



318525¹⁹⁸⁷ 3
2oje.

UNIVERSIDAD INTERCONTINENTAL

ESCUELA DE PSICOLOGIA

Con estudios incorporados a la
Universidad Nacional Autónoma de México
1983 - 1987

TABAQUISMO Y DEPRESION ENTRE MUJERES DE
PROVINCIA Y EL DISTRITO FEDERAL

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A:

EMILIA MARIA DE LAS MERCEDES BUENO PEDRAZA

ASESOR DE TESIS:
LIC. ANABEL PAGAZA ARROYO

TESIS CON MEXICO, D. F.
FALLA DE ORIGEN

1994



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**A Alvaro por su amor y apoyo que me permitieron
alcanzar este logro en mi vida profesional.**

**A mis padres por el ejemplo y la estimulación
que he recibido en mi formación humana y profesional.**

**A Coila, Cristobal, e hijas por su amistad incondicional
y comprensión, tan importantes en este proceso.**

**Como un homenaje especial a mi pequeño bebé
quién ha estado conmigo y se ha ido desarrollando
al mismo tiempo que este proyecto,
siendo una motivación muy importante en mi vida
para ser cada día una mujer más completa.**

Un agradecimiento especial a mi querida hermana Ale.

INDICE

Resumen	1
Introducción	2
Justificación	5
CAPITULO I	
La mujer mexicana.	
1.1. Roles de la Mujer en la Historia de México.	9
1.1.1. En el Trabajo.	13
1.1.2. En lo Social.	17
1.1.3. En la Maternidad.	18
1.1.4. En la Pareja	19
1.2. Conflicto de Roles.	19
1.3. La Mujer Conforme al Lugar de Residencia	21
CAPITULO II	
Puntos de Vista Teóricos sobre la Depresión.	
2.1. Definiciones y Clasificaciones.	25
2.2. Teorías de la Depresión.	29
2.2.1. Psicoanalítica.	29
2.2.2. Conductista.	30
2.2.3. Biológica.	31
2.3. Causas de la Depresión.	32
2.3.1. Biológicas.	32

2.3.2. Psicológicas.	.....	33
2.3.3. Ecológicas.	.....	34
2.3.4. Sociales.	.....	35
2.4. Cuadro clínico.	.....	35
2.5. La Depresión en la Mujer.	.....	39

CAPITULO III

El Tabaco.

3.1. Historia del Tabaco.	.....	42
3.2. Tabaquismo.	.....	43
3.2.1. Tabaquismo en México.	.....	45
3.3. Clasificación de Fumadores.	.....	45
3.4. Enfermedades Relacionadas con el Tabaquismo.	.....	49
3.5. Aspecto Psicológico.	.....	54
3.5.1. Inicio y Mantenimiento del Hábito Tabáquico.	.....	55
3.5.2. Motivos de Reincidencia en el Hábito Tabáquico.	.....	57
3.6. Rasgos de Personalidad del Fumador.	.....	58
3.7. La Mujer y el Tabaquismo.	.....	59

CAPITULO IV.

Aspecto Metodológico.

4.1. Objetivos de Investigación.	.....	61
4.4.1. Generales.	.....	61
4.4.2. Específicos.	.....	61

4.2. Problemas de Investigación.	61
4.3. Hipótesis.	62
4.4. Variables.	62
4.4.1. Definiciones Conceptuales.	63
4.4.2. Definiciones Operacionales.	63
4.5. Muestra.	64
4.6. Tipo de Muestreo.	64
4.7. Tipo de Estudio.	65
4.8. Nivel de Estudio.	65
4.9. Diseño de Investigación.	65
4.10. Instrumentos.	65
4.11. Procedimiento.	68
4.12. Análisis Estadístico.	69

CAPITULO V.

Resultados.

5.1. Descripción de la Muestra.	71
5.2. Resultados del Instrumento para Medir Depresión por Grupos de Estudio.	80

CONCLUSION Y DISCUSION.	81
-------------------------	----

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.	84
-----------------------------	----

Bibliografía.	87
---------------	----

ANEXOS.

Uno.	97
Dos.	100
tres.	102

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue el de analizar si existe relación entre la depresión y el tabaquismo entre mujeres que residen en el Distrito Federal y en Provincia. La muestra fue constituida por un grupo de 120 mujeres, de las cuales 60 tienen su lugar de residencia en provincia, y el resto en el Distrito Federal. Se utilizó un diseño factorial de 2×2 ; el factor 1 que es tabaquismo se divide en fumadoras y no fumadoras; el factor 2 es el lugar de residencia y se divide en Provincia y en Distrito Federal. El tipo de estudio fue de campo, transversal, a nivel descriptivo. Se utilizó el instrumento "Escala de Automedición de la Depresión" diseñado por William Zung (1965). Para el análisis estadístico se utilizó la Prueba de Correlación de Pearson y un Análisis de Varianza (ANOVA). Los resultados mostraron que no existen diferencias estadísticamente significativas con respecto a la depresión en mujeres fumadoras y no fumadoras y de acuerdo al lugar de residencia.

INTRODUCCION

La mujer siempre ha sido tema de estudio, en algunas disciplinas, concretamente en este caso, la psicología.

En los últimos años, la mujer en México ha ocupado un papel fundamental en el ámbito social, económico y laboral, esto en parte se debe a las demandas principalmente de carácter económico.

Formoso (1962), ha señalado que políticamente, se ha reconocido la necesidad de incrementar la contribución económica de la mujer, ya que se ha comprobado que además de ser un medio para aumentar el los recursos humanos disponibles y fomentar el desarrollo económico. También contribuye al mejoramiento de la distribución del ingreso, se trata pues de un proceso gradual que al final, beneficia no solo al sexo femenino, sino a toda la sociedad.

Sin embargo la incorporación de la mujer al aparato productivo, ha traído como consecuencia que ella haya buscado mecanismos de adaptación para esta nueva vida.

Actualmente, la sociedad de consumo en la que vivimos, ofrece diversas formas o productos para manejar o disminuir la ansiedad. Uno de estos medios, al cual se avocó el presente trabajo, se refiere al consumo del tabaco.

Si bien se han realizado diversos estudios y campañas publicitarias para disminuir su consumo debido a los efectos nocivos que tiene sobre la salud, las cifras en nuestro país parecen incrementarse en forma alarmante.

La Secretaría de Salud (1986), ha informado que un motivo de preocupación de los expertos nacionales e internacionales es el incremento en el hábito de fumar extensivo en la población de mujeres y adolescentes de los países en desarrollo. Es probable que lo anterior se deba a la inserción de la mujer en otros ámbitos.

Es obvio que existen diferencias en lo referente a la calidad de vida en el Distrito Federal, en comparación con la mayoría de las ciudades de provincia, en lo que concierne principalmente a: vivienda, vías de comunicación, distancias, problemas de tráfico, seguridad pública, convivencia familiar, oportunidades de socialización, etc. En una palabra es evidente que la vida en esta entidad es más acelerada y desde luego más estresante.

Mendels (1977), señala como factor de predisposición para el tabaquismo la depresión, la angustia y el stress.

El objetivo del presente estudio fué el de investigar la posible interrelación entre el tabaquismo y la depresión en mujeres adultas, tomando en cuenta su lugar de residencia (D.F. ó interior de la República Mexicana).

Por lo tanto, para tratar este tema ha sido necesario incluir en el primer capítulo una perspectiva de la mujer mexicana en la actualidad, tomando en cuenta sus diferentes roles y los conflictos que estos pueden llegar a ocasionar, precipitando en ella factores de su personalidad.

En el capítulo dos se incluye una revisión de la depresión, de los diferentes conceptos, teorías, causas, cuadro clínico y sus manifestaciones en la mujer.

El capítulo tres está dedicado a describir la historia del tabaco en nuestro país. También incluye otros aspectos como: explicar en que consiste el tabaquismo, clasificación de las fumadoras en función de las distintas formas en que se consume este producto, cuáles son los principales daños y efectos que tiene sobre la salud, aspectos psicológicos y rasgos de personalidad de los fumadores.

En el capítulo cuatro se explica la metodología que se llevó a cabo para la realización de la presente investigación así como los resultados obtenidos.

En el capítulo cinco, se describen los resultados obtenidos incluyendo una descripción del comportamiento de la muestra, conclusiones y un comentario acerca de las limitaciones del presente estudio así como sugerencias para futuras investigaciones sobre el tema.

JUSTIFICACION

El tabaquismo es una adicción severa, cuyas consecuencias y daños a la salud se difunden en forma constante por el sector salud a través de campañas publicitarias.

La Secretaria de Salud(1986), señala que el tabaquismo ha sido identificable como la causa previsible mas importante de morbilidad y mortandad en los países desarrollados y afirma que la mayoría de los padecimientos asociados al tabaco son irreversibles - o muy poco reversibles -, incapacitantes y generalmente letales si el hábito no se abandona.

Sin embargo, la Secretaria de Salud (1986), también ha informado que es alarmante el incremento en el cultivo y procesamiento del tabaco, lo que indica que la demanda de este producto continua aumentando.

Es preocupante el conocer que las cifras de producción y consumo siguen incrementándose, lo cual indica que el sector de los fumadores continua creciendo a pesar de los programas que existen en contra de esta adicción y que además el sector femenino forma parte importante del mismo.

Rubio en 1987 (citado por Cendon y Martínez en1989), señala que: "la producción de tabaco para el año de 1986 alcanzó la cifra de 76 toneladas en comparación con las 43 y 46 toneladas que significaron para los años de 1984 y 1985, respectivamente. En el Estado de Veracruz se incrementó en un 46% el número de hectáreas plantadas en el ciclo 1985-1986; en Oaxaca de 500 a 1,000 hectáreas y en Chiapas de 2,000 a 4,000."(p.32)

Es probable que el nivel de vida, el stress y los nuevos roles a los que la mujer se ha tenido que adaptar, tengan como consecuencia mayores niveles de ansiedad, que siendo constante puede derivar en rasgos depresivos.

Para Mendels (1977), la angustia y el stress son factores de predisposición para la depresión.

Jacome (1980), señala que para varios científicos existe una relación directa entre la angustia y el consumo de cigarros, en virtud de que el fumar es un escape.

Córdoba (1993), concluye que "el tabaquismo es una conducta tendiente a mantener un estado estable en momentos en que se requiere aumentar o disminuir el stress (ansiedad)". (p. 107)

Hayashi (1987), ha observado que "en general, el fumador es más ansioso que el no fumador". (p. 43)

Por otra parte, si consideramos que la vida en el Distrito Federal es más problemática en cuanto a servicios, vivienda, problemas de tránsito, de seguridad social, etc. en comparación con la vida de provincia, el lugar de residencia podría ser un factor de influencia para el hábito de fumar y para la depresión.

De lo anterior, Tapia Coyer y su grupo de colaboradores (1990) afirman que: "Los resultados de las Encuestas Nacionales de Salud (ENSA) y Nacional de Adicciones (ENA), reportan que es en la Ciudad de México donde se ha encontrado la prevalencia más alta de fumadores, seguida por la región noroccidental del país". (p. 52)

En lo que a depresión y angustia se refiere De la Fuente (1990), comenta lo siguiente: "Un hecho documentado es que en la Ciudad de México, entre una tercera parte y la mitad de las consultas en el primer nivel de atención en

Instituciones gubernamentales es atribuible principalmente a depresión y angustia".(p.28)

Para poder atacar el problema del tabaquismo, no solamente es importante conocer sus consecuencias y avocarse a rescatar de esta adicción a los fumadores cautivos; también es de vital importancia el identificar sus causas y explorar la influencia de los rasgos psicológicos que pudieran ser determinantes en el hábito de fumar y/o en el proceso de inicio del mismo; ya que esto nos permitirá tomar medidas preventivas y/o de apoyo a los programas para dejar de fumar.

La psicología, como ciencia de la salud, puede contribuir con otras disciplinas, en el campo de la investigación sobre este tema.

Además el tema es de suma trascendencia toda vez que la mujer generalmente convive más con los hijos, por lo que podemos inferir que es un modelo de identificación sumamente importante para los niños, que en un futuro deberán tomar la decisión entre ser fumador o no.

CAPITULO I

LA MUJER MEXICANA EN LA ACTUALIDAD

CAPITULO I.

La mujer mexicana en la actualidad

1.1. Roles de la mujer en la historia de México.

La mujer mexicana desde la época prehispánica hasta la actualidad ha tenido que pasar por muchos cambios en lo que a sus actividades se refieren lo cual ha sido provocado porque la sociedad le ha asignado diferentes posiciones en las distintas épocas.

En la sociedad prehispánica, la mujer llevaba sobre sus espaldas una pesada carga de trabajo doméstico, principalmente. Los campos de actividad estaban bien delimitados desde el nacimiento, según fuera el sexo.

Fray Diego de Landa (citado por Hidalgo en 1989), se refiere a las indias de esta época en los siguientes términos: " Son grandes trabajadoras y vividoras -escribe el religioso- por que... de ellas cuelgan los mayores y más trabajos de la sustentación de sus casas y educación de sus hijos y paga de sus tributos, y con todo eso, si es menester, llevan algunas veces mayor carga labrando y sembrando sus mantenimientos. Son a maravilla granjeras velando de noche el rato que de servir sus casas les queda, yendo a los mercados a comprar y vender sus cosillas...".(p.54)

También testimonios como el de Cristóbal Colón en 1494 (citado por De la Torre en 1966), que escribió a los Reyes Católicos: "Las mujeres me parece que trabajan más que los hombres".(p.137)

Lo anterior puede dar una somera visión de la situación de la mujer en las sociedades prehispánicas, es decir, que la mujer era educada con sentido

tradicional, tenía funciones domésticas e incluso de sostenimiento de la casa.

Por otra parte, por lo que se refiere a la Colonia, se inicia con un hecho significativo para las sociedades prehispánicas: la conquista española. El suceso tuvo un gran impacto en la vida de hombres y mujeres que fueron afectados profundamente en su patrimonio, su religión, su concepción del mundo...Un poeta indígena (Citado por Regueiro en 1990), lo expresó en forma dramática: "Y era nuestra herencia una red de agujeros..." (p.137)

La escasez de mujeres españolas provocó el establecimiento de una relación de abuso y menosprecio, de uso y abandono. Rosario Castellanos en 1957 (citada por Regueiro en 1990), asegura que "la concubina india fue tratada como un animal doméstico y como él desechada al llegar al punto de la inutilidad" (p. 10). Así la mujer indígena se convirtió en un objeto sexual.

Con el tiempo, surgieron dos grupos de mujeres en la Nueva España. Por un lado, una reducida proporción de mujeres, esposas o hijas de españoles peninsulares y criollos, sujetas igualmente a un régimen social y familiar autoritario; y por el otro, la gran masa de mujeres indígenas y mestizas esclavas de un trabajo doméstico y marginadas de cualquier tipo de progreso social, económico y cultural.

Madame Calderón de la Barca en 1957 (citada por Regueiro), habla del tipo de educación que recibía la mujer que dominaba en las esferas políticas y económicas del siglo XIX: "Hablando en términos generales, he de deciros que las Señoras y Señoritas mexicanas, escriben, leen y tocan un poco, cosen y cuidan de sus casas y de sus hijos. Cuando digo que leen

quiero decir que saben leer; cuando digo que escriben, no quiero decir que lo hagan siempre con buena ortografía, y cuando digo que tocan, no afirmo que posean, en su mayoría, conocimientos musicales. Cuando chicas, suelen asistir a las escuelas, en donde niños y niñas aprenden a leer en común, o cualquier otra tarea que las viejas maestras pueden enseñarles; pero a los doce años se les considera ya demasiado grandes para seguir concurriendo a estas promiscuas asambleas...No creo que existan más allá de media docena de mujeres casadas, y algunas muchachas por encima de los catorce, que lean un libro al año, con excepción del misal". (p. 11)

La condición de la mujer en la etapa de la Independencia tuvo ciertos cambios. Vásquez (1979), señala que durante la Independencia se despertó la necesidad de colaborar y luchar por una causa; las mujeres tuvieron oportunidad de ayudar y seguir a sus maridos fuera del hogar. La mujer de la clase media no tenía las ventajas de las de estratos económicos altos, las que contaban con una buena dote al contraer el matrimonio, por lo que tenía que aprender a bordar, tocar el piano y bailar para conseguir un buen marido. La mujer indígena pura, seguía relegada. La vida y necesidades de la mujer eran diferentes de acuerdo con su nivel social, la mujer en el campo y en los ranchos se dedicaba a parir hijos y alimentarlos con frijoles y tortillas, levantándose para preparar el nixtamal, molerlo y hacer las tortillas.

