

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Stephanie Gurwitz Pardo
FECHA: 22/11/04
FIRMA: [Firma]

878525

UNIVERSIDAD NUEVO MUNDO

ESCUELA DE PSICOLOGIA

ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MEXICO

"ESTUDIO COMPARATIVO DE DEPRESION ENTRE UN GRUPO DE HOMBRES Y UNO DE MUJERES EN ETAPA ADULTO JOVEN"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGIA QUE PRESENTA:

STEPHANIE GURWITZ PARDO

DIRECTORA: ADRIANA CISNEROS MONTAÑO



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

DEDICATORIA

Al hacer una tesis, por lo general se usa como un medio para agradecer a la gente mas querida y que ha estado alrededor del autor de ésta. En mi caso no es diferente, agradecer a la gente que más quiero por lo que me ha dado a lo largo de mi vida; pero esta tesis la dedico a la persona que está detrás, delante y a mi lado al mismo tiempo sin importar lo que se venga.

Me llevaría otra tesis decirte lo que siento por ti, lo que significas en mi vida y lo agradecida que estoy contigo.

Por ti estoy en donde estoy ahora y soy la persona que soy, tengo una carrera gracias a ti y no sólo por el lado económico que aunque es muy importante, no es lo esencial, sino por el apoyo emocional que he tenido de ti, hechandome porras para todo y hacerme saber que si lo he logrado, y que si puedo tener logros en mi vida; uno de estos, es este trabajo.

Porque eres la persona más importante en mi vida, y por regalarme a las otras dos grandes personas en mi vida: Vane y Mickey.

Esta tesis va para ti Ma.

Vane: Porque me abriste camino a muchas cosas, porque has estado junto a mi siempre desde que nací compartiendo todo lo que una hermana puede compartir (incluyendo la ropa que "salía" sin permiso), por tus consejos, tus regaños y tus sonrisas. Te Adoro.

Mickey: Llegaste a mi vida cuando la mía apenas empezaba y desde ese momento estuvimos juntos en todo, desde las escuelas, hasta la universidad pasando por ese verano tan divertido en los que hechamos esas porras (m m m a.....) que todavía recordamos !! Por cuidarme y defenderme, por compartir conmigo, por esa linda sonrisa que te caracteriza. Te Adoro.

Sólo TU podrías estar detrás de todo esto, por tu amor y cariño gracias Abue.

A Vany: Porque sin ti este proyecto no lo hubiera podido terminar, por tu ayuda pero sobre todo por tu apoyo y tu gran amistad.

A Adriana por tu dedicación y tiempo a este trabajo, gracias

A Lucia por tu apoyo a lo lago de mi carrera, gracias

INDICE

INTRODUCCION	1
I. DEPRESION	3
1.1 Clasificaciones	9
1.2 Bases Biológicas de la Depresión	10
1.3 Teorías de la Depresión	11
1.3.1 Teoría Psicoanalítica	16
1.3.2 Teoría Interpersonal y Cultural	17
1.3.3 Teoría Cognitiva	22
1.3.4 Hallazgos Recientes	25
1.4 Depresión en la Mujer	29
1.5 Depresión en el Hombre	35
II. EL ADULTO JOVEN	46
2.1 Roles Femeninos y Masculinos en el adulto joven	51
III. METODOLOGIA	51
3.1 Objetivo General	51
3.2 Objetivo Especifico	52
3.3 Hipótesis	52
3.3.1 Hipótesis de Trabajo	52
3.3.2 Hipótesis Nula	52
3.4 Variables	52
3.4.1 Variable Independiente	52
3.4.2 Variable Dependiente	53
3.5 Población de Estudio	53
3.5.1 Muestra	53
3.6 Instrumento	55
3.7 Tipo de Estudio	56
3.8 Procedimiento	56
3.9 Análisis Estadístico	58
IV. RESULTADOS	61
V. DISCUSION	66
VI. ALCANCES, LIMITES Y SUGERENCIAS	68
VII. CONCLUSION	70
BIBLIOGRAFIA	74
ANEXO I	78
ANEXO II	

INTRODUCCIÓN

Al hablar de depresión lo primero que se viene a la mente es la idea de una persona que constantemente está triste, que no tiene vida social ó una persona de aspecto desaliñado. Aunque este "concepto" no es del todo erróneo, no siempre es así.

El rol que la mujer tiene actualmente es muy importante, no solo es educada desde pequeña a ser una buena ama de casa, esposa y madre sino que también debe realizarse como mujer profesional, al elegir una carrera para mas adelante obtener un trabajo igual que el hombre y así estar a la par de éste, tanto profesional como económicamente sin olvidar que también tiene una "obligación" como ama de casa.

Esta investigación tiene como propósito estudiar la depresión dentro de cierta población en México, específicamente en un grupo de hombres y mujeres. Se intenta saber si el nivel de depresión en mujeres es mayor que en hombres así como si la depresión entre estos dos grupos tiene alguna relación con respecto a la pareja, es decir si no tiene pareja entonces habrá depresión.

En el presente trabajo se aborda que la depresión se remonta a los primeros registros de la humanidad, y en donde Zilboorg (1944) dice que la sintomatología del desorden afectivo ha seguido siendo la misma durante 25 siglos.

También se habló de las tres diferentes teorías que existen sobre la depresión; y haciendo un análisis de lo que los principales autores de cada una de ellas dicen sobre la depresión.

Entre los teóricos psicoanalíticos se encuentran Abraham (1917) en la que dice que hay una dificultad en la tendencia libidinal, y a esto viene la culpa; comparó la depresión con la ansiedad, en la que considera que las dos son el resultado de instintos reprimidos. El autor menciona que la depresión aparece cuando el individuo ha renunciado a la esperanza de satisfacer sus tendencias libidinales, y la búsqueda de satisfacción libidinal está tan profundamente reprimida que el individuo no puede sentirse amado ni capaz de amar. La depresión es debida al odio que el sujeto tiene reprimido, en el cual se siente odiado por sus defectos.

Freud (1915), hay una pérdida ó amenaza de pérdida del objeto, así como la pérdida de la capacidad de amar y viene la culpa; hay una dolorosa sensación de abatimiento por una pérdida, falta de interés en el mundo externo, pérdida de la capacidad de amar, e inhibición de la actividad, y una rebaja en el sentimiento de sí que se exterioriza en autorreproches y autodenigraciones y se extrema hasta una delirante expectativa de castigo.

Klein (1940), dice que en la posición depresiva hay pérdida de objetos amados y surge la culpa. Se caracteriza por la percepción de objetos parciales, y no objetos totales de la realidad; el lactante ve al pecho como independiente de la madre. Los ve como el pecho "bueno" y el pecho "malo" y que estos no pertenecen a la misma persona a lo que Melanie Klein dice que el bebé teme que los objetos malos destruyan a los buenos. La posición depresiva es en donde las facultades cognitivas del bebé han madurado y así reconoce que tanto el pecho bueno y el malo pertenecen a la misma persona; que es su madre y así mismo reconoce la agresión como suya; y que provoca una "crisis" en el bebé a la que Klein llama "ansiedad depresiva" es decir, el temor que siente el bebé de haber sido el mismo el causante de la pérdida de sensación de bienestar.

En la teoría Interpersonal está Bónime (1976) la causa de la depresión es una infancia carente de estímulo de padres. Y finalmente en la teoría cognitiva, Beck (1967) dice que hay una pérdida que provoca distorsiones cognitivas.

Como mencionan Weissman y Klerman (1977) el primer momento importante en la experiencia infantil es el de pérdida, ó peligro de pérdida del amor materno y esto ocurre por igual entre niños y niñas.

Así mismo se realiza una descripción del aspecto biológico de la depresión, es importante mencionar que también existen estas causas que muchas veces se pueden olvidar y solo dar razon de una causa psicológica. Como se vió en el capítulo I hay una falla en la segregación de los neurotransmisores: serotonina y norepomefrina y se debe atender con algún medicamento que regule a estos.

La metodología de la investigación refiere que es un estudio de tipo exploratorio pues trata de lograr una aproximación al fenómeno a investigar, hombres y mujeres en edad adulta de 25 a 30 años con profesión y que estén laborando.

Esta investigación se basa en la aplicación del Inventario de Depresión de Beck a una muestra de 100 sujetos.

En el capítulo 3 se presentan tablas y gráficas que especifican los resultados de la aplicación del Inventario de Depresión de Beck.

En la discusión de resultados se presentan las similitudes en cuanto a nivel de depresión y la relación que existe con la opinión de los diferentes enfoques teóricos.

Se hace mención sobre los alcances y límites que tiene este estudio ; haciendo referencia también a algunas sugerencias para estudios posteriores.

Por último se presentan las conclusiones en las que se reconoce que tanto el hombre como la mujer presentan índices de depresión similares en relación a la pareja.

