramos, F. (2009). *Manual de Psicopatología*, vol. II. España: McGraw-Hill.

Fadiman, J., & Frager, R. (2002). *Teorías de la personalidad*. México: Oxford.

Papalia, D., Olds, S., & Feldman, R. (2005). *Desarrollo Humano*, novena edición. México: McGraw-Hill.

Chóliz, M. (1995): La expresión de las emociones en la obra de Darwin. En F. Tortosa, C. Civera y C. Calatayud (comps): *Prácticas de la historia de la Psicología*. Valencia: Promolibro.

Ruiz Flores, L., Colín Piana R., Corlay Noriega, I., Lara Muñoz Ma., Dueñas Tentor, H. (2007, marzo-abril). Trastorno depresivo mayor en México: la relación entre la intensidad de la depresión, los síntomas físicos dolorosos y la calidad de vida. *Salud Mental*, 30, 32.

González Llancezia, F. (2007). *Instrumentos de Evaluación Psicológica*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.

Muruaga, Soledad en el Congreso "XXV años de estudios de género" Mujeres Sabias: entre la teoría y la práctica. Organizado y publicado por la FUNDACIÓN ISONOMÍA y la Universidad JAUME I. Castellón, septiembre de 2008.