Regueiro, Márquez y Gutiérrez (1990), refieren que la primera información censal del país data a partir del período porfirista, correspondiente a 1895. El censo de ese año y el de 1910 indican que el monto del alfabetismo, era de 8 millones que había en 1895, de los cuales 4 231 620 eran

mujeres. El censo de 1895 consigna además que en México había las siguientes mujeres profesionales: 5 dentistas, 10 farmacéuticos y 7 médicos; da cuenta igualmente de la existencia de 2076 parteras, 7698 mujeres peones del campo, 836 trabajadoras de minas, 140 obreras de fundición, 115 actrices, 12 escritoras, 61 pescadoras y 40 carboneras o leñadoras.

En 1910, Ricardo Flores Magón (citado por Vazquez en 1974), describe como la mujer mexicana era víctima de diversas formas de discriminación y explotación: "El salario de la mujer es tan mezquino que con frecuencia tiene que prostituirse para poder sostener a los suyos cuando en el mercado matrimonial no encuentra un hombre que la haga su esposa".(p.36)

Regueiro, Márquez y Gutierrez (1990), refieren que a partir de 1930, cuando el país otorga un impulso importante a la industrialización, la mujer empieza a integrarse masivamente en el mercado de trabajo nacional.

Díaz Guerrero en 1990 (citado por Pérez Rincón en 1990), habla del machismo como una expresión de poder, en la que de acuerdo a la cultura tradicional, las mujeres debían de atender solamente a las cosas del hogar. Sin embargo, afirma que así era antes, ya que el tipo de civilización que se tenía lo podía permitir pero actualmente, con el avance de la tecnología y por el hecho de que la productividad requiere la fuerza de producción de las mujeres y no solamente de los hombres para poder competir con las demás naciones, hubo que permitirle a la mujer que desarrollara todas sus capacidades.

Si bien es cierto que la integración de la mujer al proceso económico debe

entenderse como positiva en cuanto la ayuda a desarrollarse integralmente como ser humano, ello se ve limitado cuando el trabajo remunerado no la exime de las labores domésticas y le impone una doble jornada de trabajo.

Formoso (1962), señala que acualmente la mujer ha salido de su abatimiento, que ahora, la mujer mexicana posee mayor grado de seguridad, va a las universidades, devenga salarios, no está en segundo término. Su pensamiento y su voz existe.

Cruz (1992), señala que la mujer en la sociedad mexicana está inmersa en una situación de cambio, en la cual la mujer ha tomado otras perspectivas, tiene metas distintas a las que antes se había propuesto, su estilo de vida es diferente y su manera de pensar. Lo anterior repercute en ella y como consecuencia en sus diferentes núcleos, aunque es claro que si bien este proceso ha sido gradual también se ha enfrentado a ciertos obstáculos y a situaciones contradictorias que la mujer ha tenido que ir enfrentando.

1.1.1. En el trabajo.

En México, la presencia de la mujer en la Población Económicamente Activa (PEA) expresa la necesidad de obtener o incrementar el ingreso familiar. Así pues, la inserción de la mujer en la estructura ocupacional se concentra fundamentalmente en el sector de los servicios y en especial en el trabajo doméstico.

López (1980), quien se ha ocupado de estudiar la Integración de la mujer al desarrollo informó: "...De este modo, en 1970, el 64.5 por ciento del total de la mano de obra femenina trabaja en el sector de servicios y de éste,

alrededor de la mitad el 46 por ciento se encontraba en el servicio doméstico directo"(p.7)

Sin embargo; Regueiro, Márquez y Gutierrez (1990), mencionan que dada la estructura social tan heterogénea para el sector femenino su necesidad y forma de incorporarse al mercado de trabajo depende del nivel económico del que proviene y que para el sector femenino carente de necesidad imperiosa de trabajar para procurarse su sustento y el de su familia, su decisión de participar en la Población Económicamente Activa estará condicionada por diversos factores tales como educación, familia, edad, estado civil.

En una investigación de Velázquez (1985), quien también se ha ocupado del estudio de las mujeres con trabajo remunerado refiere que la información censal de 1980 sobre la población económicamente activa femenina del país, muestra que se incrementa en relación al censo de 1970, pasando del 17 por ciento en total a un 54.6 por ciento.

La Ley Federal del Trabajo (1990), protege a la mujer, en el sentido de que no se olvida del papel que ésta tiene como madre y obliga a los patrones para que la mujer tenga garantías en este sentido. A continuación se enuncian los artículos del título quinto de esta ley que hacen referencia a este tema.

"Art. 165. Las modalidades que se consignan tienen como propósito fundamental la protección de la maternidad. "

Art. 166. Cuando se ponga en peligro la salud de la mujer, o el de lactancia y sin que sufra perjuicio en su salario, prestaciones y derechos, no se podrá utilizar su trabajo en labores insalubres o pe-

ligrosas, trabajo nocturno o de servicio después de las diez de la noche, así como en horas extraordinarias.

Art. 167. Para los efectos de este título, son labores peligrosas o insalubres las que, por naturaleza del trabajo, por las condiciones físicas, químicas y biológicas del medio en que se presta o por la composición de la materia prima que se utilice, son capaces de actuar sobre la vida y la salud física y mental de la mujer en estado de gestación, o del producto. Los reglamentos que se expidan determinarán los trabajos que quedan comprendidos en la definición anterior.

Art. 170. Las madres trabajadoras tendrán los siguientes derechos:

- I.** Durante el período del embarazo, no realizarán trabajos que exijan esfuerzos considerables y signifique un esfuerzo para la salud en relación con la gestación, tales como levantar; tirar o empujar grandes pesos, que produzcan trepidación, estar de pie durante largo tiempo o que actúen o puedan alterar su estado psíquico y nervioso;
- II.** Disfrutarán de un descanso de seis semanas anteriores y seis posteriores al parto.
- III.** Los períodos de descanso a que se refiere la fracción anterior se prorrogarán por el tiempo necesario en el caso que se encuentren imposibilitadas para trabajar a causa del embarazo o del parto;
- IV.** En el período de lactancia tendrán dos reposos extraordinarios por día, de media hora cada uno, para alimentar a sus hijos,

en el lugar adecuado e higiénico que designe la empresa;

V. Durante los períodos de descanso a que se refiere la fracción II, percibirán su salario integro. En los casos de prórroga mencionados en la fracción III, tendrán derecho al cincuenta por ciento de su salario por un período no mayor de sesenta días.

VI. A regresar al puesto que desempeñaban, siempre que no haya transcurrido, más de un año de la fecha de parto; y

VII. A que se computen en su antigüedad los períodos pre y post-natales.

Art. 171. Los servicios de guardería infantil se prestarán por el Instituto Mexicano del Seguro Social, de conformidad con su ley y disposiciones reglamentarias.

Art. 172. En los establecimientos en que trabajen mujeres, el patrón debe mantener un número suficiente de asientos o sillas a disposición de las madres trabajadoras".(p.p.68-70)

Si bien la Ley Federal del Trabajo protege a la mujer principalmente en lo que respecta a la maternidad, ella continúa enfrentándose al sexismo, derivado de una historia en la que la mujer no ha ocupado un lugar importante dentro de el aparato productivo de nuestra sociedad; por otra parte, es evidente que la protección que brindan nuestras leyes a la mujer, en el mayor de los casos contribuye a que esta sea objeto de discriminación, en virtud de que al patrón no le convienen estas condiciones pudiendo evitarlas.

1.1.2. En lo social

Es importante revisar esta área dado que es la sociedad, en gran medida responsable de los roles que le asigna a los miembros de la misma, en función del sexo, clase social, valores y creencias.

Los factores socioeconómicos juegan un papel muy importante en el estilo de vida de los habitantes, en las actitudes, motivaciones, creencias y conductas.

Algunos estudios se han avocado a investigar la influencia del nivel socioeconómico sobre el comportamiento humano.

Kohn (1967), encontró que los miembros de diferentes clases sociales, por el hecho de experimentar distintas condiciones de vida, ven al mundo en forma diferente, desarrollan concepciones distintas de la realidad social, dependiendo de la clase social a la que pertenezcan.

Lloyd en 1960 (citado por Kohn en 1967), manifiesta que los estudios científicos de clase social demostraron que es una de las principales determinantes de las decisiones del individuo y de acción social; cada área importante de la vida, está directa o indirectamente influenciada por la posición de clase.

Godínez, Arreola y Alarcón (1982), describen características sistemáticas de la mujer dependiendo de la clase social a la que pertenezcan. Mencionando que la mujer de clase baja vive en unión libre o en matrimonio no legalizado; aquí es la mujer la indicada para las labores del hogar debido a los bajos niveles económicos en el hogar. Sin embargo, la mujer de clase media tiene el objetivo de casarse de blanco y la maternidad, ya que a través

de ésta obtiene una posición de respeto dentro de la familia. Por otro lado, en la mujer de clase alta, su principal preocupación radica en su apariencia personal, invirtiendo gran parte de su tiempo en actos de beneficencia, no se dedica a las labores del hogar, sino por el contrario a cumplir con sus compromisos sociales.

1.1.3. En la maternidad

Este representa un rol muy importante para la mujer y en el mayor de los casos ocupa un lugar prioritario en su vida.

En su trabajo, Zarco (1990), menciona que anteriormente la mujer era valorada por su función maternal, vista como la culminación de la función femenina y la reafirmación de su sexo.

Rowbothan (1977), menciona que, por lo general, la mujer tiene una representación de su papel de madre, referida a la auto-abnegación. Concibe que ser buena madre significa entregarse completamente a su marido e hijos, ocuparse de la buena marcha del hogar, del bienestar de la familia; en fin, entiende que debe responder a todo tipo de demandas y situaciones tanto materiales como afectivas.

Jelín (1980), por su parte, afirma que la sociedad ha otorgado a la mujer un papel fundamental dentro del hogar, ya que ella es la responsable principal de las tareas vinculadas a la reproducción y mantenimiento de los miembros de la familia y que aún conforme los hijos vayan creciendo ella desempeña un papel emocional-afectivo significativo para ellos.

1.1.4. En la pareja.

Goode (1966), señala en su trabajo "La Familia" que precisar exactamente cómo se afectan los miembros de la familia cuando la madre trabaja aún no se ha podido aclarar adecuadamente. Pero opta por inclinarse por la tesis del aumento en la frecuencia de los conflictos maritales cuando la mujer trabaja.

Investigaciones realizadas en Estados Unidos por Nye y Hoffman en 1977 (citados por Michel en 1980) concluyen que existe un menor conflicto conyugal según el nivel socioeconómico sea mayor. En otras palabras, que existe una relación inversa entre conflicto y nivel socioeconómico.

Así también se constata un menor conflicto en los casos en que hay mayor satisfacción por el trabajo que se desempeña (y esto ocurre con mayor frecuencia en mujeres que trabajan porque desean trabajar, que están mejor calificadas y reciben mayores ingresos.)

Si hay deseo de trabajar (no necesidad u obligación), posibilidad de elección del trabajo y si el hombre está de acuerdo con que la mujer trabaje, la situación doméstica y conyugal se torna más favorable. Si el marido no lo aprueba, si él aprueba pero ella no trabaja y si ella quiere trabajar pero no lo hace, el resultado es el mismo a nivel de efectos para la relación de pareja: el ajuste marital es pobre.

1.2. Conflicto de roles

Con el doble rol: el doméstico y el laboral, la mujer es doblemente discri-

minada debido a que el mercado de trabajo diferencia su mano de obra por sexo ante igual capacidad y ocupación, e igual efecto produce la cotidianidad conferida al hombre y a la mujer en el hogar. Esta le confirma cada día que el ideal del hombre que tiene al hogar como lugar de descanso para ella no se cumple; se convierte en un mito porque su llegada a la casa significa continuar el trabajo iniciado antes de salir de ella y/o emprender otros. Se levanta a trabajar: primero, en la unidad doméstica, luego sale del hogar a realizar otro tipo de trabajo, pero éste compensado por un ingreso y después regresa de nuevo al hogar a realizar la misma actividad. Por tanto, su jornada global de trabajo es superior a la del hombre.

Sin embargo, Heller (1980), afirma que los conflictos en la vida cotidiana de la mujer que trabaja de manera remunerada fuera del hogar, no sólo son resultados de su participación en dos sistemas o instancias de actividades cuyas exigencias de tiempo son incompatibles, sino que obedecen más bien al hecho de que los valores que sirven de fundamento a esas exigencias son contradictorios: a la mujer se le exige al mismo tiempo que cumpla con sus roles respectivos, que responda a sus 'obligaciones' familiares y que lo haga de una manera 'satisfactoria'.

Hidalgo, Teresa (1989), afirma que el elemento esencial explicativo del conflicto lo será el incumplimiento o el cumplimiento inadecuado de los roles a los que debe atender la mujer en condiciones de madre, cónyuge y ama de casa. El que no pueda realizar estos roles en la forma en que están pautados y condicionados socialmente, ni en la regularidad habitual, es lo que genera situaciones conflictivas.

Cruz (1992), en su trabajo afirma que existen varios motivos que influyen para que las mujeres casadas trabajen fuera del hogar; sin embargo las que tienen acceso al mercado de trabajo agregan a su forma de vida un rol más, el cual tiene que ser manejado con mucha organización para no generar un "conflicto de roles". Ello la obliga a no descuidar las labores del hogar ni el cuidado de los niños y cumplir con responsabilidad en su trabajo.

Por otro lado, es importante mencionar que el conflicto no aparece únicamente cuando la mujer trabaja fuera del hogar, autores como Langer (1988), opinan que la mujer que se dedica totalmente al marido e hijos, aparece como poco atractiva e interesante a los demás y dan a entender que la labor que realiza es de poco valor; siente menos derechos por no aportar dinero al hogar, sintiéndose desperdiciada en cuanto a la formación académica que recibió.

Por lo anterior, es importante mencionar que es fundamental que la mujer cuente con la suficiente flexibilidad para poder adaptarse de manera sana a las demandas de la sociedad y de la realidad, y que no se vea rebasada y desvalorizada por la situación.

1.3. La Mujeres Conforme al Lugar de Residencia.

Bonnave (1994), en su investigación señala que una de las maneras en que sociológicamente se puede clasificar a la mujer en México es: "de acuerdo a su situación geográfica, tomando en cuenta las influencias sociales, políticas, económicas y ambientales del lugar en que residen, existiendo variaciones de conducta ante eventos similares."(p.p.68)

La mujer de la ciudad, esta incursionando a un nivel intelectual, laboral y profesional en la sociedad, dejando a un lado el rol tradicional de laborar en el hogar; este cambio de roles en la mujer, que se da principalmente en las grandes metrópolis, es lento y problemático.

Bonnaive (1994) menciona 5 factores que intervienen en forma decisiva para que se den estos cambios:

- 1.- La posición social y económica de las mujeres.
- 2.- El trabajo de las mujeres.
- 3.- La educación y el aprendizaje.
- 4.- La movilidad geográfica y social de la mujer
- 5.- Grupos y asociaciones de las mujeres."(p.69)

La mujer de provincia, es educada en la mayoría de los casos de forma más tradicional que la mujer educada en la ciudad, lo cual hace que el proceso de incorporación de la mujer a una sociedad activa sea más lento; quedando como principal aspiración en la mujer de provincia el ser una "buena esposa", "una buena madre" y una "buena ama de casa", dejando a un lado aspiraciones intelectuales, profesionales y laborales.

Villalobos en 1989 (citado por Bonnaive en 1994) realizó una investigación para identificar aspectos comunes de las mujeres de provincia con las de ciudad y que ponen en desventaja a las primeras con respecto a las segundas. Los hallazgos más significativos son:

- Condiciones laborales desfavorables, expresadas en actividades agropecuarias poco calificadas, jornadas largas de trabajo, remuneración escasa y ausencia de beneficios sociales como seguros, jubilaciones, etc.
- Participación social y política muy limitada, marginación de los servicios públicos y poca incorporación en los organismos de poder.

- Posición de subordinación a la autoridad patriarcal dentro de la familia.
- Actitudes frecuentes de tradicionalismo, fatalismo y conformismo."