Existen factores psico-sociales que intervienen en la adquisición y desarrollo de la depresión, tales como desarrollo laboral, roles de género, expectativas sociales de conducta etc. Estos puntos son importantes para dar una mejor comprensión a la depresión en el contexto social.

Culturalmente el rol de género impuesto a la mujer es un factor importante en el desarrollo de la depresión. Esto llama la atención para llevar a cabo este estudio que investiga si:

¿Serán mas depresivas las mujeres solteras en edad adulta joven de 25 a 30 años que los hombres solteros en edad adulta joven de edad de 25 a 30 años?

I. DEPRESION

La depresión, quizá como ningún otro desorden psiquiátrico se remonta en su historia hasta los primeros registros de la humanidad. En diversos personajes de antiguos mitos así como en figuras bíblicas se describen síntomas manifiestos que hoy serían clasificados como una típica enfermedad depresiva. La primera descripción clínica de la depresión fué hecha por Hipócrates, quien dió el término "melancolía" para designar al individuo deprimido. La importancia de estos registros, como lo observó Zilboorg (1944), (mencionado por Arieti y Bemporad 1978) reside en que ellos demuestran que la sintomatología del desorden afectivo ha seguido siendo la misma durante 25 siglos. Sin embargo la descripción sintomatológica, las causas y los tratamientos sugeridos se han ido modificando permanentemente, como reflejo de las tendencias etiológicas de cada época.

Hipócrates que vivió en el siglo IV a. de C. formuló la primera descripción médica de la depresión, a la que llamó melancolía y cuyo origen atribuyó a un exceso de atrabilis en el cerebro. Dijo que la melancolía estaba estrechamente vinculada con la epilepsia, y la categorizó junto con la manía, el delirio y la paranoia, como uno de los cuatro principales tipos de enfermedad psiquiátrica. Areteo de Cappadocia, en el siglo II de nuestra era, quien formuló el cuadro completo de este desorden, sugirió que la depresión era causada por una serie de factores puramente psicológicos y que poco tenía que ver con la atrabilis, la flema o los demás humores. Areteo parece haberse anticipado 17 siglos a Kraepelin al asociar manía y depresión y al considerar a ambas como parte de una entidad nosológica. Observó que la enfermedad recurría a pesar de las remisiones, y la recuperación, después de un episodio no se podría asegurar la cura. También valorizó la importancia de las relaciones interpersonales en el curso de la enfermedad. Este estudio de Areteo no fué continuado por sus sucesores inmediatos.

Según el Diccionario Médico (Saunders, 1989) define la depresión como un síndrome psiquiátrico que consiste en pesimismo y tristeza, retardo psicomotor, pérdida de peso, insomnio esto a veces con sentimientos de culpa y preocupaciones somáticas con frecuencia de proporciones delirante.

Melancolía (Saunders, 1989): Estado emocional de depresión e infelicidad con inhibición anormal de las actividades mentales y corporales.

Manía (Saunders, 1989): Fase de un trastorno mental que se caracteriza por estado emocional ampliado, elación, hiperirritabilidad, verborrea o expresión aglomerada de ideas, y aumento de la actividad motora; de manera específica, tipo maniaco de la psicosis maniaco-depresiva.

Beck (1967) define la depresión como "un patrón complejo de modificaciones emotivas, cognoscitivas y de la conducta, que no se presenta como un trastorno psiquiátrico definido".

Si se intenta identificar los factores etiológicos que culminan en la depresión, es posible obtener información investigando los métodos de crianza y educación infantil. No es posible separar los métodos de crianza infantil del contexto cultural. Las pautas culturales impregnan todas las áreas de la existencia del individuo y hacen sentir su influencia en los padres y en la ideología que estos imparten a sus hijos. De modo que además de los métodos de crianza infantil, debemos considerar también el conjunto de pautas culturales que transmiten los padres y que continúan configurando la personalidad del individuo más allá de su niñez.

Cameron (1982) define la depresión como los desórdenes del humor en los que se expresan la tensión y la ansiedad en forma de abatimiento y subestimación de sí mismo, alteraciones somáticas y quejas repetidas acerca de sentirse inferior, desesperado y despreciable: Es una reacción a la pérdida o la amenaza de pérdida, al fracaso, a la desaprobación o desilusión".

1.1 Clasificaciones

Según el DSM IV la depresión se clasifica en 3 tipos: Depresión Mayor, Distimia y Trastorno Bipolar. La diferencia entre estos grados se basa en una valoración clínica que incluye el número, el tipo y la gravedad de los síntomas.

A continuación se mencionan algunos síntomas que se presentan en la depresión:

Depresión

- Constante tristeza, ansiedad o sensación de vacío
- Pérdida de interés en actividades cotidianas incluyendo actividad sexual
- Cansancio, irritabilidad o llanto excesivo
- Sentimientos de culpa, desesperanza, pesimismo e inutilidad
- Insomnio ó sueño excesivo
- Pérdida ó aumento de peso
- Pensamientos suicidas ó actos suicidas
- Fatiga, poca energía
- Síntomas físicos que no responden al tratamiento como dolores de cabeza, desorden digestivo o dolor crónico

Depresión Mayor

Este tipo de depresión es por un periodo de por lo menos 2 semanas, persistiendo todo un día, y casi todos los días en los que hay pérdida de interés o placer en casi todas las actividades cotidianas. Deben presentar por lo menos 4 de los siguientes síntomas .

- Tristeza profunda o humor depresivo sin causa aparente
- Pérdida de interés y placer, en actividades que usualmente satisfacen

- Trastornos del sueño caracterizado por insomnio (dificultad para conciliar el sueño ó despertar frecuente durante la noche) o dormir en exceso y no desear levantarse de la cama una vez despierto
- Cambio en el patrón de las actividades cotidianas caracterizado por desinterés, intranquilidad y agitación permanente.
- Trastorno del apetito caracterizados por ausencia de deseos de comer, o apetito exagerado, con la consecuente pérdida o aumento de peso.
- Fatiga permanente ó pérdida de energía para realizar actividades cotidianas
- Autoestima y concepto de sí mismo disminuido, autoreproches por faltas no cometidas, tendencia exagerada a la culpabilidad, sentimientos de no servir para nada, o de ser responsable de desgracias no reales o errores no cometidos
- Dificultad para concentrarse, pensamiento y lenguaje lento e indesección frecuente
- Pensamientos repetidos de querer morir o pensamientos suicidas

Distimia

Estado de ánimo crónicamente deprimido, en donde los síntomas son persistentes o en menor gravedad que la depresión mayor. Se caracteriza por un abatimiento prolongado del estado de ánimo en el que el sujeto distímico se describe a sí mismo como "triste" o "desanimado". El estado de ánimo de la persona se presenta la mayor parte del tiempo durando todo el día a lo largo de dos años como mínimo. Los síntomas que se presentan en la distimia son los mismos que en la depresión mayor siendo que no se dejan de presentar en este período de dos años.

Trastorno Bipolar.

El trastorno Bipolar, o depresión maniaca, se caracteriza por estados de ánimo cambiantes entre dos polos opuestos, alternándose períodos maníacos

(excesiva euforia) y depresivos. Según los síntomas, la enfermedad se clasifica como bipolar I, bipolar II y trastorno ciclotímico.

Las personas con trastorno bipolar I experimentan episodios depresivos y maníacos o tan sólo maníacos (aunque no es muy común). En general, los episodios de depresión tienden a durar más tiempo (de 6 a 12 meses si no es tratado) que los de manía (entre 3 y 6 meses si no es tratado).

En el trastorno bipolar II se sufren principalmente episodios de depresión con brotes ocasionales de hipomanía (síntomas maníacos leves), pero no llegan a sufrir episodios maníacos marcados.

En el trastorno ciclotímico se alternan periodos hipomaniacos y depresivos, no es tan severo como los anteriores, pero la patología es más persistente. Dura como mínimo dos años y los periodos asintomáticos no duran más de dos meses; puede ser precursor de trastornos bipolares en algunos pacientes, o mantenerse como una patología crónica leve.

En la mayoría de los casos de trastorno bipolar, las fases depresivas prevalecen ante las maníacas, y los episodios no son regulares y predecibles. Algunas personas con este trastorno suelen experimentar estados de manía y depresión a la vez, lo que se conoce como manía mixta o estado mixto.

El modelo habitual de trastorno bipolar es en el que la intensidad y la duración de los síntomas aumentan en una lenta progresión durante muchos años, no obstante se pueden presentar los síntomas de maneras muy diferentes.

Los síntomas del trastorno bipolar en la fase de depresión son los siguientes:

- Tristeza, Fatiga o pérdida de energía
- Insomnio, exceso de sueño, o sueño superficial con despertares frecuentes
- Ganancia o pérdida de peso

- Disminución de la capacidad de concentrarse o tomar decisiones
- Agitación o comportamiento marcadamente sedentario
- Sentimientos de culpa, pesimismo y baja autoestima
- Pérdida de interés o placer por la vida y pensamientos suicidas

La fase maniaca se caracteriza por una elevación del estado de ánimo que puede expresarse como euforia o irritabilidad. Sus síntomas son:

- Falta de sueño
- Verborrea
- Flujo rápido de pensamientos
- Intensa actividad hacia un fin

Esta fase maniaca se puede presentar en forma de una manía o hipomanía en la que en la manía existen efectos negativos significativos en la vida social, y/o en el trabajo; puede durar entre 3 y 6 meses. La hipomanía presenta los mismos síntomas pero en forma mas leve con duración mas corta, no afectando la vida social o laboral de forma grave. Un episodio maniaco suele aparecer de modo repentino, y con frecuencia sigue a un período de depresión. La irritabilidad es con mayor frecuencia el primer cambio apreciable al inicio.

La Asociación Psiquiátrica Americana (1968) clasificó a la depresión como depresiones endógenas y exógena (también se les llama reactivas).

Depresión Endógena

Son causadas por factores internos (bioquímicos, hormonales o genéticos); que se caracterizan por retardo, depresión severa, falta de reactividad al ambiente, pérdida del interés a la vida, síntomas somáticos, estrés no precipitante, insomnio, falta de autocompasión, antecedentes de episodios previos, pérdida de peso, culpa, ausencia de rasgos de personalidad histérica o inadecuada y suicidio.

Depresión Exógena

Son causadas por factores externos (estrés, traumas psicológicos y conflictos), en las que encontramos depresión menos severa, mayor reacción hacia el medio ambiente, menor pérdida de interés en la vida, menor número de síntomas somáticos, estrés precipitante, menos insomnio, mayor autocompasión, menos pérdida de peso, menor culpa y con rasgos de personalidad histérica (Mendels, 1976)

Cameron (1982) clasifica a la depresión como depresión Neurótica y Psicótica.

Depresión Neurótica

Desorden del humor en los que la ansiedad y tensión se manifiestan en forma de abatimiento y subestimación de sí mismo, alteraciones somáticas y constante queja de inferioridad y desesperación.

El neurótico depresivo expresa su culpa disfrazándola en sentimientos de inferioridad y desprecio. Son adaptativas ya que mantienen a la persona en contacto efectivo con el ambiente impidiendo una regresión profunda ya que en la depresión neurótica la regresión es parcial, es decir que la persona puede mantener relaciones de objeto.

Las privaciones y frustraciones que exceden los límites de la tolerancia individual son las que precipitan las reacciones neuróticas depresivas, estas personas son vulnerables a cualquier cosa que destruya o amenace la satisfacción de sus necesidades de dependencia profunda. De los factores precipitantes más comunes que hay son: la pérdida de amor o apoyo emocional, fracasos personales o económicos o la amenaza de nuevas responsabilidades; a la cual la persona reacciona con una regresión parcial que reactiva conflictos infantiles.

En las depresiones neuróticas la regresión reaviva una lucha infantil entre un ego anormalmente dependiente y un superego anormalmente crítico, en donde este está compuesto de objetos hostiles introyectados y de identificaciones infantiles con imágenes paternas agresivas. La persona conserva reprimido lo que puede de su superego crítico proyectando sobre los demás el resto, necesitando un apoyo narcicista para reforzar su ego infantil y utilizarlo en sus combates internos contra el superego.

La frustración y el abandono aparente pueden incrementar la hostilidad del superego. Puede ser que la frustración adicional incremente la agresión del ego permitiéndole así a la persona contratacar y salir de la depresión.

Depresión Psicótica

Desórden del humor, en los que el desánimo, el desprecio de sí mismo y la autocondena alcanzan proporciones delirantes dominando el pensamiento de la persona. Las personas psicótico depresivas pierden el contacto con su medio ambiente. La regresión es tan profunda que hay pocos elementos adaptativos y el paciente puede hacer poco uso de su ambiente, no proyecta ni su odio ni miedos internos, cree que los merece, en donde el superego muestra una actitud de odio, crueldad y goce y la respuesta del ego hacia el superego es sumisa. Los factores precipitantes en la depresión psicótica son:

- pérdida o amenaza de pérdida de una fuente importante de gratificación.
- Pérdida de la seguridad básica
- Brote de impulsos eróticos u hostiles
- Incremento de la culpa
- Reducción de la eficacia del ego.

En la depresión psicótica se reactivan conflictos pertenecientes a fases de dependencia oral donde la frustración de los deseos dependientes provoca salvajismo. La persona cuya regresión lo lleva a niveles psicóticos, si cae en una represión, pierde las relaciones de objeto relativamente buenas.

Una vez habiendo mencionado la clasificación de la depresión según algunos autores, podemos ver los diferentes puntos de vista por los cuales surge la depresión, y en la que no podemos dejar a un lado las distintas causas tanto psicológicas como fisiológicas, y que en muchas ocasiones se interrelacionan unas con otras. A continuación se tratará como biológicamente se explica la depresión.

1.2 Bases Biológicas de la Depresión

Los científicos creen que el trastorno depresivo es causado por un desbalance de neurotransmisores químicos naturales que permiten a las células del cerebro comunicarse entre sí. Los dos neurotransmisores relacionados más intrínsecamente en la depresión son la serotonina y la norepinefrina. Existe evidencia que mantiene que la serotonina no solo está involucrada en procesos fisiológicos, sino que un mal funcionamiento de los mecanismos serotoninérgicos pueden ser de importancia en la etiología de enfermedades mentales como la depresión. (Mendels, 1976).

La noción de que la serotonina y sus múltiples receptores están ligados no solamente a las bases biológicas de la depresión sino a los mecanismos de acción de fármacos antidepresivos está sustentada en una multitud de observaciones que se han realizado los últimos 20 años. La hipótesis general de la desregulación del receptor de la serotonina en la depresión sugiere una disminución en la regulación de los receptores 5-HT 1^a mientras que los receptores 5-HT 2 están a la alta mostrando una habilidad inadecuada para producir una respuesta fisiológica adecuada por la ocupación de la 5-HT en el receptor. Los estudios preclínicos muestran que numerosos antidepresivos regulan a la baja tanto de los receptores 5 HT 1^a como de los receptores 5HT 2. (Stahl, 1994)

También las hormonas pueden estar alteradas en las personas deprimidas y en las que la hormona llamada cortisol aumenta su secreción que es producida por la glándula adrenal en respuesta al estrés o al temor lo cual hace que los investigadores estudien más a fondo las hormonas para explicar porque la depresión es mucho más frecuente en las mujeres que en los hombres.

Una vez habiendo definido las clasificaciones, investigaciones y conclusiones de las bases biológicas, a continuación se tratará sobre las diferentes teorías sobre la depresión; esto es, las diferentes concepciones que tienen algunos autores sobre el origen y manifestación de ésta en cada individuo.

1.3 Teorías de la Depresión

Arieti y Bemporad (1974) dicen que a través de los años, las teorías de la depresión han ido reflejando las posiciones psicológicas prevalecientes en cada momento. Se puede observar que las teorías recientes se apoyan menos en la metapsicología para acercarse cada vez más a la experiencia clínica. Las teorías contemporáneas de la depresión impresionan como menos especulativas, aunque quizá también menos imaginativas. Del mismo modo los factores culturales e interpersonales han adquirido preeminencia a medida que el psicoanálisis se apartó de un modelo instintivo, para adoptar una teoría más abarcativa que ya no busca reducir todas las modalidades de conducta a transformaciones energéticas inconscientes. Lo político, lo social y los cambios de la teoría científica básica influyeron en la evolución del pensamiento psicoanalítico, que a su vez repercutió en la conceptualización de la depresión.

Es muy posible que la depresión se deba a diferentes causas en diferentes individuos. Bien puede ser que este desorden sea el tramo final común de procesos diversos que alteran el equilibrio psicológico de distintos pacientes. No todos los depresivos son iguales, pero como en todas las

disciplinas científicas la meta del investigador es buscar más allá de las diferencias clínicas, para encontrar principios básicos generales en un nivel superior de deducción lógica, del cual sea posible derivar el cuadro sintomático. Por lo tanto aún partiendo de filosofías muy discrepantes acerca de la naturaleza de la psicopatología, la mayor parte de los autores coincidieron en señalar rasgos esenciales específicos en los individuos depresivos.

1.3.1 Teoría Psicoanalítica

Arieti y Bemporad (1974) mencionan que la teoría psicodinámica resalta los aspectos inconscientes de la personalidad y sobre todo la influencia en el adulto de lo vivido durante la infancia, y en términos generales es la etapa en la cual se determina si el sujeto padecerá esta enfermedad o no.

A continuación se mencionan algunos de los principales autores psicoanalíticos que definen las teorías de depresión.

El primer autor de la teoría psicoanalítica en hablar de depresión fué Karl Abraham.