El autor informa que si bien estas diferencias se establecen y determinan en diferentes entidades, no solamente se deben a las condiciones geográficas sino que también influyen factores de índole económica y cultural, lo que a su vez condiciona diferentes tipos de familia y de "roles".(p.70)

Una vez revisada la perspectiva histórica y actual de la mujer mexicana y tomando el postulado de Escalante (1990), quien señala que el rol social impuesto a la mujer en la sociedad occidental, la convierte en un ser más propenso a tener problemas emocionales aduciendo a las siguientes causas: la sobrecarga de trabajo que la mujer, especialmente aquellas cuyo estado civil es de casadas, que cada vez con mayor frecuencia debe combinar la atención del hogar con la responsabilidad de un empleo y las ambiguas expectativas que confrontan a la mujer actual (matrimonio, hijos, desarrollo profesional, etc.), se discutirá en el próximo capítulo lo relativo a la depresión.

CAPITULO II

PUNTOS DE VISTA TEORICOS SOBRE LA DEPRESION

CAPITULO II.

Puntos de vista teóricos sobre la depresión.

Actualmente se vive en un mundo lleno de tensiones, problemas económicos, sociales, políticos, la crisis de las estructuras familiares y culturales. Todos ellos hacen que el padecimiento de la depresión adquiera una importancia que no puede ni debe pasar inadvertida. Por ello el objetivo del presente capítulo es el de proporcionar una visión global del padecimiento depresivo, tomando en cuenta las diferentes aproximaciones teóricas para la mejor comprensión de este mal, así como de sus principales causas y manifestaciones.

2.1. Definiciones y Clasificaciones.

El término depresión según MacKinnon (1988), se refiere tanto a un síntoma como a un grupo de enfermedades que tienen ciertos rasgos en común, en cuanto a síntoma, la depresión describe un tono afectivo de tristeza, acompañado de sentimientos de desamparo y amor propio reducido. El individuo deprimido siente que su seguridad está amenazada, que es incapaz de enfrentarse a sus problemas y que otros no pueden ayudarlo. Todas las facetas de la vida, emocionales, cognitivas, fisiológicas y sociales podrán verse afectadas.

El mismo autor menciona que la ansiedad es una característica corriente en determinados síndromes depresivos; es la respuesta psicológica al peligro y se ve a menudo, cuando el individuo tiene la impresión de que se está perfilando como una amenaza contra su bienestar.

Según Kolb L. (1983), la depresión puede ser definida como: "Un tono afectivo

tivo de tristeza que puede variar desde el abatimiento ligero hasta la desesperación en grado extremo".(p.1016)

La Academia Nacional de Medicina (1988), define a los trastornos depresivos como: "Trastornos mentales, generalmente recurrentes, que se caracterizan por una grave perturbación del talante, constituidos sobre todo por depresión y ansiedad". (p.784)

Cecil (1987), señala: "Es un término que describe el estado de ánimo caracterizado por tristeza y melancolía". (p.2121)

Para Morris (1988), la depresión es el trastorno afectivo más común, es un estado en el cual el sujeto se siente abrumado por la tristeza, el sufrimiento y sentimientos de culpa. Considera que el deprimido es incapaz de experimentar placer con las actividades que antaño disfrutaba; se le ve cansado y apático, algunas veces ni siquiera consigue tomar decisiones sencillas. Piensa que ha fracasado en la vida y tiende a culpase de sus problemas.

De la Fuente (1959) expone que psicodinámicamente, la depresión se manifiesta por una actitud de concentración en sí mismo en donde el individuo pierde interés por situaciones externas.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM III (1987), clasifica a los trastornos depresivos en:

Trastornos Afectivos Mayores:

- Trastornos bipolares: se trata de una enfermedad que comprende un trastorno depresivo maníaco y uno depresivo mayor.

- **Depresión Mayor:** Se caracteriza por sintomatología esencial, formada por un estado de ánimo disfórico, habitualmente de depresión y pérdida del interés en casi todas las actividades habituales.

Otra clasificación es la que realiza Vallejo (1984):

- **Depresión Endógena:** provocada por factores constitucionales-hereditarios, en donde los factores psicológicos y sociales sólo podrían desencadenar una situación depresiva. Existe en los pacientes deprimidos una inhibición extrema, pudiendo llegar al sopor. La persona presenta dificultades al relacionarse con los demás, variaciones diurnas, inhibición psicomotriz, pérdida de peso, dificultades para concentrarse, historia de fases depresivas anteriores, duración de menos de un año y curso favorable.
- **Depresión Exógena:** se relaciona con factores ambientales o psicológicos. Suele presentarse acompañada de ansiedad, reactividad de los síntomas, autocompasión, presencia de factores desencadenantes, rasgos histéricos o hipocondríacos y curso desfavorable.
- **Depresión Enmascarada:** Trastorno en donde la sintomatología depresiva no se hace presente. Se manifiesta con otros síntomas como cefaleas, parestesias, trastornos gastrointestinales, cardiovasculares, etc.
- **Depresión Somatógena:** Trastorno en donde la sintomatología depresiva es atribuida por una causa orgánica conocida. Se manifiesta por medio de somnolencia, adinamia y afecciones orgánico-cerebrales.

Frazier (1964), emite la siguiente clasificación:

- "- Normal-Patológica: los síntomas depresivos pueden variar desde la normalidad a la psicosis. En la depresión normal, los síntomas depresivos pueden encontrarse adecuados a la situación de tristeza específica y en este caso serán de corta duración. En la depresión patológica, la duración e intensidad de la depresión no corresponde a la situación real, la persona manifiesta un estado de tristeza, desinterés, llegando conforme avanza a afectar áreas psicomotrices y cognitivas.
- Primaria-Secundaria: en la depresión primaria, por sí sola la depresión da lugar a un síntoma clínico. Además incluye otras manifestaciones somáticas como dificultades en la alimentación, en el sueño, ritmo respiratorio, pérdida de la autoestima y sentimientos de culpa. En la depresión secundaria, ésta puede acompañar a otros trastornos como neurosis obsesivo-compulsiva y otros.
- Neurótica- Psicótica: Es definida neurótica cuando se encuentra intacta la facultad para evaluar la realidad. No existen delirios ni alucinaciones, que si existiesen, aunadas a distorsiones en la interpretación de la realidad, se consideraría psicótica.
- Exógena-Endógena: la primera es precipitada por los eventos del medio ambiente perceptibles. La segunda, es presentada sin un factor externo evidente, surge espontáneamente, con tendencia a la repetición".

(p.p. 22-24)

2.2. Teorías de la depresión

2.2.1. Psicoanalítica

Freud (1917), distingue dos conceptos: la melancolía que se caracteriza psíquicamente por un estado de ánimo profundamente doloroso, por una falta de interés por el mundo de afuera, la pérdida en la capacidad de amar, la inhibición de todas las funciones y la disminución de la autoestima. Esta última se traduce en autorreproches y autoacusaciones que inducen a veces al sujeto a la delirante espera del castigo y suicidio en casos extremos; ó bien en un duelo, que es una reacción a la pérdida de un ser amado o una abstracción equivalente.

Sin embargo, se considera que en el duelo no existe perturbación en el amor propio o autoestima, y que desaparecerá por sí solo con el paso del tiempo.

El primer estudio sobre la depresión desde un ángulo psicoanalítico, fue realizado por Abraham en 1916 (citado por Escalante en 1990), quien concluye que los deprimidos han llegado de una manera regresiva a la primera escala del desarrollo y considera que el contenido de los autorreproches son una crítica despiadada contra la figura materna, como resultado del destete.

Para Fenichel (1966), los acontecimientos que precipitan una depresión representan o bien una pérdida de la autoestima ó bien una pérdida de suministros con los que el paciente contaba y que habían de asegurar o acaso elevar la autoestima.

Alvarez y Ochoa (1993), señalan que conforme a la teoría psicoanalítica, en

la niñez, los deprimidos nunca estuvieron seguros de ser amados y deseados, sentían enojo por la falta de afecto en su familia, pero temían que si expresaban su hostilidad no harían más que alejar más a sus padres. Crecieron con la duda de que merecían el amor y desconfiando del afecto y seguridad que les ofrecían. Años más tarde, una pérdida repentina o una lenta acumulación de decepciones hace desbordar estas necesidades afectivas, produciendo entonces la ira y la depresión. El individuo deprimido es víctima de sentimientos contradictorios. El deprimido quiere amor, pero no cree que alguien se lo pueda dar, y siente resentimientos hacia aquellos cuyo afecto y atención requiere.

También señalan que, los psicoanalistas recalcan el aspecto autopunitivo de la depresión, consideran que es el precio de fantasías y actos que a sus ojos resultan pecaminosos, en virtud que el deprimido piensa que si se castiga a sí mismo, nadie lo lastimará después.

2.2.2. Conductista.

Alvarez y Ochoa (1993) señalan en su trabajo que, los conductistas conciben en forma distinta la depresión. La desesperación y desvalidez del sujeto deprimido parecen provenir primordialmente de que reforzamiento positivo ha sido inadecuado ó insuficiente. Consideran la posibilidad de que la persona deprimida nunca haya recibido una gran satisfacción en su vida o que la satisfacción que está acostumbrada a recibir ya no exista.

También señalan que en general la depresión externa se acompaña de una pérdida verdadera de cierto tipo: la muerte de un ser querido, la pérdida de trabajo, la imposibilidad de cumplir con las propias responsabilidades o

expectativas. También es posible que la depresión sea una desesperanza aprendida.

Señalan que en estudios que se han realizado con animales, se ha comprobado que si uno no puede escapar de una situación desagradable (ejemplo: una descarga eléctrica) sin importar lo que haga tiende a desistir y a volverse apático. Por lo anterior algunos investigadores suponen que el ser humano reacciona de una manera similar al afrontar los hechos desagradables de la vida que escapan a su control (ejemplo: separación de una pareja). Sin embargo como la conducta de los deprimidos difiere mucho de los animales "apáticos" de laboratorio, se duda que esta teoría explique adecuadamente todos los aspectos de la depresión.

2.2.3. Biológica.

Algunos investigadores han recurrido a los factores biológicos para explicar la depresión y los cambios bipolares en el estado de ánimo. Esta línea de investigación ha sido estimulada por un creciente consenso de que al menos en algunos casos, la susceptibilidad de trastornos afectivos puede heredarse, es decir, que si existen antecedentes familiares de depresión, existen mayores probabilidades de padecerla entre sus sucesores. Al parecer, es algún defecto biológico el que se transmite y provoca que la persona tienda a ser más vulnerable a la depresión, en especial, cuando se encuentra sometida a situaciones de stress. Algunas investigaciones han relacionado la depresión y la manía con ciertos desequilibrios químicos en el cerebro, principalmente con altas o bajas concentraciones de ciertos neurotransmisores y sustancias químicas, que participan en la transmisión de impulsos nerviosos de una célula a otra.

Carson (1982) dice que, "El hecho de que algunos antidepresivos eficaces actúen sobre estos neurotransmisores parece apoyar la hipótesis de que tales desequilibrios estén relacionados de alguna manera con la depresión, aunque los investigadores todavía no descubren el mecanismo que interviene". (p.150)

2.3. Causas de la depresión.

La depresión puede ser provocada por los siguientes factores:

2.3.1. Biológicas.

Acerca de este factor, hay una teoría que habla de que algunas personas son portadoras de una vulnerabilidad específica a la psicosis maníaco-depresiva. Trata de demostrar que la tendencia a presentar estos cuadros aumenta en relación con el grado de parentesco con la persona enferma que se tome como referencia.

Kallman (1950), señala que "La teoría de la transmisión de la enfermedad por un gene dominante, habla de la posibilidad de heredar la depresión y también la forma de respuesta al tratamiento (IMAO, Tricíclicos, drogas antidepresivas)". (p.283)

Por otra parte la Academia Nacional de Medicina (1988) afirma que: "La herencia es un factor importante, así como los factores bioquímicos, ya que se cree que la perturbación del humor está relacionada con el uso de aminosbioenergéticas que actúan como neurotransmisores en el Sistema Nervioso Central". (788)

Estudios hechos en 1959 por Everett y Toman, postulan por primera vez la hipótesis de que "las catecolaminas y la serotonina (5-HT), desempeñan un papel importante en relación con la depresión". (p.75)

2.3.2 Psicológicas.

Calderón (1989), señala que las causas psicológicas pueden intervenir en el origen de cualquier tipo de depresión, pero son especialmente importantes en la depresión neurótica. Como en casi todas las neurosis, los factores emocionales desempeñan un papel preponderante. Estos factores pueden ser de dos tipos:

1. preponderantes, es decir, que se deben a una mala integración de la personalidad en etapa formativa.
2. desencadenantes, que puede ser: la pérdida de un ser querido, una mala situación económica, mala salud, pérdida del empleo y/o enfermedades con peligro de muerte, que originan incapacidad física, que producen alteraciones emotivas, etc.

Según el investigador ruso Ozeretskouski en 1985 (citado por Alvarez y Ochoa en 1993), de acuerdo con investigaciones realizadas, existen cuatro tipos de depresión:

- "1) La depresión reactiva. El tipo principal, caracterizada por el cuadro clínico de depresión.
- 2) La depresión enmascarada, debida a desórdenes conductuales, particularmente asociados con la escuela.

3) La depresión repetida.

4) La depresión anaclítica, resultante de desórdenes en el medio ambiente familiar.

Los factores de la personalidad y las psicopatologías asociadas con cada uno de estos cuatro tipos de depresión son discutidos. Las personas deprimidas se caracterizan por una inestabilidad de influencia depresora con cambios frecuentes de humor.

Existen tres subtipos identificados de depresión:

Aguda: La cual puede durar desde algunos días, hasta dos semanas aproximadamente.

Subaguda: Dura de dos semanas a dos meses aproximadamente.

Crónica: Dura desde dos meses hasta dos años aproximadamente o más."
(p.49)

2.3.3. Ecológicas.

Según el Brevario de Saneamiento Ambiental (1981), la depresión se puede dar por cuatro problemas principalmente:

- 1) Contaminación: que es motivo de la producción de la combustión de vehículos de motor, consecuencia de la mala calidad del aire inhalado.
- 2) Atmosférica: motivo de la industria, los talleres, los desechos que se queman y por el polvo.
- 3) Problemas de tránsito: con consecuencias tales como mayor número de accidentes, pérdida económica, disminución de horas de descanso, moti-

vada por el exceso de vehículos y la falta de estacionamientos.

- 4) Ruido excesivo: a causa de los autotransportes, aviones de reacción, fábricas metalúrgicas y equipos de sonido, que generan insomnio, fatiga física e intelectual, irritabilidad, aumento de la frecuencia cardíaca, tensión arterial y sordera". (p.50)

Mendlewicz (1990), señala que estudios poblacionales indican que en algunas regiones geográficas se registra un crecimiento en la prevalencia de los trastornos depresivos mayores.

2.3.4. Sociales.

Alvarez y Ochoa (1993) señalan que, los estados afectivos de la depresión son una respuesta a la pérdida de los lazos de unión que han sido indispensables para la supervivencia y desarrollo de nuestra especie. Afirman que un indicador de la fuerza de estos lazos, es la reacción de duelo, que se presenta en el ser humano cuando alguno de éstos se pierde. Consideran que en todos los casos, las personas reaccionan vigorosamente, con todo el organismo ante la destrucción de sus vínculos afectivos (aumenta el número de cigarrillos consumidos, la ingestión de bebidas alcohólicas, el consumo de drogas, etc).

Asímismo señalan que dentro de las causas sociales de la depresión se encuentran: la desintegración de la familia, disminución del apoyo espiritual de la iglesia, la falta de vínculos con los vecinos y migraciones.