En 1911 Abraham publicó lo que puede considerarse como la primera investigación psicoanalítica sobre la depresión, comparó la depresión con la ansiedad, en la que considera que las dos son el resultado de instintos reprimidos. La ansiedad surge cuando la represión impide el logro de la gratificación deseada, que aún es posible, la depresión aparece cuando el individuo ha renunciado a la esperanza de satisfacer sus tendencias libidinales, y la búsqueda de satisfacción libidinal está tan profundamente reprimida que el individuo no puede sentirse amado ni capaz de amar, siendo incapaz de llegar a la intimidad emocional.

Según Abraham (1911) la depresión es debida al odio que el sujeto tiene reprimido, en el cual se siente odiado por sus defectos. En un estudio realizado a pacientes deprimidos encontró que son personas masoquistas, con sentimientos de culpa; debido a que no tienen una relación libidinal duradera, se vuelven autoeróticos, con conducta inhibida y tienen negación inconsciente hacia la vida.

Sigmund Freud en el ensayo "El duelo y la melancolía" que fué escrito en 1915 por Freud, se postula por primera vez mecanismos patológicos en los que no interviene un desarreglo de la sexualidad. Habla de "relaciones objetales" más que de represión, bosqueja una instancia que habrá de convertirse en el superyó y atribuye al yo una mayor participación en la patología. Freud comienza por manifestar la inquietud que le causa escribir acerca de la melancolía. Compara la melancolía con el fenómeno del duelo señalando numerosas semejanzas así como diferencias. En ambas hay una dolorosa sensación de abatimiento por una pérdida, falta de interés en el mundo externo, pérdida de la capacidad de amar, e inhibición de la actividad.

La melancolía se singulariza en lo anímico por una desazón profundamente dolida, una cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de toda productividad y una rebaja en el sentimiento de sí que se exterioriza en autorreproches y autodenigraciones y se extrema hasta una delirante expectativa de castigo.

Freud en 1917 identifica tres factores condicionantes para la melancolía:

1. La pérdida del objeto
2. Un alto grado de ambivalencia
3. Una regresión libidinal en el yo

Postula que en la infancia, el futuro melancólico, estableció una intensa relación objetal que resultó deteriorada por el desengaño causado por la persona amada, y que la libido liberada por la ruptura se retrajo hacia el yo, por lo que las pérdidas ulteriores reactivan la pérdida original haciendo que los

impulsos agresivos del paciente se descarguen contra el objeto que infligió la decepción original, que ha quedado fusionada con parte de su propio yo.

Freud señaló que la diferencia crucial entre duelo y depresión radica en la localización de la pérdida. En el duelo, es el ambiente el que se empobrece; mientras que en la depresión, es la propia persona la que queda vacía y desguarecida. Sin el indispensable sostén ambiental, el individuo no puede conservar una autoimagen satisfactoria y se produce una penosa transformación en su concepto de sí mismo, que conduce a la depresión.

Jacobson (1946) (mencionado por Arieti y Bemporad 1978) postula que las imágenes internalizadas del propio sujeto y de otros individuos, pueden ser caracterizadas con energía libidinal, agresiva o neutralizada, en donde así se determinan los sentimientos del sujeto hacia sí mismo y hacia los demás según el tipo de energía recibida. La desvalorización de objetos durante la infancia trae aparejada la desvalorización de sí mismo.

Según Jacobson la depresión se produce debido a una caracterización agresiva de sí mismo, con escasa diferenciación superyoica así como la ausencia de una adecuada separación entre las representaciones objetales y el ideal parental de la infancia. El conflicto básico en los desórdenes afectivos es que la frustración provoca una reacción de rabia, que da lugar a tentativas hostiles de lograr la gratificación deseada, y si el yo no concreta con este propósito la agresión vuelve hacia la imagen de sí mismo, incrementando la discrepancia con la autoimagen ideal, llevando a una baja de autoestima.

Melanie Klein

Las contribuciones de Melanie Klein según Arieti y Bemporad (1978) son que la depresión es desde dos etapas en el bebé en el primer año de vida a las que denomina como "posiciones". La primera es Posición esquizo-paranoide y la segunda es "Posición Depresiva".

La posición esquizo-paranoide se lleva a cabo en los tres primeros meses de vida y se caracteriza por la percepción de objetos parciales, y no objetos totales de la realidad; esto es que el lactante ve al pecho como independiente de la madre. Los ve como el pecho "bueno" y el pecho "malo" (objetos parciales) y que estos no pertenecen a la misma persona (objeto total). El bebé percibe a estos objetos en el mundo externo; los internaliza volviéndose en "objetos internalizados" a lo que Melanie Klein dice que el bebé teme que los objetos malos destruyan a los buenos; por lo que proyecta los objetos malos en el mundo externo a manera de "salvaguardar" su sensación de bondad (objeto bueno) y es así como percibe un peligro que proviene del exterior a lo que denomina "ansiedad persecutoria" a pesar de que fué el mismo quien proyectó los objetos malos internos en el mundo externo; de ahí es que se le denomina Posición Esquizo-Paranoide.

La posición depresiva surge durante el cuarto o quinto mes de vida, en donde las facultades cognitivas del bebé han madurado y así reconoce que tanto el pecho bueno y el malo pertenecen a la misma persona; que es su madre y por el cual surge el conflicto de que las figuras externas son fuentes tanto de placer como de displacer al mismo tiempo; y no pudiendo ya, proyectar mas su hostilidad en el mundo externo, reconociendo la agresión como suya y que esta pueda destruir a los objetos buenos y malos internos y externos, provoca una "crisis" en el bebé a la que Klein llama "ansiedad depresiva" es decir, el temor que siente el bebé de haber sido el mismo el causante de la pérdida de sensación de bienestar.

Por lo tanto Klein coincide con Sandler y Bibring en que se trata de un estado básico, contra el cual el individuo puede erigir defensas normales o patológicas.

El enfoque que da Klein a la depresión es que es una etapa normal del desarrollo y una forma específica de ansiedad, el "concepto depresivo" se conceptualiza como subyacente a la mayor parte de los desórdenes neuróticos.

Klein en (1940) (mencionado por Arieti y Bemporad 1978) intentó correlacionar su enfoque con los síntomas clínicos de la depresión, proponiendo que en la "lucha interior" de los objetos internos, la depresión se experimenta cuando el yo se identifica con los objetos buenos, sometidos a los objetos malos y del ello. También vinculó los padecimientos del adulto depresivo con la culpa y remordimiento que en su infancia experimentó debido al conflicto entre el amor y el odio incontrolables hacia sus objetos buenos. Según Klein el factor que mas predispone a la melancolía, es la incapacidad del yo del niño de constituir objetos buenos de amor, por lo que este fracaso determina una permanente vivencia de "maldad" que no es proyectada en el afuera sino incorporada a la imagen de sí mismo. (Jules Bemporad, 1978).

En resumen, Klein contribuyó al estudio de la depresión al poner el acento en el temor a la acción debido a la eventual pérdida de objetos amados, la no incorporación de objetos buenos en los primeros meses de vida y el importante papel de la culpa y la hostilidad.

Según Arieti y Bemporad (1978) Bibring en 1953 define la depresión como la expresión emocional de un estado de indefensión e impotencia del yo. Reune las depresiones normales, neuróticas y psicóticas mencionando que son causadas por un mismo mecanismo básico, poniendo énfasis en los factores ambientales y caracterológicos como predisponentes a las reacciones depresivas.

Sandler y Joffe en (1965) (mencionados por Arieti y Bemporad 1978) también consideran que la depresión es un afecto básico, que es experimentado cuando el individuo cree haber perdido algo que era esencial para su bienestar sintiéndose incapaz de anular esa pérdida.

1.3.2 Teoría Interpersonal y Cultural

La corriente culturalista propone una interpretación de la depresión en el cual el acento está puesto en la reacción a las exigencias sociales, el efecto que la sintomatología produce en los demás y la utilización de la depresión para satisfacer objetivos anormales.

El primer intento de definir la depresión desde este punto de vista fue Alfred Adler (1914) quien afirma que los individuos depresivos tratan de respaldarse siempre en los otros y no desdeñan el recurso de exagerar sus propias debilidades para forzar el apoyo, la adaptación y el sometimiento de los demás. Otro aspecto de los que sufren de melancolía es de una "compensación de su incapacidad", es decir, que al perseguir metas inalcanzables, exageran los azares de la vida y después culpan a los demás por no conseguir esa meta.

Por otro lado Kurt Adler (1961) propone que el depresivo se esfuerza constantemente por afirmar su enfermedad, para hacer prevalecer su voluntad sobre los demás para obligarlos a sacrificarse, para frustrar todas sus tentativas de ayudarlo, para culparlos de su situación y para librarse de toda obligación y cooperación social.

Según Bonime (1976) (mencionado por Arieti y Bemporad 1978) la etiología de la depresión en el adulto viene de una infancia carente del estímulo y el respeto que debieron proveer los padres. Las necesidades emocionales del niño fueron ignoradas o sofocadas, de modo que este creció sintiéndose defraudado. Un factor dinámico que aparece en la personalidad del depresivo es la búsqueda de una infancia irrealizada.

Las orientaciones interpersonal y cultural han servido para corregir la excesiva preocupación por la dinámica interna que caracterizaba a los primeros escritos psicoanalíticos sobre la depresión; pero en el esfuerzo por

destacar los aspectos externos del desorden, adolocen a menudo de la misma estrechez que objetan en quienes enfatizaron los objetos internos.

1.3.3 Teoría Cognitiva

Las terapias de reestructuración cognitiva se desarrollaron por teóricos con entrenamiento psicodinámico, y tendían a destacar el papel del significado. Se caracterizan por defender que lo que una persona piensa no es tan importante como lo que cree. Su tarea consiste en desarrollar estrategias para examinar la racionalidad o validez de las creencias disponibles (Hollon y Beck, 1994).

El trabajo estándar en terapia cognitiva descrito por Rush, Beck, Kovacs y Hollon (1977) sintetizado por Clarks (1995) (mencionado por Aieti y Bemporad 1978) conceptualizan la terapia cognitiva como una "psicoterapia estructurada, con límite de tiempo, orientada hacia el problema y dirigida a modificar las actividades defectuosas del procesamiento de la información evidentes en trastornos psicológicos como la depresión. Ya que la teoría cognitiva considera a un grupo hiperactivo de conceptos desadaptativos como la característica central de los trastornos psicológicos entonces, corregir y abandonar estos conceptos mejora la sintomatología. El terapeuta y el paciente colaboran en identificar las cogniciones distorsionadas, que se derivan de los supuestos o las creencias desadaptativas. Estas cogniciones y creencias están sujetas al análisis lógico y la comprobación empírica de hipótesis, lo que conduce a los individuos a realinear su pensamiento con la realidad. Estas terapias utilizan como marco conceptual explicativo la metáfora del procesamiento de la información (Meichenbaum, 1995) y sus dos modelos más representativos, son el de Beck y el de Ellis.

Por su parte las terapias cognitivo-comportamentales, desarrolladas por teóricos con entrenamiento conductual, conceptualizan el pensamiento de forma más concreta, es decir, como un conjunto de autoenunciados encubiertos, que pueden verse influido por las mismas leyes del

condicionamiento que influyen en otras conductas manifiestas. Su tarea consiste en desarrollar estrategias para enseñar habilidades cognitivas específicas (Beck y Hollon 1994).

Existe una cercanía entre los modelos de terapia de Meichenbaum y Beck pues tienen características similares:

1. Relación de colaboración entre un paciente y terapeuta.
2. El supuesto de que los trastornos emocionales y la conducta son en parte una función de los trastornos en los procesos cognitivos.
3. El foco está en cambiar cogniciones para producir los cambios deseados en el afecto y la conducta.
4. Son formas de tratamiento, generalmente de tiempos limitados y educativos que se centran en problemas-meta específicos.

Según Beck la teoría cognitiva propone que la manera que tiene el sujeto de ver la vida y verse a sí mismo, es lo que determina su padecimiento. Es lo que llama distorsiones cognitivas. Si su visión o sus pensamientos son negativos, le sobrevendrá la depresión.

La originalidad del punto de vista de Beck reside en que considera que estas distorsiones cognitivas son la causa primaria del desorden y no elaboración secundaria. Según éste todas las formas de psicopatología presentan algún grado de desorden de pensamiento. Nadie puede conocer la realidad de manera totalmente objetiva y que la apreciación que cada quien hace de su mundo esta coloreada por sus experiencias pasadas. Se producen distorsiones características que parecen apartarse de lo que la mayoría de los individuos consideraría una manera realista de pensar o interpretar la realidad.

Beck (1963) divide la conceptualización de los pacientes depresivos en la "triada cognitiva":

- Expectativas negativas respecto al ambiente
- Autoapreciación negativa
- Expectativas negativas respecto al futuro

Beck sostiene que le fue posible detectar estos componentes esenciales de la depresión en los sueños de sus pacientes, sus asociaciones y sus reacciones a estímulos externos. Para apoyar sus conclusiones, presenta además una larga serie de datos experimentales, obtenidos por lo general mediante escalas evaluativas para la depresión. (1967)

La mayoría de quienes han investigado la depresión coincidirían en que con frecuencia los pacientes depresivos son pesimistas respecto de los demás, de sí mismos y de su futuro. La dificultad surge cuando se considera que la cognición es el factor primario que da lugar a la depresión. Beck afirma que los sentimientos depresivos surgen espontáneamente de la posición cognitiva descrita, pero no explica como.

En un trabajo más reciente (1976) vincula la depresión con una pérdida significativa, que a su vez da lugar a las características distorsiones cognitivas. Según Beck: "las experiencias que el paciente tiene a lo largo de la vida activan así patrones cognitivos que giran alrededor del tema de la pérdida". Más adelante agrega que "la tristeza del paciente es una consecuencia inevitable de su sensación de privación, pesimismo y autocrítica". Después de experimentar una pérdida, el individuo depresivo comienza a valorar sus vivencias de manera negativa. (Beck 1976).

Beck documentó su particular teoría con una enorme cantidad de datos clínicos experimentales.

Albert Ellis se dio cuenta de que a menudo comprendía las causas de los problemas de sus clientes, y que esas dificultades generalmente incluían patrones distorsionados de pensamientos específicos, desarrolló la Terapia Racional para capacitar a los clientes a reconocer esas distorsiones en el pensamiento. Una de las contribuciones más importantes de Ellis, fué su distinción entre creencias racionales e irracionales. (Ellis y Dryden 1986). Las creencias racionales son preferenciales y son útiles para ayudar a los individuos a obtener lo que quieren. Las creencias irracionales son de naturaleza dogmática y absolutista y pueden impedir o evitar que los individuos

consigan lo que quieren. Hay un aspecto de que las creencias racionales suponen menos afectos negativos que las irracionales. Otra de las contribuciones de Ellis fue el desarrollo del método A-B-C para el análisis cognitivo y conductual. Siguiendo al filósofo Epiceto, que decía que los hombres no se perturban por las cosas, sino por la visión que tiene de ellas. Ellis argumentó que la creencia B sobre un acontecimiento activador A conduce a la consecuencia C en vez de emitir una conexión directa A-C, por lo tanto se podría cambiar C cambiando B incluso si A no cambiara. La teoría de Ellis es en gran parte de naturaleza cognitiva, puesto que insiste en una nueva visión de las cosas. El cambio de la conducta está al servicio del cambio cognitivo y el objetivo final es producir un profundo cambio filosófico más que un simple alivio del síntoma.

La terapia racional emotiva (TRE) es al mismo tiempo optimista y pesimista sobre la condición humana; es optimista porque asume que uno puede cambiar sus pensamientos, incluso bajo circunstancias adversas, y por tanto mejorar su salud mental; es pesimista pues Ellis cree que las personas tienen una tendencia biológica a pensar irracionalmente que solo pueden superar parcialmente. En este sentido, es similar al determinismo biológico de Freud. Al menos, tal vez como la aplican Ellis y sus colaboradores. En la TRE el terapeuta ayuda a la persona a disputar su pensamiento irracional, Ellis cree que en esta terapia no es necesario preguntar por acontecimientos, pensamientos o sentimientos pasados; lo que se debe de hacer es identificar y discutir las creencias irracionales actuales. Esta teoría es de naturaleza causal-lineal, ya que el modelo A-B-C se presenta como unidireccional.

Desde el principio la terapia racional emotiva fué una terapia de tiempo limitado, que requería normalmente 16 sesiones para el tratamiento de la depresión; mientras que fue desarrollando gradualmente una serie completa de técnicas (Freeman, Pretzer, Fleming y Simon, 1990), en la terapia cognitiva es central el proceso de identificar y cambiar los pensamientos automáticos.

Los aspectos evolutivos de la terapia cognitiva cobraron una gran relevancia en el trabajo de Vitorio Guidano (1987), que introdujo dos conceptos

adicionales que pronto se convirtieron en importantes: las teorías motoras de la mente y el conocimiento tácito. Las teorías motoras asumen que la mente no es un simple órgano de procesamiento de información, sino un constructor activo de la realidad mediante sus interacciones con los estímulos que llegan y su interpretación y clasificación de los estímulos, basándose en una organización previa de constructos cognitivos. El conocimiento tácito consiste en reglas no verbales, profundas y abstractas que organizan la perfección individual del sí mismo y del mundo. Guidano postula la existencia de una organización cognitiva personal, la organización específica del proceso de conocimiento personal, y aplica este constructo al análisis de la organización cognitiva de distintos problemas psicológicos.