2.4. Cuadro clínico

Hamilton (1972) clasifica los síntomas de la depresión en cuatro diferen-

tes áreas las cuales se describen a continuación:

a) Trastornos Afectivos;

Síntomas.	Manifestaciones.
Indiferencia	Disminución o pérdida de intereses vitales.
Tristeza	Con o sin tendencia al llanto.
Inseguridad	Dificultad para tomar decisiones.
Pesimismo	Enfoque vital derrotista, da origen a la dependencia hacia la familia.
Ansiedad	Más intensa en la mañana.
Irritabilidad	Con agresividad, que da origen a problemas familiares, sociales, laborales y personales.

b) Trastornos Intelectuales;

Síntomas.	Manifestaciones.
Sensopercepción disminuída.	Pobre captación de los estímulos.
Trastornos de memoria.	Dificultad para la evocación.
Disminución de atención.	Mala fijación de los hechos de la vida cotidiana.
Ideas de culpa o fracaso.	Autodevaluación. Incapacidad de enfrentamiento.
Pensamiento obsesivo.	Ideas o recuerdos positivos molestos.

c) Trastornos Conductuales;

Síntomas.	Manifestaciones.
Actividad disminuída	Descuido en sus obligaciones e higiene.
Productividad disminuída.	Pobre rendimiento en el trabajo.
Impulsos suicidas.	Ideas o intentos de privarse de la vida.
Impulso a la ingestión de alcohol o drogas.	Tendencia a beber o utilizar drogas como mecanismo de escape a la ansiedad.

d) Trastornos Somáticos;

Síntomas.	Manifestaciones.
Trastornos en el sueño.	Insomnio que se presenta al principio o al final del período de descanso. Dormir inquieto.
Trastornos en el apetito.	Anorexia que puede originar pérdida importante de peso. En ocasiones hambre compulsiva.
Disminución de la íbido.	Debitamiento o desaparición del deseo sexual.
Cefalea tensional.	Afecta principalmente los músculos de la nuca y los temporales.
Trastornos digestivos.	Dispepsia, aerofagia, náuseas, meteorismo.
Trastornos cardiovasculares.	Trastornos de la frecuencia cardíaca, disnea suspirosa.
Otros.	Mareo, prurito, alopecia, etc.

Zegers (1993), considera 5 grupos de síntomas básicos en este padecimiento, de los cuales, los tres primeros son fundamentales para el diagnóstico de una depresión y el cuarto y el quinto son accesorios, es decir,

que no necesariamente están presentes; dichos síntomas se presentan a continuación:

1. El compromiso del cuerpo vivido o corporalidad, dentro de la cual, la falta de ánimo aparecía como una expresión más de un fenómeno mucho más complejo que comprende también la pérdida de energía, la pesadez corporal, la angustia, las náuseas, la sensación de frío, etc.

2. Inhibición psíquica y motora. Dificultades para atender, concentrarse, tomar decisiones, pérdida de fuerza de la voz, y lentitud motora.

3. Complejo sintomático en torno al cambio de ritmicidad biológica (alteración del cuerpo en el tiempo): todos los ritmos biológicos se encuentran alterados, suspendidos o invertidos: se altera el ritmo sueño-vigilia, se suspende el ritmo menstrual, etc. Disminuye el apetito, la libido, el ritmo digestivo se hace más lento o más rápido, lo mismo ocurre con el ritmo urinario. Esta ritmicidad biológica va más allá de la corporalidad de cada sujeto, en el sentido que los síntomas o la enfermedad misma se presentan ligados a los ciclos cósmicos: periodicidad diaria, semanal, mensual, estacional y vital.

4. Complejo sintomático de las ideas depresivas: que generalmente son de culpa, de ruina, de enfermedad, pueden presentarse ideas de autorreferencia y persecutorias.

5. Complejo sintomático de auto agresividad: ideas e intentos de suicidio.

En lo que respecta a la noción de tiempo, Brown y Janet (1991), señalan que: "Para los deprimidos el presente es vago, interminable y aburrido, lo

cual le da un sentimiento de irrealidad. El presente y la acción no les interesa pierden la coloración afectiva. El presente, el pasado y el futuro se vuelven lejanos; su apreciación se ve transformada por sentimientos de vacío, de sensación de incompleto. El tiempo se torna indiferente".(p.390)

2.5. La depresión en la mujer.

A este respecto Kempt (1915) señala que: "Las diferencias del sexo y la prevalencia de desórdenes afectivos han sido sugeridas por varias autoridades en el campo. Dichas diferencias pueden ser atribuidas a diferencias relacionadas con el sexo, en niveles o actividades de transmisores de monoaminas, especialmente dado que algunas de estas variables están alteradas por hormonas de las gónodas". (p.p.202,203)

Asimismo afirma que además se puede encontrar una explicación a esta tendencia en las siguientes causas: transmisión genética y fisiología endocrina.

Por su parte Escalante (1990) afirma que: "La asociación reportada de la disforia premenstrual y posparto con desórdenes afectivos, pueden contribuir a una elucidación con nuevos informes o detalles de la patofisiología de la depresión en la mujer a la luz de las dinámicas hormonales-conductuales de estos períodos. Varios factores asociados con la biosíntesis de las monoaminas, disponibilidad y metabolismo se encontraron con más anomalías en mujeres normales y con depresión en comparación con los hombres". (p.17)

Kendell en 1970 (citado por Escalante en 1990), afirma: "que la mayor propensión de la mujer a la depresión es uno de los pocos hechos que están cuestionablemente establecidos".(p.19)

Ahora bien, Méndez Guerra (1989), refiere que en una investigación que llevó a cabo el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias se encontró que los sujetos con una mayor sintomatología depresiva son los que presentan mayores dificultades para seguir un tratamiento para dejar de fumar.

Así pues en el siguiente capítulo se revisará lo concerniente al tabaquismo.

CAPITULO III

EL TABACO.

CAPITULO III.

El tabaco.

3.1. Historia del tabaco

A través de la historia del hombre, el tabaco ha jugado un papel de mucha importancia en su cultura, su historia y su sociedad. El uso del tabaco se remonta a una época muy lejana. Figuras de barro que representan al hombre fumando, extraídas de excavaciones en Casas Grandes, Chihuahua y México, demuestran que el tabaco se usaba ya antes del descubrimiento de América.

Hayashi (1987) señala en su trabajo que, desde la perspectiva de la cultura occidental el primer encuentro con el tabaco fué con Cuba a orillas del río Caunau, en noviembre de 1492, por dos marineros de la expedición de Colón llamados Rodrigo de Jerez y Luis de Torres. A esta planta los indígenas le daban el nombre de "cohiba", "cogiba" o "coviva", y daban el nombre de tabaco a una extraña pipa que tenía la forma de Y, en la cual fumaban las hojas de la planta.

El Centro Mexicano de Estudios de Salud Mental (1979) señala que: "Cuando Cristóbal Colón llegó a América ya los indígenas practicaban la inhalación del humo de la hoja del tabaco. Los indígenas decían que esta práctica aliviaba el cansancio y la monotonía; en el transcurso de medio siglo, casi todos los españoles se habían acostumbrado al tabaco."(p.103)

Hayashi (1987), señala que el tabaco fué rechazado por los europeos en un principio, por considerar que el fumarlo era desagradable y sucio y que dañaba la salud. Los fumadores eran perseguidos, las leyes condenaban su uso

y la religión, por su parte, lo consideraba nocivo y pecaminoso. Sin embargo, su empleo fué incrementándose hasta ser un hecho socialmente aceptado, signo de cultura y distinción.

El Centro Mexicano de Estudios de Salud Mental (1979), indica que debido al desarrollo y al incremento masivo en la producción del cigarro, el uso del tabaco se extendió rápidamente a lo largo de todo el mundo occidental.

3.2. Tabaquismo

El tabaquismo es una adicción severa, cuyas consecuencias y daños a la salud se difunden en forma constante por el sector salud a través de campañas publicitarias.

El Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (citado por Gutierrez de Velasco en 1993), señala que a través de los años, mucho se ha escrito y difundido sobre los efectos del tabaco en la salud: los efectos biológicos de sus distintos componentes, los riesgos de contraer enfermedades, la susceptibilidad de ciertos órganos, la naturaleza adictiva de la nicotina y el factor epidemiológico del problema. Asimismo afirma que los reportes mundiales han recabado una gran cantidad de información enfocada hacia los daños a la salud, lo que ha conducido a que la OMS defina al tabaquismo como un problema mundial de salud pública que constituye la primera causa previsible que ocasiona enfermedad, invalidez y muerte prematura.

Por otra parte, en la publicación del Cirujano General de los Estados Unidos en su reporte de 1992 expresa: "los beneficios en la salud al abandonar el

hábito tabáquico, documentan el impacto positivo de la necesidad del abandono de este hábito, y nos conducen de manera lógica hacia una sociedad libre de tabaco. (28-30)

En nuestro país, el tabaquismo es probablemente una causa importante de muerte prematura. Ya ha sido establecida la relación causal de este hábito con las enfermedades del corazón, las enfermedades respiratorias y el cáncer.

De la Fuente (1990), señala que en resultados obtenidos por la Encuesta Nacional de Adicciones en investigaciones realizadas en México, el consumo de tabaco es elevado, ya que comprende al 24 % de la población de 12 años en adelante.

De acuerdo a informes del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias de 1990, en nuestro país es preocupante la problemática que ocasiona el tabaco en términos de enfermedades, así como la invalidez que conlleva la pérdida de productividad y el uso excesivo de los servicios de salud.

Gutierrez de Velasco (1993), refiere que se ha observado un cambio evidente en las modalidades de vida en la población, es decir, que las mujeres constituyen actualmente una proporción importante de la fuerza productiva y que existe un flujo migratorio progresivo hacia las áreas urbanas y su índice demográfico va en aumento. Señala que en este contexto se refleja un mayor consumo de tabaco, particularmente entre las mujeres y los adolescentes de las áreas urbanas, fenómeno que se ve incrementado por la influencia que ejercen las campañas publicitarias de las compañías productoras de cigarros.

3.2.1. Tabaquismo en México.

Lo anterior muestra que si bien, diversas investigaciones han revelado importantes elementos del problema de tabaquismo en México.

A pesar de los reconocidos efectos del tabaquismo sobre la salud, la persistencia del hábito se encuentra asociada con las actividades cotidianas de la población.

Tapia Conyer y cols. (1990), afirman que las Encuestas Nacionales de Salud (ENSA) levantadas en el período de 1986-1987 la primera, y en 1988 la segunda, aportaron por primera vez información basal nacional en cuanto al consumo de cigarrillos.

Reportan que, la Encuesta Nacional de Salud en 1988, estimó que la prevalencia nacional, tanto urbana como rural es de 17.4 por ciento de fumadores en el grupo de más de 11 años, es decir, que hay casi dos fumadores por cada 100 mexicanos en este grupo de edad. En cuanto a la relación por sexo, hay tres hombres fumadores por una mujer fumadora.

Asimismo informan también que, la Encuesta Nacional de Adicciones indica que la prevalencia de fumadores en la población específicamente urbana de un grupo de 12 a 65 años de edad es de 26 %.

3.3. Clasificación de fumadores

Balzaretti y López (1981), clasificaron a los usuarios de cualquier tipo de droga de acuerdo a los siguientes criterios:

- "a) Experimentadores.- Usuarios que consumen droga por simple curiosidad.
- b) Sociales u ocasionales.- Consumen droga sólo cuando están en grupo. El consumo tiene la finalidad de permitirles pertenecer a un grupo, de revelarse contra los valores sociales establecidos, de resolver conflictos pasajeros de la adolescencia, o simplemente de seguir una moda.
- c) Funcionales.- Necesitan consumir droga para funcionar en sociedad. Han creado una dependencia tal a una droga que no pueden hacer nada si no la consumen. A pesar de su dependencia siguen funcionando en sociedad y solo presentan trastornos cuando no pueden consumir la droga.
- d) Disfuncionales.- Han dejado de funcionar en sociedad. Su vida gira en torno a la droga y su actividad entera la dedican a conseguirla y consumirla.

En el caso del tabaquismo se encuentra que los usuarios pueden caer dentro de los tres primeros tipos mencionados anteriormente". (p.9)

Rusell en 1977 (citado por Tapía Jauyek, 1980) y Walter S. Ross en 1982 (citado por Aristi,1984) consideran que las personas pueden tener diversos motivos para fumar, es decir, no solamente un motivo. Por lo tanto, es probable que el tabaquismo esté relacionado con más de una clase de satisfacción o requerimiento.

La Secretaria de Salud (1986), a realizado una clasificación de fumadores de acuerdo a la motivación que poseen para consumir el tabaco y consiste en lo siguiente:

- "a) Hábito psicossocial.- La persona considera que el hábito esta ligado a la intelectualización, precosidad y sexualidad; frecuente en jóvenes, inter-

mitente en situaciones sociales. En general fuma poco, si no consumen tabaco no le afecta mayormente, pero existen riesgos de que esta dependencia evolucione y por lo tanto se incremente.

b) Hábito psicomotor.- La manipulación del cigarro se convierte en algo placentero, ligado a la despreocupación. El fumador puede consumir muchos cigarros pero dando pocas inhalaciones.

c) Hábito por indulgencia.- Probablemente sea el más común. Se consumen menos de 20 cigarros al día y el fumador lo consume por placer, generalmente en periodos de reposo y relajación; el individuo adopta una actitud de indulgencia y realmente disfruta inhalando el tabaco. Puede asociar el acto de fumar con el de consumir café, té y/o bebidas alcoholicas. No fuma cuando trabaja.

d) Hábito sedante.- El sujeto fuma para disminuir la ansiedad y la tensión; la frecuencia y la cantidad varía conforme a estados emocionales. Produce satisfacción bucal y mantiene ocupadas las manos. Frecuente en mujeres, muchas de ellas obesas, que fuman para "no subir de peso" y se tranquilizan fumando.

e) Hábito estimulante.- Durante el trabajo, para pensar mejor, evitar la fatiga y resistir la tensión, fuman mucho e inhalan profundamente. Se vuelven fácilmente adictos.

f) Adictos al tabaco.- Individuos que se sienten mal cuando dejan de fumar, fuman un elevado número de cigarros aún cuando están enfermos y rehuyen la consulta médica.

En los fumadores psicosociales, psicomotores e indulgentes influye el he-

cho de que si se fuma con otras personas o con la aprobación de otros, el hábito se adquiere más fácilmente y se arraiga con mayor rapidez; o si se aprendió a fumar y se limita el consumo del tabaco, se vuelve más deseado y más gratificante cada cigarro. Para la mayoría de los individuos esto es más importante que el riesgo de adquirir una enfermedad que parece remota." (p.25)

Leventhal y Cleary (citados por Oblitas, 1988), señalan que en la adquisición del hábito de fumar cigarros se pueden distinguir cuatro estadios:

- * Preparación.
- * Iniciación.
- * Convertirse en fumador.
- * Mantenimiento del fumar.

La mayoría de los sujetos fumadores consumen su primer cigarro en situaciones sociales; siendo la presión social el factor más importante en el inicio del hábito.

Shiffman y otros (1990), señalan que si bien en sus investigaciones han encontrado que la adicción al tabaco es muy común y muy fuerte, del grupo de fumadores, el 90 % son dependientes de la nicotina. Sin embargo, afirman que estudios recientes sugieren que algunos individuos son capaces de mantener el uso moderado a largo plazo, sin volverse dependientes; lo anterior significa que aunque el sujeto esté regularmente expuesto a la nicotina, esto no sea suficiente para producirle dependencia, si la exposi-

ción se mantiene por debajo de un determinado umbral. Dependiendo de su grado de adicción al tabaco se distinguen dos grupos:

- los "chippers": fuman regularmente menos de seis cigarrillos al día.
- los dependientes: fuman más de veinte cigarrillos diarios.

3.4. Enfermedades relacionadas con el tabaquismo.

La Secretaría de Salud (1986), señala que el tabaquismo ha sido identificable como la causa previsible más importante de morbilidad y mortandad en los países desarrollados y afirma que la mayoría de los padecimientos asociados al tabaco son irreversibles - o muy poco reversibles -, incapacitantes y generalmente letales si el hábito no se abandona. Los daños o enfermedades que esta institución reporta son los siguientes:

- Cáncer pulmonar: Merck, Sharp and Dome International (1986) con respecto a este padecimiento señala: "los carcinomas pulmonares de células escamosas y pequeñas (avena) se relacionan con el tabaquismo. Estudios epidemiológicos han demostrado que en varones que fuman más de una cajetilla al día el riesgo de cáncer pulmonar es veinte veces mayor a quienes no fuman. El peligro aumenta en los que inhalan humo, inspiran más bocanadas por cigarrillo, encienden nuevamente cigarrillos quemados a la mitad y comienzan a fumar a una edad temprana. Los filtros pueden ofrecer protección hasta cierto punto. Experimentos de laboratorio han demostrado que el condensado del humo del tabaco puede producir cáncer en la piel en los animales; y que los animales que inhalan humo pueden generar cáncer de laringe o pulmón". (p.646)
- Cáncer de la boca: Adams (1982) señala que: "constituye más de cinco por ciento de todas las formas de esta enfermedad. Casi todos los tumores

se presentan primero en el labio inferior más bien que dentro de la cavidad bucal. Una mitad de los tumores intrabucales involucran la lengua, primero los dos tercios posteriores y los bordes laterales. Los factores predisponentes del carcinoma intracavitario son el tabaco (por lo común el que se inhala a través del puro o pipa, o el tabaco en polvo colocado en el pliegue mucobucal) y el consumo excesivo de alcohol entre otros. La lesión precancerosa más común en la cavidad bucal es la leucoplasia, que es una mancha blanca en la mucosa que histológicamente muestra alteraciones que incluyen la hiperqueratosis, acantosis y disqueratosis. Todas las lesiones ulcerosas crónicas que no sanan en una o dos semanas se deben considerar potencialmente malignas y se deben someter a biopsia para hacer un diagnóstico definitivo. Es de hacerse notar que en un estadio temprano, los carcinomas epidermoides intrabucales rara vez son dolorosos, en contraste con las lesiones inflamatorias similares. El pronóstico, por lo regular es bueno, puesto que estos tumores malignos se descubren pronto y aparentemente dan metastasis tardías. Los que tienen carcinoma de la lengua tienen un pronóstico malo, en particular si el tumor se presenta en la parte posterior de la lengua".