A comienzos de los años 60, Albert Bandura desarrolló su teoría del aprendizaje social, basada en el principio de la influencia recíproca o contracondicionamiento (Bandura 1969, Walters 1963), pudo demostrar mediante la investigación empírica que las contingencias ambientales no sólo influyen en la conducta humana, sino que los seres humanos también pueden a su vez influirse a sí mismos y a los demás. La investigación de Bandura mostró que los refuerzos percibidos eran más reforzadores que los refuerzos reales que no eran percibidos como tales. Pudo demostrar que los individuos no tenían que ser reforzados directamente para realizar una conducta con el objetivo de aumentar su probabilidad de ocurrencia; para el individuo era suficiente observar a otra persona, siendo reforzada para realizar una conducta.

En conclusión y de acuerdo con las teorías antes mencionadas podemos decir que la depresión es un padecimiento complejo, y de consecuencias importantes en el comportamiento y el afecto. Así mismo estas teorías proponen diversos orígenes de este padecimiento y por ende su evolución presenta ramificaciones diversas que este trabajo intenta explicar. A continuación profundizaremos en la depresión en hombres y mujeres.

1.3.4 Hallazgos Recientes

Actualmente no hay duda de que la depresión, sobre todo en sus formas más severas, se presenta mucho más a menudo en las mujeres que en los hombres (Winokur y colaboradores 1971). Tanto las mujeres como los hombres sufren de depresión. Las investigaciones continúan explorando como este problema psicológico afecta a las mujeres, para que así tengan conocimiento de lo que se sabe de la depresión y busquen ayuda y darle un buen tratamiento.

En el estudio de los desórdenes de la personalidad hay que tomar en cuenta los factores sociológicos y culturales. Las ideas y hábitos de pensamiento se adquieren de la propia familia durante la infancia, ya que esta es la portadora de la cultura a la que pertenece, más tarde el individuo continúa adquiriendo ideas y sistemas de ideas de diferentes personas en su entorno sociocultural, así como, de las diversas instituciones y medios que la cultura le ofrece.

La depresión clínica afecta el bienestar, lo que da como resultado fatiga crónica, insomnio y cambios en el apetito. Afecta el humor en los que hay sentimientos de tristeza, vacío y desesperanza, así como la forma de pensar interfiriendo esta en la concentración y tomas de decisión; también afecta la conducta incrementando la irritabilidad y pérdida de control de temperamento, y así afectando la vida social al reducir el deseo de comprometerse en actividades placenteras. Tanto las mujeres como los hombres sufren de depresión.

En los estudios de Winokur (1971) han demostrado que la depresión en mujeres empieza en la adolescencia, cuando los roles y las expectativas cambian dramáticamente. Los estresores de la adolescencia incluyen la formación de la identidad, confrontación hacia el a la sexualidad y toma de decisiones por primera vez aunados a los cambios físicos, intelectuales y hormonales. Algunos investigadores han sugerido que hombres y mujeres difieren en las expresiones de los problemas emocionales. En la adolescencia los niños desarrollan problemas de conducta o abuso de sustancias mientras que las niñas se deprimen.

El estrés puede contribuir a la depresión en muchas personas. La alta incidencia de depresión en las mujeres puede no deberse a la alta vulnerabilidad pero si al estrés que enfrentan; estos estresores pueden ser mayores responsabilidades en la casa y el trabajo. Las expectativas sociales juegan un papel importante pues las mujeres tienen responsabilidades tanto en el hogar como con los hijos. Por esto hay un debate entre que si las mujeres deben escoger entre las responsabilidades familiares o las laborales y cual de estas dos es la correcta.

No se puede dejar de lado el aspecto biológico los que incluyen el ciclo menstrual, el periodo postembarazo, infertilidad o menopausia. Estos estresores traen fluctuaciones en el humor que para algunas mujeres trae depresión. Las hormonas tienen efecto en la química cerebral por lo que resultan cambios en el humor y las emociones. Muchas mujeres experimentan ciertos cambios conductuales y físicos asociados con las fases del ciclo menstrual.

En 1990 Weissman y Gerald L. Klerman de la Universidad de Cornell convinieron en estudiar en un grupo, desordenes del humor y lo que encontraron fue que la depresión parece ocurrir a una edad mas temprana.

Mark S. George en otro estudio en el National Institute of Mental Health (NIMH) encontró que en ciertas regiones del cerebro hay mayor flujo de sangre durante los periodos de tristeza, por esto tomo una muestra de 10 hombres y

10 mujeres y les pidió que se sintieran tristes mientras les tomaban una emisión tomográfica. Tanto hombres como mujeres se sintieron de igual manera sin embargo la actividad cerebral de ambos grupos fué diferente. Las mujeres mostraron un flujo mucho mayor en el sistema límbico lo cual crea una hiperactividad en este sistema agotando esta región causando hipoactividad que es vista en la depresión clínica. Si esto fuera cierto esto podría explicar la diferencia de género.

En un estudio reciente en 2003 los autores Kenneth S. Kendler; Laura M. Thornton; Carol A. Prescott. Comentan que las mujeres corren mayor riesgo de padecer depresión que los varones. Los autores pretendían determinar si la diferencia de sexo en la prevalencia de depresión mayor se debe a una mayor exposición a los acontecimientos vitales estresantes y/o a una mayor sensibilidad a sus efectos depresógenos. Las mujeres refirieron, de forma sistemática, índices superiores de problemas relacionados con la vivienda, pérdida del confidente, crisis y problemas en el trato con las personas de su círculo relacional más próximo y enfermedad de individuos de su red social más extensa. En las muestras del mismo sexo y del sexo contrario, los varones comunicaron índices superiores de pérdidas del puesto de trabajo, problemas legales, robos y problemas laborales. Se observaron diferencias de sexo sistemáticas en el efecto depresógeno de acontecimientos vitales estresantes para tres categorías de acontecimientos: los varones eran más sensibles a los afectos depresógenos del divorcio e de la separación y de los problemas laborales. Las mujeres eran más sensibles a los efectos depresógenos de los problemas relacionales con las personas de su entorno más próximo. Ninguna diferencia de sexo en la prevalencia de depresión mayor podía explicarse por la presencia de diferentes índices de acontecimientos vitales estresantes o diferente grado de sensibilidad a ellos.

Las mujeres refirieron más acontecimientos vitales estresantes de tipo interpersonal, y los varones, más acontecimientos vitales estresantes de índole legal y laboral. La mayoría de las categorías de acontecimientos vitales condicionaron el riesgo de padecer depresión mayor de forma parecida en ambos sexos. Los resultados indican que la mayor prevalencia de depresión en

las mujeres que en los varones no se debe ni a las diferencias de los índices de acontecimientos vitales estresantes referidos ni a una sensibilidad diferencial con respecto a su efecto patogénico.

1.4 Depresión en la Mujer

Autores como Weissman y Klerman (1977) afirman que existe una desventajosa condición social en la mujer que ha tenido como consecuencia alteraciones psicológicas que conducen a la depresión así como que son más propensas a percibir y reconocer los problemas depresivos que los hombres.

El primer momento importante en la experiencia infantil es el de pérdida, que por lo general se interpreta como pérdida o peligro de pérdida del amor materno y parece ocurrir por igual entre niños y niñas.

Algunas familias tienen el prejuicio a favor del sexo masculino y que cuando, posteriormente al nacimiento de la niña nace un niño, se llega a desatender a la hija. El recién nacido se transforma en el centro de interés y la niña vive el trauma de la pérdida de amor. (Arieti, 1987).

Más tarde en el proceso de separación, al menos en nuestra cultura, es diferente en los niños que en las niñas, ya que a los niños, la madre tiende a empujarlos hacia el mundo estableciendo desde una edad temprana roles que implican que el bebé es percibido como un otro; y en el caso de las niñas la madre desfavorece esta situación ya que este proceso en las niñas la salida a la separación tiende a ser más prolongado. Observando este fenómeno desde otro punto de vista, la relación de la madre con la niña es tan fusionante como con el niño y esta relación es necesaria para crear la confianza básica para el desarrollo de la independencia y autoestima.

Por otro lado son muchas mujeres a quienes desde temprana infancia se les alienta a la maternidad o a las tareas domésticas metas que parecían deseables porque se les asocia con la realización de sueños. El estado de

dependencia que la mujer adquiere, la incapacitan para ayudarse a si misma, lo cual la hace más vulnerable a determinados hechos que actúan como desencadenantes de la depresión. (Arieti, 1978)

También encontramos que a la mujer para darle valor a su vida busca nuevas ocupaciones en las que se desarrolla profesionalmente a través de múltiples ideales, distintos en cada etapa social. (Arieti, 1978)

Si bien por un lado las dobles pautas de evaluación y desigualdad de oportunidades no han sido eliminadas en la medida deseable, por otro, en el plano del comportamiento se han producido algunos cambios, muchas personas conservan los patrones cognitivos y antiguos sobre el rol de la mujer.

También el carácter patriarcal de nuestra sociedad alienta el sometimiento al otro dominante masculino, y que se ligue a este. Jean Baker Miller (1976) (mencionado por Arieti 1978) y otros autores observaron que es norma aceptada esperar que la mujer esté al servicio de las necesidades de los demás y asocie su destino al de un hombre, hicieron notar cuantas más dificultades que éste encuentra para ser tal como auténticamente es.

La cultura en general conspira con los conflictos íntimos femeninos para hacer que la mujer esté más predispuesta que el hombre a resignar su autodeterminación y sus facultades personales, y adoptar una postura masoquista. La participación de la cultura consiste en dificultar que la mujer tome consciencia de la anomalía de su situación. (Arieti 1974).

La mujer reprime a menudo el dolor, y la frustración que acompañan su modo de vida subordinado. En el mejor de los casos la represión moviliza defensas neuróticas; en el peor se pueden desencadenar serios desórdenes mentales, en especial la depresión. Aunque es verdad que el comienzo de este patrón de dependencia femenina se remonta a los primeros 2 ó 3 años de vida, también es cierto que en muchos casos no podría persistir ni llegar a arraigarse si la sociedad no lo alentara.

Es de suponer que entre las mujeres es muy común la depresión que se desencadena cuando el individuo toma consciencia de su fracaso en la consecución de una meta dominante. En el pasado y actualmente las mujeres han tenido menos oportunidades que los hombres de ocupar los puestos de alta jerarquía. No hay duda de que muchas mujeres sufren a causa de esta discriminación, sin embargo esta no conduce a depresiones tan profundas con tanta frecuencia.

Además que la meta dominante de muchas mujeres no está vinculada con la profesión sino con el amor; es en el área amorosa donde muchas mujeres se sienten decepcionadas. Muchas veces desde la temprana infancia se les niega a las mujeres un estímulo para emprender una carrera, sino que se les alienta de manera encubierta o manifiesta, hacia la maternidad y las tareas domésticas, metas que parecen deseables porque se les asociaba con la realización de los sueños de amor romántico.

Sin duda, el amor es algo muy importante para hombres y mujeres y que ambicionan, pero cuando el amor romántico se convierte en el único interés de la vida y toma el lugar de todos los demás objetivos, la existencia queda indebidamente restringida a patrones rígidos, que será difícil de reemplazar en el futuro.

Weissman y Klerman (1977) propusieron dos hipótesis principales. La primera a la que denominaron "hipótesis de la condición social", en la que se refieren a las discriminaciones sociales contra las mujeres. Las discriminaciones y desigualdades sociales determinarían una situación de indefensión legal y económica, dependencia de los otros y deterioro de las aspiraciones y autoestima, que con el tiempo culminarían en una depresión clínica. De acuerdo con la segunda hipótesis, a la que llamaron "de la indefensión adquirida", "las imágenes estereotípicas socialmente condicionadas generan en la mujer un conjunto de ideas que se oponen a su autoafirmación, valores de la femineidad aparecen entonces como una variante de la indefensión adquirida, característica de la depresión.

Existen muchos factores únicos en mujeres que juegan un papel importante al desarrollar depresión. Las investigaciones están enfocadas a comprender estos factores, incluyendo reproductivos, hormonales genéticos y otros factores biológicos; abuso y opresión, factores interpersonales y ciertas características psicológicas y de personalidad. Pero las causas específicas de la depresión en mujeres permanecen poco claras ya que mujeres expuestas a estos factores estresantes no desarrollan depresión.

El estrés puede contribuir a la depresión en muchas personas. La alta incidencia de depresión en mujeres puede no deberse a la alta vulnerabilidad, pero sí al estrés particular que las mujeres enfrentan.

Otro aspecto de importancia en la depresión en la mujer, son los eventos reproductivos los cuales incluyen el ciclo menstrual, embarazo, el período postembarazo, infertilidad, menopausia y algunas veces la decisión de no tener hijos.

Estos eventos traen fluctuaciones en el humor que para algunas mujeres incluye depresión además que las hormonas tienen efecto en la química cerebral, por lo que resultan cambios en el humor y emociones. El mecanismo biológico específico del factor hormonal en la depresión no es conocido. (Arieti, 1987).

Muchas mujeres experimentan ciertos cambios conductuales y físicos asociados con las fases del ciclo menstrual. En algunas mujeres estos cambios son severos, ocurren regularmente e incluyen sentimientos de depresión, irritabilidad y otros cambios.

Podemos hablar a grandes rasgos que si la depresión femenina la observamos por el hecho de cumplir su rol social de género; es decir, sumisión, pasividad, proveedoras de estabilidad emocional, en el hombre la depresión no

es tan frecuente porque socialmente no tiene una carga tan grande de responsabilidades de la salud mental de otros y estabilidad emocional, en general su rol activo y de intervención en la sociedad protege su salud mental. Sin embargo, pueden caer en depresión cuando no cumplen las expectativas sociales de buen proveedor económico, fortaleza y seguridad.

1.5 Depresión en el Hombre

Para explicar la génesis de la depresión en el sexo masculino Arieti (1978) resalta el hecho que a diferencia de las mujeres, en los hombres la meta cuya no consecución desencadena el desorden depresivo, se vincula en general con una carrera, con un desarrollo profesional o con cuestiones económicas, ampliando de esta manera su círculo de acción en la sociedad.

Con respecto del reconocimiento de un problema emocional propio, Cochrane (1991) (mencionado por Arieti, 1987) menciona que en general los hombres se defienden de este reconocimiento, ya que admitirlo puede ser considerado poco varonil por considerarse a su vez una debilidad. Así los hombres tienden a hechar mano de formas alternativas para desviar el problema como beber, encerrarse en el trabajo y sus obligaciones; y así se libran de buscar consejo profesional o de expresar su depresión de otra forma.

En algunos casos se da lo que el denomina transformación de la tristeza, en donde la psique no tolera más que un determinado monto de este sentimiento y el individuo parece entonces funcionar mejor bajo la influencia de otros sentimientos también negativos. La tristeza se convierte así en ansiedad, rabia, enojo; probablemente de éstos hacen uso los hombres.

Ross y Huber (1985) (mencionados por Arieti, 1987) encontraron que para los hombres, los factores económicos estaban altamente correlacionados con depresión, aunque, estos elementos están correlacionados también con la depresión femenina, el nivel educativo y los hijos eran elementos más importantes en ellas. El nivel educativo es importante en los hombres en tanto que ello les permita incrementar sus ingresos, no la educación por sí misma (APA 1991).

Desde su infancia, los chicos se ven muy influidos por su estatus masculino. En la adolescencia, los hombres deben descubrir sus dotes físicos e intelectuales; debe darse a conocer en el campo del deporte, preocuparse por su cuerpo, compararse con sus compañeros en la clase, ha de saber rápidamente lo que vale: o es un alumno brillante y tiene un porvenir asegurado, o es un alumno medio y ya no se presenta tan bien su futuro.

Además, es la edad de las experiencias, que pone en marcha cierta máquina: su visión del mundo, sobre sus padres (no son tan perfectos como parecían), las chicas (son más complicadas de lo que se creía); en suma, es el gran momento de las hazañas, de las desilusiones, de la formación de la personalidad. Por último lo que hará en su futuro; ha de construirse un proyecto de vida que se base en determinados valores abstractos (amistad, generosidad, cultura, situación social, etc) o concretos (la cuenta bancaria, la casa, los viajes con los compañeros, la economía familiar, etc). Este proyecto debe realizarse con los medios que están a su alcance, los inconvenientes que se le imponen, lo que trae muchos dolores de cabeza.

Es probable que el aspecto más importante del desarrollo durante estos años sea la madurez sexual. Los adolescentes sexualmente maduros tienen el equipo necesario para las relaciones sexuales, sin embargo, en las culturas modernas, pasan por un largo período de educación o de entretenimiento antes de que la sociedad los considere preparados para el matrimonio. El efecto emocional de las experiencias sexuales durante este período puede tener repercusiones en la escuela, tanto en los estudiantes que intervienen, como en los compañeros que se enteran de sus experiencias. En décadas pasadas, era

más probable que los hombres tuvieran relaciones sexuales antes del matrimonio. Actualmente, cerca del 60% de los adolescentes solteros, sean hombres o mujeres, han tenido relaciones sexuales antes de los 19 años.

Conforme sus cuerpos maduran sexualmente, los adolescentes deben realizar algunos ajustes emocionales y psicológicos. Su posición respecto a lo que significa ser hombre o mujer se ha desarrollado durante años, quizás desde su infancia. Ahora, deben empezar a consolidar su identidad sexual y sentirse a gusto con ella.