(240)

- Cáncer de la laringe: Adams (1982) con respecto a este padecimiento informa: "esta lesión se desarrolla a una edad promedio de sesenta años y es diez veces más común en el varón. Puede ser de dos tipos: intrínsecos (originados en las cuerdas bucales) o extrínsecos (más allá de las cuerdas bucales). Aunque la ronquera se presenta temprano en el curso de las lesiones intrínsecas, lo hace tardíamente en las extrínsecas. El trata-

miento es quirúrgico. Las pequeñas lesiones del tercio medio de la cuerda frecuentemente responden a la radiación. La laringectomía total o parcial es preferible en la mayoría de los casos. Cuando el cáncer envuelve la epiglotis, las cuerdas falsas, o ambas, la laringectomía supraglótica parcial es el procedimiento quirúrgico preferido, porque éste no ocasiona pérdida del habla y tiene alta probabilidad de curación. En algunos casos la irradiación preoperatoria de la laringe y de los nódulos linfáticos tributarios pueden ayudar a la erradicación del tumor. Cerca del noventa por ciento de los cánceres de la laringe son curados si se detectan y tratan tempranamente". (p.194)

- Cáncer de esófago: Adams (1982) refiere que: "ningún cáncer, con la posible excepción del carcinoma del páncreas, tienen peor pronóstico. Con frecuencia la primera molestia del enfermo es la dificultad en la deglución (disfagia) y a veces es un único síntoma conforme el tumor invade la luz. Aunque el principio es intermitente, la disfagia es progresiva de manera inexorable, su duración rara vez es mayor a los seis meses. Es común que haya dolor bajo el esternón, en la espalda o en el cuello, y puede simplemente ser causado por una esofagitis concomitante, por lo general indica propagación del tumor a través de la pared del esófago".(p.1774)
- Carcinoma de la vejiga: Adams (1982) señala que: "habitualmente estos tumores aparecen después de un período de latencia muy largo (tres o cuatro años). La frecuencia aumenta tres veces en caso de tabaquismo intenso. Puede ser de dos tipos: papilar o compacto. En el primero, las neoplasias suelen ser relativamente benignas. Las que no muestran datos

de invasión de la pared vesical generalmente, pueden tratarse satisfactoriamente por electrocoagulación endoscópica. En el compacto el síntoma más frecuente es la hematuria indolora, también son comunes la disuria y la poliuria, aún cuando no haya infección. El pronóstico depende de la profundidad de la invasión y del grado de la anaplasia". (p.1753)

- **Cáncer del páncreas:** Adams (1982) señala que este padecimiento: "afecta a pacientes mayores de cuarenta años en forma predominante. Los principios (síntomas) son pérdida de peso, dolor e ictericia constante, hay trastornos digestivos. El sitio de la lesión influye en el carácter de los síntomas y su aparición. La ictericia es el síntoma más importante para el diagnóstico, ya que señala alteración de los conductos biliares. Muchos pacientes se quejan de depresión y una sensación de muerte inminente antes de que aparezca el dolor; esto es más frecuente en el cáncer de páncreas que en otros tumores del abdomen. La exploración física no revela nada. El crecimiento del hígado no es tan notable, a menos que tenga metástasis. La vesícula está crecida pero se palpa sólo en la mitad de los casos. Por desgracia, en el momento en que se sospecha el diagnóstico, el hígado ya está afectado por muchas metástasis. El bazo puede estar crecido en forma secundaria a la invasión maligna. Provoca muerte por inanición, obstrucción biliar, extensión local o metástasis a distancia. Por extensión directa, el cáncer invade hígado, bazo, estómago, duodeno, colón, sistema venoso o peritonéo. (p.p. 1954,1955)

- **Bronquitis Crónica y Enfisema:** Vega Gleason (1990) señala que: "las muertes por estas enfermedades son veinte veces más frecuentes en quienes fuman mucho. Ambas pueden ser producidas en animales que se

exponen al humo del cigarrillo. Las pruebas de función pulmonar suelen mostrar obstrucción del flujo de aire en las vías respiratorias, incluso antes de que se desarrolle la expectoración crónica. El afecto adverso del tabaquismo entre las proteasas pulmonares y sus inhibidores predisponen a las infecciones broncopulmonares y el enfisema". (p.12).

- Enfermedades Cardiovasculares: Espinoza y Rico (1990) señalan que: "el hábito de fumar cigarrillos se descubre como un acelerador de la arterioesclerosis y puede doblar el riesgo de infarto al miocardio. Puede desencadenar un ataque de angina o alteraciones isquémicas en el E.C.G., de pacientes con coronopatía. El riesgo de enfermedades cerebrovasculares, afecciones periféricas o aneurismas aórticos no sífilíticos también es mayor en fumadores". (p.95)
- Trastornos del Embarazo: Espinoza y Rico (1990) informan que: "el embarazo puede sufrir alteraciones por causa del tabaquismo. En promedio, el peso de los neonatos de madres fumadoras es de 180 grs. menor que el de madres que no fuman. El tabaquismo en mujeres embarazadas también se relaciona con teratogenicidad por compuestos derivados del benzopireno". (p.97)
- Ulceras Pépticas: Merck, Sharp and Dome International (1986) con respecto a este padecimiento señalan:, son más frecuentes y su mortalidad es más elevada en fumadores que en quienes no fuman (en especial gástricas)". (p.644)
- Tromboanginitis Obliterante (enfermedad de Buerger): Merck, Sharp and Dome International (1986) señala que este padecimiento se caracteriza por: "alteraciones inflamatorias de arterias y venas pequeñas y de media-

no calibre. Se presenta predominantemente en varones de veinte a cuarenta años de edad que fuman cigarrillos. Es evidente la relación entre el hábito de fumar y la presentación y progresión de la enfermedad. Pareciera ser que el cigarrillo es un factor causal primario ".(p.p.517,518)

- Otros trastornos: Adams (1982) señala que la tuberculosis pulmonar es: "más común en fumadores, quizá por activación de focos tuberculosos antiguos. La tuberculosis es una infección bacteriana necrosante con sintomatología muy variada. En el hombre los órganos más afectados son los pulmones, pero también puede lesionar riñones, huesos, ganglios linfáticos, meninges y diseminarse por todo el cuerpo. La infección puede causar enfermedad clínica poco después de la inoculación o después de un período de meses o decenios de latencia. La mayoría de los casos de tuberculosis en adultos se deben a la recrudescencia tardía de una infección latente y son completamente independientes a una exposición reciente". (p.240)

3.5. Aspecto Psicológico.

Con gran frecuencia cuando se habla del hábito de fumar y de los problemas que ocasiona a la salud, no se mencionan los aspectos psicológicos. Lo anterior es de gran interés, porque son estos factores los que explican algunas razones del porque una persona se mantiene en el hábito de fumar y también como es que la mayoría, o al menos una parte importante de fumadores se les dificulta tanto dejar este hábito y si lo dejan cuáles son los motivos por los que reinciden.

La teoría psicoanalítica relaciona la depresión con las dependencias ha-

cia ciertas sustancias como puede ser el caso del tabaquismo. Rossi en 1990 lo describe de la siguiente forma: "El mundo de la depresión, es por su profundidad, un mundo que mira hacia atrás, que no puede tolerar ninguna pérdida o alejamiento y que sólo puede estar en una posición nostálgica. De esta manera se encuentra, más allá de la patología un elemento común al hombre, o sea, la dependencia (droga, alcohol, tabaco, trabajo, etc.) a lo largo de momentos sin finalidad que repiten de manera interminable la nostalgia infantil. Esto lo demuestra el índice general de lo que se encuentra generalmente detrás de muchas dependencias y que se resume en la pérdida de amor: falta de uno o dos de los padres, familia desintegrada, frustraciones sexuales e incertidumbre acerca de la propia identidad. Los individuos encuentran ajustes aceptables tanto en el alcoholismo, como en el tabaquismo, la obesidad, la toxicoddependencia, por medio de una dosificación tolerable, o entrando en la patología".(p.28)

3.5.1. Inicio y Mantenimiento en el Hábito Tabáquico.

A continuación se describen algunas teorías psicológicas, que pretenden explicar la relación entre el hábito tabáquico y su relación con la psicología.

Hayashi (1987) señala en su trabajo que: "la teoría de los conductistas, explica el desarrollo del hábito de fumar, argumentando que éste se aprende como cualquier otra conducta. Y estará determinado por el balance entre reforzadores negativos y reforzadores positivos. El patrón del reforzamiento cambiará en la medida en que el hábito se desarrolla, del estado inicial, al estado donde se encuentra ya bien establecida la dependencia hacia el tabaco. Esto usualmente se debe a las motivaciones

psicosociales y farmacológicas primordialmente". (p.24)

Smith (1970, citado por Hayashi en 1987), habla sobre un impulso biológico para la actividad bucal necesaria para satisfacer el hambre, pero también existe un impulso para la actividad de la boca independiente del mencionado; este impulso de succión puede convertirse en un hábito independiente del alimento, cuando está relacionado con situaciones emocionales, como en el caso de la succión en el pulgar o del chupón en los niños pequeños. Este tipo de desplazamiento se hace también en el hábito de fumar.

Seymour (1974, citado por Hayashi en 1987), afirma que dado que la actividad final de la nicotina en el Sistema Nervioso Central es la de activar los circuitos y mecanismos de recompensa, entonces existe cierta apetencia básica que la nicotina va a satisfacer. Para saber de que depende que algunos individuos adquieran el hábito de fumar y otros no, Seymour desarrolló tres hipótesis:

1. Podría establecerse que un defecto genético simple en los sistemas de recompensa, en algunos sujetos, es lo que determina que busquen la estimulación artificial con alguna droga que pueda suplir este defecto.
2. También considera que, esta necesidad no tuviera sus causas en la genética, sino que realmente sea adquirida y represente un cambio biológico inducido por el uso repetido de dicho agente.
3. Tratando de conciliar ambas hipótesis, concluye que uno o más factores genéticos operan en algunos individuos para predisponerlos a la adquisición del hábito.

3.5.2. Motivos de Reincidencia en el Hábito Tabáquico.

En años recientes, la evidencia de que el consumo de cigarrillos predispone a una variedad de consecuencias o trastornos orgánicos, ha conducido a muchos fumadores a intentar dejar el hábito tabáquico. Muchos son incapaces de dejarlo completamente o si lo hacen, con frecuencia reinciden. La dificultad de abandonar el hábito o el acto de reincidir después de un período puede deberse al carácter desagradable del síndrome de abstinencia, el cual es originado por el cese del hábito de fumar.

Sin embargo, aunque todos sabemos lo difícil que es abandonar el hábito de fumar tabaco, el porque de este hecho no ha sido totalmente esclarecido. Jones (1987, citado por Gavito de la Torre y cols. en 1990), afirma que: "La dependencia física a la nicotina y el consecuente síndrome de supresión, que implica el dejar de fumar, de ninguna manera es el factor más importante, puesto que la administración de nicotina por vía oral no asegura el abandono del hábito". (p.38).

En recientes investigaciones se ha encontrado lo siguiente:

Méndez Guerra (1989), refiere que en una investigación que llevo a cabo el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias se encontró que los sujetos con una mayor sintomatología depresiva son los que presentan mayores dificultades para seguir un tratamiento para dejar de fumar.

M. Méndez y otros (1990), encontraron en investigación llevada a cabo por el Instituto anteriormente mencionado, que de 870 pacientes que después de llevar a cabo un tratamiento para dejar de fumar el 32% reincidió en este hábito en un período menor a los seis meses de haber concluído el

tratamiento. Las causas que se reportan son las siguientes: el 32% inició por tensión y el 25% por gusto. El 33% de las recaídas ocurrieron durante la noche, fundamentalmente en reuniones sociales y el 67% reportó haberse sentido mal y culpables justo después de la recaída.

3.6. Rasgos de personalidad del fumador

Shepard (1973), encontró que los fumadores tienden a venir de familias grandes y a tener hermanos (as) que fuman. La influencia de sus amigos también es muy poderosa. Asimismo señala que los fumadores tienden a tener un carácter más extrovertido y que a mayor asiduidad en el consumo del tabaco se ha encontrado un mayor grado de extroversión.

El mismo autor señala que ha encontrado que existe una clara indicación de que los fumadores son personalidades más neuróticas que los no fumadores y refiere que mientras más neurótica y perturbada emocionalmente se encuentre una persona, existen mayores probabilidades de que fume.

Shepard (1973), informó que: "el fumar está relacionado con un carácter dependiente, femenino en los hombres y con características masculinas agresivas en las mujeres". (p.547)

Por su parte Ross (1987) afirma que: "los hombres se caracterizan por tensión extraordinaria y falta de autodisciplina; las mujeres con tendencia hacia la ternura y rasgos de dependencia, emocionalmente inestables, tímidas, recelosas, carentes de autodisciplina y demasiado tensas". (p.43)

Hayashi (1987) señala que: "los hombres fumadores se muestran más activos y enérgicos, menos emocionales, poseen una marcada preferencia por el control externo más que por el interno; amantes del riesgo, ansiosos, individuos inseguros con poca tolerancia a la frustración, dependientes afectivamente, carentes de control interno e inmaduros en general. Ven en el cigarro una forma de tranquilizarse y gozar de un placer. Se sienten más seguros de sí mismos cuando están fumando".(p.p.11-14)

3.7. La mujer y el tabaquismo.

Tapia Conyer y cols (1990), señalan que en diversas investigaciones han encontrado que la mujer que fuma y que reside en la ciudad de México es generalmente joven y se inicia en el hábito después de los 15 años de edad, sobre todo si en su familia hay fumadores. Tiene educación superior o profesional, fuma cotidianamente entre uno y diez cigarrillos y lo hace con más intensidad en las reuniones sociales; concluyen que la población femenina que fuma lo hace por costumbre y por gusto aunque una de las principales razones para seguir fumando es por el efecto tranquilizante del cigarrillo.

En conclusión, Velazquéz y otros (1992), señalan que en los últimos años diversas investigaciones han reportado un movimiento ascendente en las tasas de consumo de tabaco, específicamente en las mujeres. Afirman que, si bien los estudios que se han realizado en México reportan la existencia de un mayor consumo de tabaco en la población masculina, los resultados los llevan a concluir que en unos cuantos años no será difícil que las mujeres sobrepasen a los hombres en la conducta de fumar, debido al cambio de rol que está enfrentando actualmente la mujer.

CAPITULO IV

ASPECTO METODOLOGICO.

CAPITULO IV.

4.1. Objetivos de Investigación.

4.1.1. Generales.

- Analizar si existe relación entre la Depresión y el Tabaquismo.
- Comparar el grado de Depresión entre las Mujeres Fumadoras y las No Fumadoras que Trabajan que Residen en el Distrito Federal y Provincia.

4.1.2. Específicos.

- Conocer el grado de Depresión en Mujeres Fumadoras que residen en el Distrito Federal.
- Conocer el grado de Depresión en Mujeres Fumadoras que residen en Provincia.
- Conocer el grado de Depresión en Mujeres No Fumadoras que residen en el Distrito Federal.
- Conocer el Grado de Depresión en Mujeres No Fumadoras que residen en Provincia.

4. 2. Problemas de Investigación.

- ¿Existe relación entre la Depresión y el Tabaquismo?
- ¿Existe diferencia entre las Mujeres Fumadoras y No Fumadoras que residen en el Distrito Federal y en Provincia con respecto al grado de Depresión?

4.3. Hipótesis.

- Ho 1: No existe relación estadísticamente significativa entre la Depresión y el Tabaquismo.
- Ho 2: No existe diferencia estadísticamente significativa entre las Mujeres Fumadoras y las No Fumadoras que residen en el Distrito Federal con respecto a la Depresión.
- Ho 3: No existe diferencia estadísticamente significativa entre las Mujeres Fumadoras y No Fumadoras que residen en Provincia con respecto a la Depresión.
- Ha 1: Si existe relación estadísticamente significativa entre la Depresión y el Tabaquismo.
- Ha 2: Si existe diferencia estadísticamente significativa entre las Mujeres Fumadoras y las No Fumadoras que residen en el Distrito Federal con respecto a la Depresión.
- Ha 3: Si existe diferencia estadísticamente significativa entre las Mujeres Fumadoras y No Fumadoras que residen en Provincia con respecto a la Depresión.

4.4. Variables.

+ Variables Independientes.

1.- Tabaquismo.

1.1.- Mujeres Fumadoras.

1.2.- Mujeres No Fumadoras.

2. Lugar de Residencia.

2.1.- Mujeres cuyo lugar de residencia es en el Distrito Federal.

2.2.- Mujeres cuyo lugar de residencia es en Provincia.

+ Variable Dependiente.

- Depresión.

4.4.1. Definiciones Conceptuales.

- Tabaquismo: Materazzi (1991) lo describe como: "el hábito de inhalar tabaco en forma activa y cotidiana". (p.122)

- Lugar de Residencia: Zorrilla y Méndez (1984) lo definen como: "espacio físico donde se encuentra establecida una persona con todas sus pertenencias".(p.154)

- Depresión: Para Kolb (1983) es: "el tono afectivo de tristeza que puede variar desde el abatimiento ligero hasta la desesperación en caso extremo". (p.1016)

4.4.2. Definiciones Operacionales.

+ Tabaquismo:

- Fumadora: Se preguntara en el cuestionario socio- demográfico si Fuma? y Qué cantidad de cigarrillos consume diariamente?, la respuesta deberá ser positiva con un consumo de cigarrillos diarios mayor o igual a cinco.

- No Fumadora: Se preguntara en el cuestionario socio-demográfico si Fuma? y Qué cantidad de cigarros consume diariamente?, la respuesta deberá de ser negativa con un consumo de cigarrillos diarios menor o igual a cuatro cigarros.

+ Lugar de Residencia: Se preguntara en el cuestionario socio- demográfico y el sujeto deberá de contestar que su lugar de nacimiento y de residencia son uno mismo.

4.5 Muestra.

La muestra se conformó por 120 mujeres casadas y con trabajo remunerado. De las cuales 50 % son fumadoras y la mitad de ellas reside en provincia y el resto en el Distrito Federal; el otro 50% se integró con mujeres no fumadoras de las cuales la mitad reside en provincia y el resto en el Distrito Federal.

	Provincia	Distrito Federal	Total
Fumadoras.	30	30	60
No Fumadoras.	30	30	60
Total	60	60	120

4.6. Tipo de Muestreo.

El tipo de muestreo fue no probabilístico por cuotas, en virtud de que únicamente se incluyeron a las mujeres que cumplían con los requisitos y características anteriormente señaladas.

4.7. Tipo de Estudio.

Fué de campo ya que se acudió directamente al ambiente natural de los sujetos y transversal en virtud de que se realizó la medición en un solo tiempo.

4.8. Nivel de Estudio.

Descriptivo, ya que se pretendía describir las características de cada uno de los grupo con respecto al fenómeno de la Depresión.

4.9. Diseño de la Investigación.

Se utilizó un diseño factorial de 2 X 2, es decir: Factor 1 es igual a tabaquismo que se divide en fumadores y no fumadores y el factor 2 es igual a lugar de residencia que se divide en provincia y Distrito Federal.

4.10. Instrumentos.

Se utilizó un cuestionario sociodemográfico por medio del cual se obtuvo la información necesaria para comprobar que se estaban cumpliendo con las características necesarias para el estudio, además de obtener datos tales como escolaridad, ocupación, no. de hijos, etc. (anexo 1)

Escala de Automedición de la Depresión (EAMD) de William Zung (1965). El cual fué creado por la necesidad de contar con un instrumento que evaluara satisfactoriamente la depresión como afecto, como síntoma o como enfermedad, de forma sencilla, lo cual no era posible hasta que fué reali-

zada la escala. Los criterios para el diagnóstico clínico y para la elaboración de la escala se encuentran divididos en:

I. Talante bajo:

- a. Deprimido triste.
- b. Accesos de llanto.

II. Equivalentes fisiológicos:

a. Alteraciones de los hábitos:

- 1. Variación diurna: exageración de los síntomas en la mañana y alivio parcial en el transcurso del día.
- 2. Despertar del sueño temprano y frecuente.
- 3. Pérdida de apetito.
- 4. Pérdida de peso.
- 5. Disminución de la libido.

b. Otras alteraciones.

- 1. Constipación.
- 2. Taquicardia.
- 3. Fatiga.

III. Equivalentes Psicológicos:

a. Actividades psicomotoras:

- 1. Agitación.
- 2. Lentificación.

b. Ideacionales.

- 1. Confusión.**
- 2. Sensación de vacío.**
- 3. Desesperanza.**
- 4. Indecisión.**
- 5. Irritabilidad.**
- 6. Insatisfacción.**
- 7. Devaluación personal.**
- 8. Ideación suicida.**

Una vez establecidas las áreas a investigar, Zung (1965), elaboró veinte reactivos, planteando diez en sentido positivo y diez en sentido negativo para evitar que se pudiera encontrar un patrón o alguna tendencia, redactados en un lenguaje común, aunque el orden de los mismos no coincide con las áreas correspondientes. Para la cuantificación del síntoma se plantearon cuatro categorías correspondiendo a: muy pocas veces, algunas veces, la mayor parte del tiempo y continuamente, calificándose con un valor del uno al cuatro, según si la pregunta se formuló en sentido positivo o en sentido negativo.

En el momento de la aplicación se les entregó a los sujetos una hoja de aplicación en la cual están los veinte reactivos impresos y se les pidió que marcaran en el recuadro lo más aplicable a su situación en el momento de contestar la prueba. La hoja rellena por el sujeto se puso abajo de una cubierta transparente para calificarla, y se escribió en el margen el valor indicado para después sumarse. Esta calificación básica se convirtió en un índice percentilar (0 - 100), donde un índice bajo señala poca o ninguna

depresión y un índice alto señala una depresión con significado clínico. Con el objeto de hacer más válida este instrumento, se tomaron algunas medidas de precaución comunes a todos las pruebas psicológicas, en las declaraciones y en los encabezados de las columnas de calificación.

El sujeto no pudo generar tendencia alguna en sus respuestas, ya que la mitad de las declaraciones fueron redactadas de manera positiva y el resto en forma negativa.

El EAMD está integrado para medir cuantitativamente la depresión y no para diferenciarla ni como síntoma ni como enfermedad, sin embargo puede ser usada para fines de diagnóstico. Es un instrumento que ofrece la ventaja de un elevado índice de confiabilidad y consistencia obtenida a través de varios estudios entre los cuales se destaca una alta correlación con el MMPI. Para finalizar convendrá recordar que cualquier escala para medir la depresión será un auxiliar en el diagnóstico de este padecimiento, sin embargo, nada suplirá al estudio clínico que efectuara el profesional calificado. (anexo 2).

4.11. Procedimiento.

Se acudió a centros comerciales, clubes deportivos, empresas y lugares públicos del D.F. y en el estado de Guanajuato, en donde se llevaron a cabo las aplicaciones, dando las instrucciones necesarias, explicando el objetivo y sobre todo observando que se cumplieran los criterios de inclusión conforme se estaba aplicando, se analizó que se cumpliera con el número de sujetos (30) que conforman cada categoría hasta completar las necesarias (120).

El cuestionario se aplicó, se codificarón los datos, se llevó a cabo la captura de la información, se hizo el análisis estadístico propuesto y se realizó la interpretación de los resultados.

4.12. Análisis estadístico.

El análisis estadístico se llevó a cabo mediante un paquete estadístico de Ciencias Sociales (SPSS, NIE Y COL., Versión 3.0, 1988) por medio del cual se determino el grado de relación entre las variables tabaquismo y depresión aplicando un análisis de correlación de Pearson. Posteriormente se utilizó el método estadístico de análisis de varianza (ANOVA).

CAPITULO V

RESULTADOS.

CAPITULO V.

5.1. Descripción de la muestra.

La muestra se conformó por 120 mujeres casadas, con trabajo remunerado.

Se determinaron cuatro grupos de estudio:

Grupo I . Mujeres que residen en el Distrito Federal y son fumadoras.

Grupo II . Mujeres que residen en el Distrito Federal y no son fumadoras.

Grupo III. Mujeres que residen en Provincia y son fumadoras.

Grupo IV. Mujeres que residen en Provincia y no son fumadoras.

La muestra general y los grupos anteriormente señalados fueron investigados a través de diferentes preguntas acerca de su trabajo y datos generales como la edad y número de hijos; para los grupos de fumadoras también se les preguntó acerca de su consumo.

- Con respecto a la variable tipo de trabajo, el 82% de la muestra (N=98), mencionó que su trabajo se desarrolla en empresas y el resto de la muestra, es decir, el 18.% (N=22) desempeña su trabajo en forma independiente. (gráfica 1, anexo 3)

En los grupos de estudio los grupos I, II y III se comportaron de manera homogénea, es decir, que la mayoría trabaja en empresas, en el grupo IV se encontró un porcentaje mayor 9.2 % (n=11), en comparación con los otros grupos, de personas que trabajan en forma independiente. (Cuadro I)

- En lo referente al tiempo que tienen trabajando el 60% de la muestra (N=72) , es decir, la mayoría trabaja desde hace más de cinco años, el 23.0 % (N=28) tienen trabajando de tres a cinco años, el 12.0% (N=14), de

uno a tres años y únicamente el 5% (N=6), no tienen ni un año de estar trabajando. (gráfica 2, anexo 3)

En general los cuatro grupos se comportan en forma homogénea, es decir, los porcentajes mayores, para cada uno de los grupos, se encuentran concentrados en el rango de las personas que tienen más de cinco años trabajando. (cuadro II).

- Se preguntó a las personas que conforman la muestra si les agrada el trabajo que actualmente desempeñan, el 92.0% (N=111), respondió que si y únicamente el 8.0% (N=9), informó que no le agrada. (gráfica 3, anexo 3)

Con respecto a la información obtenida por grupos, en el grupo I se encontró el porcentaje más elevado de insatisfacción con su trabajo, es decir, el 4.2% (n=5), seguido por el grupo IV con un 2.5% (n=3). Sin embargo, todas las personas que conforman el grupo II, es decir, el 25% (n=30), reportaron que se sienten satisfechas con su trabajo y por su parte en el grupo III se encontró un comportamiento muy similar, el 24.2% (n=29), informó que si le agrada su trabajo y solamente el .8% (n=1) informó que no le agrada su trabajo. (Cuadro III)

- En lo que respecta a la duración de la jornada de trabajo, el 47.0% (N= 57) de la muestra, señaló que su trabajo tiene una duración mayor a las ocho horas diarias, el 43.0 (N=50), mencionó que su trabajo tiene una duración entre cuatro y ocho horas, el 10.0 % (N=11), trabajan cuatro horas y solamente el 0.7% (N=2), tienen una jornada de trabajo menor de cuatro horas. (gráfica 4, anexo 3)

Con respecto al comportamiento por grupo se encontró que en los grupos I y II, no hay personas que tengan una jornada de trabajo menor a cuatro horas. En el grupo IV se encontró que el 15% (n=18), tiene jornadas de trabajo superiores a las ocho horas, siendo este el porcentaje más alto que se reportó, con respecto a este tipo de jornada. (Cuadro IV)

Asímismo se preguntó a las personas que conforman la muestra si se sienten satisfechas con la remuneración económica que reciben por su trabajo; el 72.0% (N=86), respondió que sí y el 28.0% (N=34) informó que no está satisfecho con ésta. (gráfica 5, anexo 3).

Con respecto a la información obtenida por grupos, en el grupo IV se encontró el porcentaje más elevado de insatisfacción con la remuneración por su trabajo, es decir, el 10.8% (n=13), seguido por el grupo III con un 6.7% (n=8). En el Grupo I se encontró que el 20% (n=24), se encuentra satisfecho con la remuneración que recibe por su trabajo. Seguido por los Grupos II y III con porcentajes de 19.2% (n=23) y 18.3 (n=22) respectivamente. (Cuadro V)

- Con respecto al número de hijos, el 41.0 % (N=50) de la muestra, reportó que tienen 2 hijos, 25 % (N=30) señaló que tienen 3 hijos, el 24.0 % (N=29) dijo tener un hijo únicamente, el 6.0 % (N=7) tienen 4 hijos, el 3.0 % (N=3) mencionaron que tienen 5 hijos y el 1.0 % (N=1) informó tener 6 hijos. (gráfica 6, anexo 3)

Con respecto al comportamiento por grupo se encontró que en los grupos I y II, nadie reportó tener más de cuatro hijos. En el Grupo I se encontró

que el 23.3 % (n=28) de la muestra tienen entre uno y dos hijos, en el Grupo II los resultados indican que la mayor parte tienen entre dos y tres hijos 20 % (n=24). En el grupo III se encontró que si bien la mayor parte tienen entre dos y tres hijos con un porcentaje de 16.7 % (n=20), el 5 % (n=6) tienen entre 4 y 5 hijos.

- Con respecto a la edad, el 25.0 % (N=31) reportó tener entre 31 y 35 años, el 20 % (N=24) entre 25 y 30 años, el 19.0 % tienen una edad entre los 41 y 45 años, el 13.0 % informó que tienen una edad de 46 ó más años, el 12.0 % de la muestra reportó una edad entre los 36 y los 40 años y el 11.0% de la muestra tenía una edad menor a los 25 años en el momento de la aplicación. (Cuadro VII-gráfica 7, anexo 3).
- Con respecto al número de cigarrillos que consumen al día, el 20.8 % de la muestra (N=25) reportó que consumen más de 20 cigarrillos, el 15 % (N=18) informó que consumen una cantidad menor de 10 cigarrillos al día y el 14.2% (N=17) fuman entre 10 y 20 cigarrillos diarios. Para este cuadro únicamente se tomó la información de los grupos I y III, que son los fumadores. (Cuadro VIII)

En lo que respecta al comportamiento por grupos, se encontró que ambos se comportan de manera homogénea. (gráfica 8, anexo 3)

Cuadro I. Distribución de la muestra por el tipo de trabajo.

Tiempo trabajando	Grupo I		Grupo II		Grupo III		Grupo IV		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Independiente	5	4.2	2	1.7	4	3.3	11	9.2	22	18
Empresa	25	20.8	28	23.3	26	21.7	19	15.8	98	82
TOTAL	30	25	30	25	30	25	30	25	120	100

Cuadro II. Distribución de la muestra por el tiempo que tienen trabajando.

	Grupo I		Grupo II		Grupo III		Grupo IV		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Menor a un año	1	0.8	3	2.5	1	0.8	1	0.8	6	5
De 1 a 3 años	3	2.5	4	3.3	3	2.5	4	3.3	14	12
Más de 3 a 5 años	7	5.8	8	6.7	5	4.2	8	6.7	28	23
Más de 5 años.	19	15.8	15	12.5	21	17.5	17	14.2	72	60
TOTAL	30	25	30	25	30	25	30	25	120	100

Grupo I: Mujeres de D.F. que fuman.

Grupo II: Mujeres del D.F. que no fuman.

Grupo III: Mujeres de provincia que fuman

Grupo IV: Mujeres provincia que no fuman

Cuadro III. Distribución de la muestra por el agrado con respecto al trabajo.

Agrado por el trabajo	Grupo I		Grupo II		Grupo III		Grupo IV		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Si	25	20.8	30	25.0	29	24.2	27	22.5	111	92.5
No	5	4.2	0	0.0	1	0.8	3	2.5	9	7.5
TOTAL	30	25.0	30	25.0	30	25.0	30	25	120	100

Cuadro IV. Distribución de la muestra por la duración de su jornada de trabajo.

Duración de la jornada de trabajo.	Grupo I		Grupo II		Grupo III		Grupo IV		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Menor a cuatro horas.	0	0	0	0	1	0.8	1	0.8	2	1.7
cuatro horas.	3	2.5	1	0.8	4	3.3	3	2.5	11	9.2
De cuatro a ocho horas.	13	10.8	17	14.2	12	10	8	6.7	50	41.7
Mayor de ocho horas.	14	11.7	12	10	13	10.8	18	15	57	47.5
TOTAL	30	25	30	25	30	25	30	25	120	100

Grupo I: Mujeres de D.F. que fuman.

Grupo II: Mujeres del D.F. que no fuman.

Grupo III: Mujeres de provincia que fuman

Grupo IV: Mujeres provincia que no fuman

Cuadro V. Distribución de la muestra por satisfacción de la remuneración económica que reciben por su trabajo.

Satisfacción por remuneración	Grupo I		Grupo II		Grupo III		Grupo IV		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Si	24	20.0	23	19.2	22	18.3	17	14.2	86	71.7
No	6	5.0	7	5.8	8	6.7	13	10.8	34	28.3
TOTAL	30	25.0	30	25.0	30	25.0	30	25	120	100

Cuadro VI. Distribución de la muestra por número de hijos.

Número de hijos.	Grupo I		Grupo II		Grupo III		Grupo IV		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
un hijo	12	10	4	3.3	4	3.3	9	7.5	29	24.2
dos hijos	16	13.3	12	10	9	7.5	13	10.8	50	41.7
tres hijos	1	0.8	12	10	11	9.2	6	5	30	25
cuatro hijos	1	0.8	2	1.7	3	2.5	1	0.8	7	5.8
cinco hijos	0	0	0	0	3	2.5	0	0	3	2.5
seis hijos	0	0	0	0	0	0	1	0.8	1	0.8
TOTAL	30	25.0	30	25.0	30	25.0	30	25	120	100

Grupo I: Mujeres de D.F. que fuman.
 Grupo II: Mujeres del D.F. que no fuman.
 Grupo III: Mujeres de provincia que fuman.
 Grupo IV: Mujeres provincia que no fuman

Cuadro VII. Distribución de la muestra por edad.

Edad	Grupo I		Grupo II		Grupo III		Grupo IV		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Menor de 25 años:	3	2.5	3	2.5	3	2.5	4	3.3	13	10.8
De 25 a 30 años.	5	4.2	6	5.0	4	3.3	9	7.5	24	20
De 31 a 35 años.	15	12.5	1	0.8	6	5.0	9	7.5	31	25.8
De 36 a 40 años.	3	2.5	7	5.8	2	1.7	2	1.7	14	11.7
De 41 a 45 años.	2	1.7	7	5.8	10	8.3	4	3.3	23	19.2
De 46 años ó más	2	1.7	6	5.0	5	4.2	2	1.7	15	12.5
TOTAL	30	25.0	30	25.0	30	25.0	30	25.0	120	100

Grupo I: Mujeres del D.F que fuman.

Grupo II: Mujeres del D.F. que no fuman.

Grupo III: Mujeres de Provincia que fuman.

Grupo IV: Mujeres de Provincia que no fuman.

Cuadro VIII. Distribución de la muestra de fumadoras por número de cigarros consumidos diariamente.

Cantidad	Grupo I		Grupo III		TOTAL	
	n	%	n	%	N	%
Menos de diez cigarros.	10	8.3	8	6.7	18	15
Menos de veinte cigarros.	8	6.7	9	7.5	17	14.2
Más de veinte cigarros.	12	10	13	10.8	25	20.8
TOTAL	30	25.0	30	25.0	60	50

Grupo I: Mujeres de D.F. que fuman.

Grupo II: Mujeres del D.F. que no fuman.

Grupo III: Mujeres de provincia que fuman

Grupo IV: Mujeres provincia que no fuman

5.2. Resultados del Instrumento de la Depresión por Grupos de Estudio.

Medias por grupo y depresión.

Grupo	Descripción	\bar{x}
I	Mujeres que residen en el D.F. y son fumadoras.	29.60
II	Mujeres que residen en el D.F. y no son fumadoras.	29.07
III	Mujeres que residen en provincia y son fumadoras.	27.30
IV	Mujeres que residen en provincia y no son fumadoras.	26.43

$$F = 2.48$$

$$P = .064$$

* Como puede observarse la media más alta la obtuvo el grupo I, en relación con los demás grupos ($x = 29.60$) seguido por el grupo II ($x = 29.07$), posteriormente se encuentra el grupo III con una media de 27.30 y por último con una media de 26.43 se encuentra el grupo IV; no encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre mujeres fumadoras y no fumadoras del Distrito Federal y de provincia con respecto a la depresión.

Sin embargo, las mujeres del Distrito Federal, es decir, grupos I y II, obtuvieron puntajes mayores con respecto a la depresión, en comparación con las que radican en provincia (grupos III y IV), es decir, que las mujeres que residen en el Distrito Federal tienden a acusar más el fenómeno de la depresión que las que radican en provincia.

Finalmente se estudió el número de cigarrillos consumidos y el grado de depresión, no encontrando relación entre ambas variables.

$$r = .0365$$

De tal manera que se pueda decir que la cantidad de cigarrillos consumidos no se relacionan con la depresión.

CONCLUSION Y DISCUSION

Siendo el objetivo general de este estudio, investigar si existen diferencias entre las mujeres fumadoras cuyo lugar de residencia es en el Distrito Federal y en Provincia, con respecto a la depresión, se ha podido concluir lo siguiente:

1. **No existe relación estadísticamente significativa entre la depresión y el tabaquismo.**
2. **No existe diferencia estadísticamente significativa entre las mujeres fumadoras y las no fumadoras que residen en el Distrito Federal con respecto a la depresión.**
3. **No existe diferencia estadísticamente significativa entre las mujeres fumadoras y no fumadoras que residen en provincia con respecto a la depresión.**

Los resultados en el presente estudio, indican que la depresión no es una variable que influya en el grado de tabaquismo, los datos indican que el factor que tiene más relación con la primera es el lugar de residencia.

Es así pues que la mujer del Distrito Federal presentó niveles más altos en cuanto a depresión que las mujeres de provincia, esto se puede explicar desde varios enfoques:

A. Psicológico: la mujer de provincia tiene un núcleo familiar más cohesivo y unido; en el Distrito Federal esta situación de desintegración familiar provoca muchos sentimientos de desamparo y soledad. Sánchez (1984), postula que los elementos aprendidos por la mujer mexicana, son la dependencia, sumisión, receptividad y pasividad.

El lazo comunitario ayuda también a que el individuo interactúe con otros individuos.

B. Ecológico: Según el Breviario de Saneamiento Ambiental (1981), la depresión se puede dar por cuatro problemas principalmente:

1. Contaminación: que es motivo de la producción de la combustión de vehículos de motor, consecuencia de la mala calidad del aire inhalado.
2. Atmosférica: motivo de la industria, los talleres, los desechos que se queman y por el polvo.
3. Problemas de tránsito: con consecuencias tales como mayor número de accidentes, pérdida económica, disminución de horas de descanso, motivada por el exceso de vehículos y también por la falta de estacionamientos.
4. Ruido excesivo: a causa de los autotransportes, aviones de reacción, fábricas metalúrgicas y equipos de sonido, que generan insomnio, fatiga física e intelectual, irritabilidad, aumento de la frecuencia cardíaca, tensión arterial y sordera." (p.50)

Por otra parte Mendlewicz (1990) señala que estudios poblacionales indican que en algunas regiones geográficas se registra un crecimiento en la prevalencia de los trastornos depresivos mayores.

Es probable que el stress al que están sometidas las mujeres en la ciudad de México sea un factor importante para la depresión, es decir, que los problemas de tráfico, las distancias, la sobrepoblación demográfica, problemas de vialidad, inseguridad social, etc., aunado a esto la posible confusión de roles en la mujer, sean situaciones que generan situaciones de constante tensión y que pueden desevocar en depresión.

Por otra parte, en la encuesta sociodemográfica se contempló el agrado ó desagrado por el trabajo que se desempeña, obteniendo por resultado que el 92.5% reportó estar satisfechas en su trabajo; además de que la mayoría, tiene jornadas de trabajo superiores a cuatro horas, lo que hace suponer que se trata de mujeres que ocupan su tiempo en una actividad que les satisface emocional y profesionalmente.

Asímismo, el 71.7 % de la muestra, se encuentra satisfecha con la remuneración que perciben por su trabajo, es decir, que perciben una situación de equidad y justicia.

Otras variables que es importante tomar en cuenta son: la edad de las personas que conforman la muestra y el número de hijos. Solamente el 31.7 % tiene una edad superior a los 41 años y la mayoría, es decir, el 91.9 % reportó tener de uno a tres hijos.

Lo anterior hace suponer que la muestra encuestada esta conformada por mujeres que, en general, se encuentran satisfechas con sus funciones de profesionistas y también en sus labores como madres y esposas, toda vez que se controló el estado civil de casadas.

Sin embargo, dado que en el presente estudio no se encontró ninguna diferencia significativa, queda como un antecedente para posibles investigaciones sobre el tema.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.

Una de las limitaciones de la presente investigación fué el número reducido de la muestra, es decir, que únicamente se encuestaron a 30 personas de cada uno de los cuatro grupos para conformar una muestra de 120 sujetos. Por otra parte, únicamente se consideró la información de dos entidades de la república mexicana, el Distrito Federal y el estado de Guanajuato; puede ser que los resultados obtenidos varíen de acuerdo con la ubicación geográfica.

El presente estudio también fué limitado por el hecho de haber seleccionado a mujeres casadas y que trabajan de manera remunerada, lo que de por sí influye en los niveles de depresión, ya que según datos reportados se encuentran satisfechas con su estatus social y profesional; por lo que se sugiere ampliar la muestra y hacer estudios comparativos entre: mujeres solteras que trabajan y fuman, mujeres solteras sin trabajo remunerado que fuman y mujeres casadas sin trabajo remunerado que fuman.

Se sugiere un estudio más minucioso del consumo de tabaco en relación a la cantidad de cigarro que se consume, es decir, que no solamente se tomen en cuenta datos sobre la frecuencia en su consumo sino que también se consideren variables tales como: año de inicio en el hábito, circunstancias en que fuman los sujetos, si ha intentado dejar de fumar, parentesco y número de personas que fuman en el hogar en el que habita el sujeto de es-

tudio, edad de inicio; lo anterior con objeto de contar con mayor información acerca del perfil psicológico del fumador.

Por otra parte, también se sugiere hacer investigaciones posteriores con las nuevas generaciones que están teniendo un mayor impacto publicitario sobre el cuidado de la salud y están aprendiendo más y diferentes alternativas en contra de las adicciones (ejercicio, uso del tiempo libre, actividades culturales, etc.)

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

- Academia Nacional de Medicina., (1988)., Tratado de Medicina Interna., México: Ed. El Manual Moderno.
- Adams, R.D.; et. al. (1982). Medicina Interna Harrison. México: Ed. Prensa Médica.
- Aristi Montaña, G. M. (1984), "Estudio Práctico sobre la Teoría de la Disonancia Cognoscitiva", México. Tesis inédita de Licenciatura en Psicología., Universidad Intercontinental., México D.F.
- Alvarez, R., K; Ochoa, R.,A.,(1993)., Depresión y Ansiedad en Mujeres Menopáusicas y no Menopáusicas. Un Estudio Comparativo., Tesis inédita de Licenciatura en Psicología. Universidad Intercontinental. México D.F.
- American Psychiatric Association., (1987)., DSM III. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales., España: Masson, S.A.
- Balzaretti González, M; López Muñoz, G. (1981). "Estudio Comparativo de Personalidad en Adolescentes Farmacodependientes (Inhaladores versus no Inhaladores) a través del M.M.P.I. y del E.P.Q." Tesis inédita de Licenciatura en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. México D.F.
- Brevarios de Saneamiento Ambiental., (1981)., Secretaría de Salubridad y Asistencia. Subsecretaría del Mejoramiento del Ambiente. México D.F.

Bonnave G.R., (1994)., Autoestima en Mujeres con respecto a la Edad y Lugar de Residencia. Tesis inédita de Licenciatura en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México., México D.F.

Brown P.; Pierre J.; Alienist Reintegrated, Current Opinion in Psychiatry, 4, 1991. p. 390.

Calderón, G., N., (1989)., Depresión, Causas, Manifiestos y Tratamiento. México: Ed. Trillas.

Carson N, R., (1982)., Psychology of Behavior., Second Edition, Boston: Allyn and Bacon.

Cecil (1987)., Tratado de Medicina Interna., México: Ed. Interamericana.

Cendon, N.; Martínez, G., (1989)., Tabaquismo y Ansiedad en Adolescentes de primer Ingreso a Escuela Profesional. Tesis inédita de Licenciatura en Psicología. Universidad Intrcontinental., México D.F.

Centro Mexicano de Estudios en Salud Mental CEMESAM., (1979). La Familia ante el Problema de las Drogas. México.

Córdoba, P., (1993), Efectos del Estrés, que Provoca Someterse a Tratamiento Cognitivo-Conductual para Dejar de Fumar. Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias .,3(1):12-3, abril-junio.

Cruz Neri, R. (1992)., Autoestima de la Mujer Mexicana que Trabaja en Tres Niveles SocioEconómicos. Tesis inédita de Licenciatura en Psicología. Universidad Intercontinental. México D.F.

De la Fuente, R., (1959)., Psicología Médica., México., Ed. Fondo de Cultura Económica.

De la Fuente Ramón.,(1990)., Consideraciones sobre los Problemas Mentales y Conductuales que Afectan la Salud en Sociedades en Desarrollo: El Caso de México., Salud Mental., 13(3)., Sept., México.

De la Torre Villar, E., (1966)., Lecturas Históricas Mexicanas, México: Empresas Editoriales., t.1.

Escalante Padilla B., (1990)., Diferentes Aproximaciones a la Comprensión del Trastorno Depresivo., Tesis inédita de Licenciatura en Psicología., Universidad de Guanajuato., León Gto.

Espinoza Larrazaga, F.; Rico Méndez, F. G.; Sánchez Juárez, A.; Espinosa Perez, J. L.; Villanueva Seres, C. M., (1990)., Efectos del Tabaquismo en el Paciente Críticamente Enfermo., Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias ., 3(2): 94-8., jul.-sept.,México.

Everett, G.; Towan, J., (1959).,Mode of Action of Rauwolfia Alkaloids and Motor Activity.,Biological Psychiatry., Vol 1.

Fenichel, O., (1966)., Teoría Psicoanalítica de las Neurosis., Argentina: Ed. Páidos.

Formoso, A., (1962), Ha Nacido una Nueva Mujer Mexicana?.,Consejo Nacional de Población ., México: Centro de Documentación.

Frazier, S., H., (1964)., ¿Qué es la Psicopatología?, Buenos Aires: Lidiun.

Freud, S., (1917)., Duelo y Melancolía., Madrid: Biblioteca Nueva.

- Gavito de la Torre; Ortega S. H; Gutiérrez de Velasco C.; Aguirre T.R., (1990).; Características Psicosociales de los Tabaquistas que Solicitan Tratamiento según se Sexo y su Patrón de Consumo., Salud Mental, 13(4)., Diciembre.,México.
- Godínez, Arreola y Alarcón, T. (1982)., Búsqueda de la Imagen de la Mujer Mexicana., Tesis inédita de la Licenciatura en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México., México D.F.
- Goode, W., J., (1966), La Familia., Manuales UTEHA. México.
- Gutierrez de Velasco, C., (1993)., Tabaquismo., Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, 6(1): 2-3., mar.
- Halbreich U. y otros. (1984)., Las Diferencias Sexuales en los Factores Biológicos están Intímadamente Relacionados a la Depresión en Mujeres., 22 Annual Mtg. of the American College of Neuropsychopharmacology., Vol. 7.
- Hamilton, N.,(1972)., Rating Scales in Depression., Depressive Diagnostic Assessment Treatment.
- Hayashi Villagran M. (1987). Ansiedad y Tabaquismo. Tesis inédita de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México. México D.F.
- Heller, Agnes., (1980)., Historia y Vida Cotidiana., México: Grijalbo.
- Hidalgo, T. (1989). "Vida Cotidiana y Trabajo Asalariado de la Mujer". Tesis Inédita de Maestría en Ciencias Sociales. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. México D.F.

- Jacome, S., (1980). "Cigarros: El más Grande de los Vicios Menores". Revista del consumidor, No. 41, Jul. México.
- Jelín, E., (1980)., "Trabajo y Familia en el Ciclo de Vida Femenino: El Caso de los Sectores Populares de Buenos Aires., Estudios CEDES, Vol 3., No. 8 - 9. Buenos Aires, Argentina.
- Kallman, F., (1950)., Genetic Aspects of Psychosis,. Biology of Mental Health and Disease. New York: Hoeber.
- Kempt, E.,(1915)., The Behavoir Chart in Mental Disease., U.S.A: American Journal of Insanity. 71:761.
- Kohn, M. (1967)., Social Class and Parent Child Relationships: An Interpretation., U.S.A: American Journal of Sociology,. Abril, Vol. 3(2).
- Kolb, L., (1983)., Psiquiatría Clínica Moderna,. México: La Prensa Médica Mexicana.
- Langer, M., (1988)., Maternidad y Sexo,. México: Ed. Páidos.
- López, Efrén., (1980)., Consideración sobre la Integración de la Mujer al Desarrollo: Lineamientos para el Establecimiento de una Política y Diagnóstico en General., Mimeo. Octubre. México.
- McKinnon, R. et al. (1988)., Psiquiatría Clínica Aplicada,. México: Interamericana., Mc. Graw Hill.
- Materazzi, M. A. (1991)., Salud Mental: Una Propuesta de Prevención Permanente,. Buenos Aires: Páidos.
- Mendels, J. (1977)., La Depresión,. Barcelona, Ed. Herder.

- Méndez, M.; Aguilar, R.; Gavito, M.; Fajardo, Y.; Gutierrez de Velasco, C. (1990)., Evaluación del Tratamiento para el Abandono del Hábito de Fumar en la Clínica de Tabaquismo del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, 2(3): S11, Nov.- Feb.
- Méndez Guerra, M., (1989)., "Tabaquismo y Depresión: Detección de Síntomas Depresivos en Pacientes que Abandonan el Hábito Tabáquico", Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias 1(2):13.,nov.
- Mendlewicz, J., (1990)., The Social Burden of Depressive Disorders., Neuropsychobiology, 22.
- Merck, Sharp and Dhome International (M.S.D.), (1986) El Manual Merck de Diagnóstico y Terapéutica. México: Nueva Editorial Interamericana.
- Michel, A. (1980)., La Mujer en la Sociedad Mercantil, México: Siglo XXI.
- Morris, C.c (1988)., Psicología. Un Nuevo Enfoque., México: Prentice Hall. Hispanoamericano.
- Nueva Ley Federal del Trabajo., (1990)., México: Olgúin.
- Oblitas, L. (1988)., "Ejemplo de una Propuesta de Investigación. Tratamiento de Fumadores con la Técnica de Fumar Rápido y Retener el Humo". Revista del Departamento de Psicología., Universidad Intercontinental. 1(1-2). México.
- Pérez Rincón Hector.,(1990).,Entrevista: Dr. Rogelio Díaz Guerrero., Salud Mental., 13(2)., Junio. México.

- Regueiro, Ma. Carmen, N.; Gutierrez, A. (1990). La Mujer en sus Actividades. México: Secretaría de Programación y Presupuesto.
- Ross S., W. (1987). Como Dejar de Fumar Definitivamente con el Nuevo Chicle de Nicotina. México: Científico-Médica.
- Rossi Rómulo., (1990)., El Problema General de las Dependencias y el Concepto de Depresión Anaclítica., Salud Mental., 13(1)., Marzo. México.
- Rowbotham, S., (1977)., Mundo de Hombre. Conciencia de Mujer., Madrid: Debate.
- Sánchez, D., (1984)., Creencias y Actitudes de la Mujer Mexicana de Diferente Nivel Socio-económico hacia el Trabajo., Tesis inédita de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. México D.F.
- Secretaria de Salud (S.S). (1986). "Programa contra el Tabaquismo". Consejo Nacional Contra las Adicciones. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. Organización Panamericana de la Salud.
- Shepard, R. (1973), Reinforcements of a Smockings Withdrawal Program. Canadian Journal of Public Health., Canadá.
- Shiffman, S.; Fischer, L.; Zettler-Seagal.; M. Benowitz N.L., 1990., Nicotine Exposure Among Nondependent Smokers., Arch Gen Psychiatry., 47., Abril.
- Tapia Conyer y cols.,(1990)., El Consumo de Tabaco en el Distrito Federal., Salud Mental., 13(4)., Dic. México.
- Tapia Jauyek, R.,(1980),"Tabaquismo". Salud Pública de México.,22(6).

- Us Surgeon General.,(1992)., Smoking and Health in the Americas Executive Summary. Us Department of Health and Human Services.; Cap.6:13.
- Vallejo, J., R., (1984)., Síntomas Depresivos., Medicina. Ago., 35. México.
- Vázquez, J. (1979)., De Encomenderos Colonizados y otros Animales de Razón., F.E.M., Vol.3(11). Nov. Dic. México.
- Vega Gleason, S., (1990)., Impacto en la Salud por la Contaminación Ambiental en la Ciudad de México., Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias., 3(1):12-3, mar. - jun.
- Velázquez, M. (1985). La Mujer Joven y el Empleo. F.E.M. Vol. 39(8).
- Velázquez M. G.; López B. C.; Borges G.; Pelcastre V. B.; Prevalencia y Consumo de Tabaco de una Población Estudiantil de Siete Escuelas Secundarias del D.F., Salud Mental., 15(3)., Sept. 1992. México.
- Zarco. (1990)., Estudio Comparativo de Ansiedad y Depresión en Mujeres Embarazadas Primíparas como Multíparas y no Embarazadas., Tesis inédita de Licenciatura en Psicología. Universidad Intercontinental. México D.F.
- Zegers O. Dorr., (1993)., Fenomenología de la Corporalidad Depresiva., Salud Mental., 16(3)., Sept. México.
- Zorrilla, A.; Méndez J. S., (1984)., Diccionario de Economía., México: Océano.

ANEXOS

ANEXO 1

Anexo 1
CUESTIONARIO SOCIODEMOGRAFICO

En la Universidad Intercontinental ubicada en el Distrito Federal, se esta realizando una investigación de aspectos de la personalidad relacionados con el hábito del tabaco. La información que se obtenga del presente cuestionario será tratada únicamente estadísticamente y con fines de investigación, se respetará la confidencialidad de los datos. Agradeceremos su sinceridad y objetividad al responder a las preguntas del cuestionario.

1. Lugar de Nacimiento: _____

2. Lugar de Residencia: _____

3. Es usted fumador?

a. Si ()

- Aproximadamente cuántos cigarros consume al día? Menos de 10. ()
Menos de 20. ()
20 ó mas. ()

b. No ()

4. Estado Civil.

a. Soltera ()

b. Casada ()

c. Divorciada ()

d. Unión Libre ()

e. Viuda ()

4. Ocupación:

a. Independiente ()

b. Empresa ()

5. Tiempo que tiene trabajando?

a. Menos de un año ()

b. De un año un mes a tres años ()

c. De tres años un mes a cinco años ()

d. Más de cinco años ()

6. Le agrada el trabajo que actualmente desempeña?

a. Sí ()

b. No ()

7. Duración de su jornada de trabajo:

a. Menor a 4 horas. ()

b. 4 horas. ()

c. De 4 a 8 horas ()

d. Mayor a 8 horas ()

8. Le satisface la remuneración económica que recibe por su trabajo?

a. Sí ()

b. No ()

9. Tiene hijos?

a. Sí () - Cuántos? _____

- De qué edades? 1. _____ 2. _____ 3. _____

4. _____ 5. _____ 6. _____

b. No ()

10. Su edad esta entre cual de los siguientes rangos:

a. Menor de 25 años. ()

b. De 25 a 30 años. ()

c. De 31 a 35 años. ()

d. De 36 a 40 años. ()

e. De 41 a 45 años. ()

f. Mayor de 46 años. ()

ANEXO 2

Anexo 2
CUESTIONARIO

A continuación usted encontrará 20 afirmaciones, responda conforme a la siguiente escala el número de la opción que más se acerque a su situación actual.

Muy pocas veces 1

Algunas veces 2

La mayor parte del tiempo 3

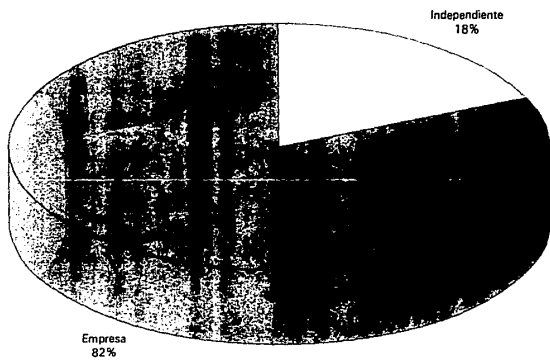
Continuamente 4

1. Me siento abatida y melancólica. _____
2. En la mañana me siento mejor. _____
3. Tengo accesos de llanto o deseos de llorar. _____
4. Me cuesta trabajo dormirme en la noche. _____
5. Como igual que antes solía hacerlo. _____
6. Todavía disfruto de las relaciones sexuales. _____
7. Noto que estoy perdiendo peso. _____
8. Tengo molestias de constipación. _____
9. El corazón me late más aprisa que de costumbre. _____
10. Me canso sin hacer nada. _____
11. Tengo la mente tan clara como antes. _____
12. Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro. _____
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto. _____
14. Tengo esperanzas en el futuro. _____
15. Estoy más irritable de lo usual. _____
16. Me resulta fácil tomar decisiones. _____
17. Siento que soy útil y necesaria. _____
18. Mi vida tiene bastante interés. _____
19. Creo que les haría in favor a los demás muriéndome. _____
20. Todavía disfruto con las mismas cosas. _____

Gracias por su amable colaboración !!!

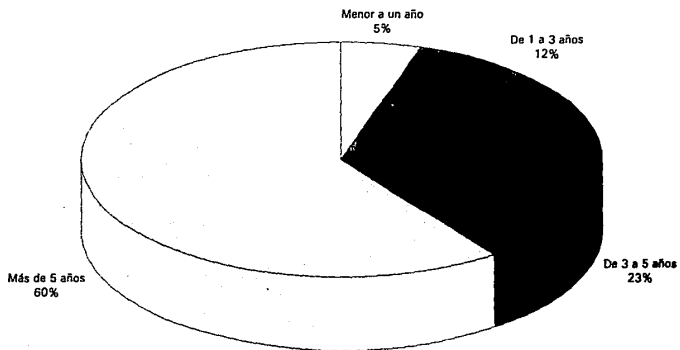
ANEXO 3

Distribución de la Muestra por el Tipo de Trabajo (TOTAL)



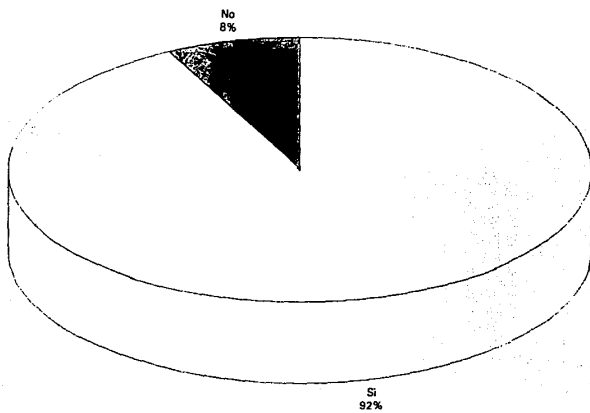
GRAFICA 1

Distribución de la Muestra por el Tiempo que Tienen Trabajando (TOTAL)



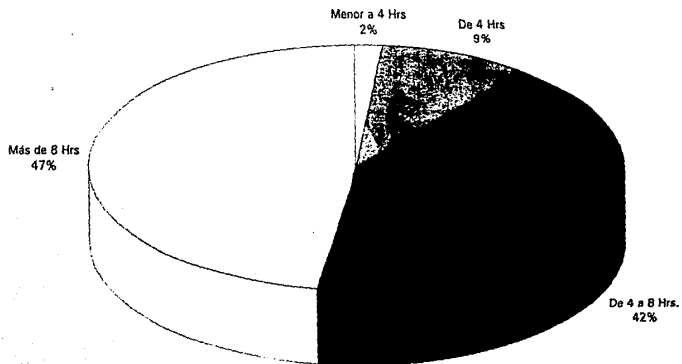
GRÁFICA 2

Distribución de la Muestra por el Agrado con Respecto al Trabajo (TOTAL)



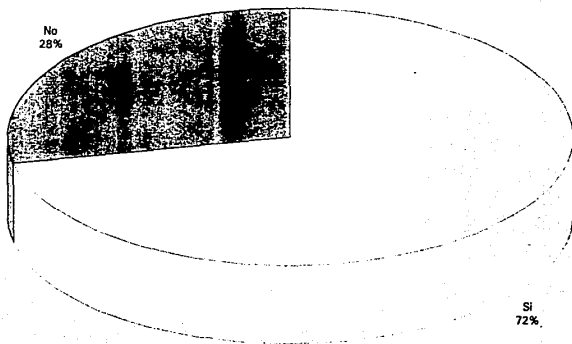
GRAFICA 3

Distribución de la Muestra por la Duración de su Jornada de Trabajo (TOTAL)



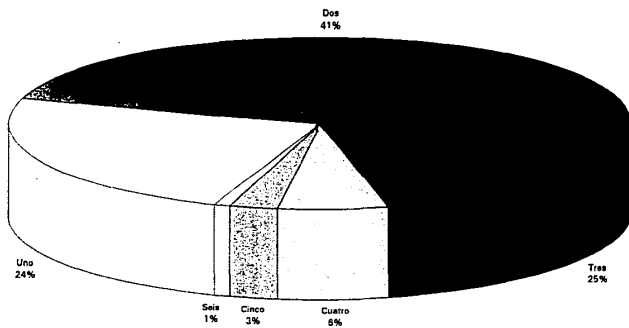
GRAFICA 4

Distribución de la Muestra por Satisfacción de la Remuneración Económica que Reciben por su Trabajo
(TOTAL)



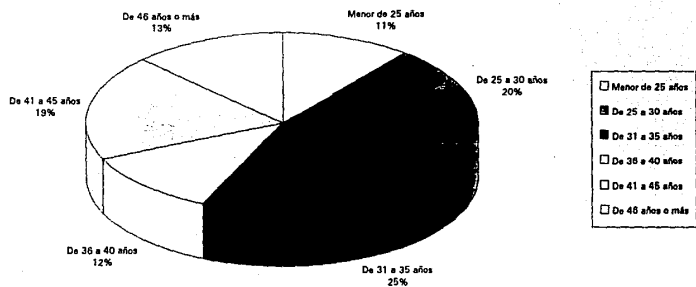
GRAFICA 5

Distribución de la Muestra por Número de Hijos (TOTAL)



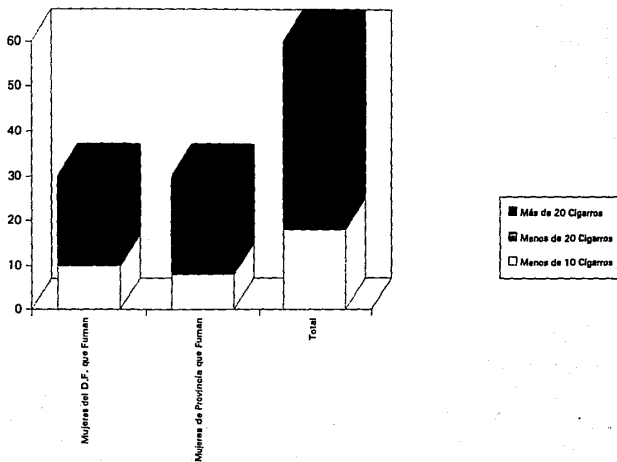
GRAFICA 6

Distribución de la Muestra por Edad (TOTAL)



GRAFICA 7

Distribución de la Muestra de Fumadoras por Número de Cigarros Consumidos Diariamente



GRAFICA 8

TRABAJO EN 7 HORAS

HERNAN CASA MATRIZ

Quetzaltenango # 55-1

Edif. Pisos de las Facultades
Caja Postal Universidad

Tel. 950-9654

40 ANOS
DE EXISTENCIA