Se calcula que en el transcurso de la vida la prevalencia del trastorno del estado de ánimo oscila entre el 2% y el 20% (Kaplan y Sadock, 1999). La depresión (con todos los subtipos que en ella se agrupan) constituye el trastorno más frecuente dentro del amplio abanico de los trastornos del humor.

Diferencias de género

Del mismo modo que se puede afirmar que, a lo largo de, la depresión ha ido aumentando en su prevalencia (sobre todo en países industrializados) hasta cifras entre el 15 y 25% de prevalencia-vida (Kaplan y Sadock, 1999), no es menos cierto que se ha constatado, tanto en estudios epidemiológicos como en estudios clínicos, la existencia de un predominio femenino entre los afectados por esta patología.

Dicha tendencia se hace patente en las diferentes culturas. Así, Ayuso Gutiérrez y Salvador Carulla (1981) hablan de una relación de 2-3 mujeres por cada hombre afectado por depresión.

En el National Comorbidity Survey (NCS) (Kessler et al, 1993) se hizo un estudio en el que se encontró que la tasa de prevalencia-vida de depresión es de un 21.3% para las mujeres frente a un 12.7% para los hombres, con un riesgo relativo mujer-hombre de 1.7.

Aunque bajo el concepto genérico de depresión se engloban diferentes entidades que se manifiestan en tasas de prevalencias por género igualmente distintas. Así, parece claro que la frecuencia en el espectro bipolar es más uniforme en su distribución por sexos (Ayuso Gutiérrez y Sáiz Ruiz, 1981).

En este sentido, los datos del NCS hablan de tasas de prevalencia para el episodio depresivo mayor de 21.3% en las mujeres frente a 12.7% en los hombres; para la distimia las cifras se reducen a 8.0% en las mujeres frente a 4.8% en los hombres; para el episodio maniaco, 1.7% en las mujeres frente a 1.6% en los hombres; y para cualquier trastorno afectivo, 23.9% en las mujeres frente a 14.7% en los hombres.

Estas diferencias entre ambos sexos no sólo se manifiestan en la prevalencia sino que también se observan a otros niveles, caracterizándose la depresión en la mujer por un curso más crónico, mayor comorbilidad (sobre todo con trastornos de ansiedad y de la conducta alimentaria), y mayor número de recurrencias. Asimismo, la depresión en la mujer se manifiesta con más frecuencia a través de síntomas atípicos, como un mayor apetito y ganancia de peso, así como en forma de síntomas somáticos o de ansiedad (Kornstein, 1997).

Se han implicado diferentes factores en relación con el predominio femenino en la depresión aunque ninguno de ellos, aparentemente, es suficiente por sí mismo para explicar dicha circunstancia.

Entre las diversas hipótesis biológicas y genéticas, los autores han venido señalando a lo largo del tiempo diferencias a nivel estructural y funcional

entre los cerebros de ambos sexos (Gibert Rahola y Ferrando Bundío, 1999). Dichas diferencias afectarían asimismo a sistemas hormonales, factores neuroendócrinos y a los neurotransmisores.

De esta manera se han detectado diferencias estructurales en cerebro, hipotálamo, sistema límbico e hipocampo, y funcionales motivadas especialmente por las diferencias hormonales existentes entre ambos sexos. No se debe, por tanto, olvidar el papel que las hormonas sexuales y del eje hipotalámico ejercen en la regulación del estado de humor, y su posible papel en el trastorno depresivo. No olvidando las especiales circunstancias que concurren en el posparto, la menopausia y durante el ciclo menstrual.

También se han considerado los factores psicosociales (Schraedley et al, 1999; Maier et al, 1999), en el sentido de mayor situación de carga y estrés para la mujer: marginación en la situación laboral, estatus social, acontecimientos vitales, afrontamiento de las dificultades, dependencia económica del marido, dedicación al cuidado de los hijos, falta de gratificación por el papel desempeñado en el ámbito social, etcétera. Las condiciones sociales de la mujer actual suponen en general frente a los hombres desventaja en aspiraciones, dependencia de los mismos y una situación crónica de baja autoestima, circunstancias éstas que facilitarían el desarrollo de procesos depresivos.

De igual manera se ha sugerido que no sólo los cambios agudos en la situación social de la mujer influyen sino que de igual manera las desventajas crónicas (sobrecarga mantenida, circunstancias de enfermedad crónica, problemas familiares mantenidos, etcétera) predisponen en la mujer a sufrir patología depresiva (Montero Piñar, 1999).

Los cambios actuales de papel que experimentan las mujeres podría explicar en un porcentaje de las mismas la sintomatología depresiva, en el sentido de no ser capaces de sobrellevar las nuevas exigencias. La depresión así establecida supondría una respuesta ante esa nueva complejidad.

Por último, una parte de la diferencia entre los sexos podría deberse a un error de sesgo a la hora de recoger los datos, debido entre otros motivos a las diferencias de manifestaciones clínicas de la enfermedad mental entre ambos sexos (Leal Cercós y Crespo Hervás, 1999). Así, los varones tenderían a ocultar más su sintomatología, enmascarándola en ocasiones en abuso de alcohol o proyectando su estado de ánimo en conductas heteroagresivas (Ayuso Gutiérrez y Sáiz Ruiz, 1981).

Así pues, y dado que ninguna de las hipótesis explica plenamente las diferencias existentes entre hombres y mujeres respecto a la prevalencia de la enfermedad depresiva, deberemos considerar de manera global los diferentes factores aquí citados: biológicos, sociales, culturales, a la hora de estudiar dicha situación

II. EL ADULTO JOVEN

El adulto joven se considera que se encuentra en la etapa de los 20 años y concluye cerca de los 40, en donde la característica principal, es que el individuo debe comenzar a asumir roles sociales y familiares, es decir a hacerse responsable de su vida y de la de quienes le acompañan en la conformación de una familia. Los estudios sobre el adulto joven muestran que el desarrollo continúa toda la vida. En la edad adulta temprana, la gente se desarrolla a medida que enfrenta los problemas de abandonar el hogar de sus padres, así como metas para la vida.

Una forma de pensamiento adulto es el que algunos teóricos han denominado pensamiento dialéctico, el cual consiste en la capacidad de considerar puntos de vista opuestos en forma simultánea, aceptando la existencia de contradicciones. Este tipo de pensamiento permite la integración entre las creencias y experiencias con las inconsistencias y contradicciones descubiertas, favoreciendo la evolución de nuevos puntos de vista, los cuales necesitan ser actualizados constantemente. El pensador dialéctico posee conocimientos y valores, y se compromete con ellos, pero reconoce que éstos cambiarán, ya que la premisa unificadora del pensamiento dialéctico es que la única verdad universal es el cambio mismo.

Esto sucede como resultado de nuevos papeles que surgen al asumir el rol de adultos, esto es, trabajador, esposo (a), padre. Estos afectan la manera en como piensa y en como actúa; el modo en como piensa y en como actúa afecta la manera como realiza o no estos papeles.

A continuación veremos algunos autores según la manera en que describen la etapa del adulto joven.

Erikson.

Freud y Erikson (1950) propusieron una serie de etapas en las cuales la gente necesita resolver problemas críticos en su desarrollo sin embargo Freud no llevó sus teorías más allá de la adolescencia;

Erikson (1950) en contraste con Freud no considera que la personalidad quede establecida en la adolescencia sino que se sigue desarrollando en los años adultos. Su contribución más importante son las 8 etapas de edades de desarrollo del ego. Este autor considera que es difícil equilibrar el fracaso habido en una etapa temprana sin tensión y ansiedad siendo que si sucede así, esto lleva un riesgo en el desarrollo en una etapa posterior. Asegura que se desarrolla la fuerza del ego debido a una interacción mutua de la estructura personal y la social; y el completar cualquier etapa no garantiza el éxito y aún así el individuo puede retroceder a pesar de haber pasado esta etapa con éxito. Afirma que el adulto joven se encuentra en el estadio 6 llamado intimidad v/s aislamiento en donde los jóvenes adultos deben lograr la intimidad pues la necesitan y la desean, es decir, establecer compromisos con los demás, si no lo logran permanecerán aislados y solos. La habilidad de llegar a lograr una relación íntima en donde se requiere de compromiso, debe haberse establecido durante la adolescencia. Un adulto joven que ha logrado una identidad está listo para fusionarla con la de la otra persona; y hasta que la persona no esté lista para la intimidad, la genitalidad no puede ocurrir. (Bischof, 1987).

Georges Vaillant.

Otro autor importante que describe la etapa del adulto joven es Georges Vaillant (1977) en su teoría de adaptación a la vida logró identificar 4 formas básicas de adaptación: madura, inmadura, psicótica y neurótica. También distinguió 3 etapas dentro de la adultez joven:

1. Edad de establecimiento (20-30 años): desplazamiento de la dominación paterna, búsqueda de esposo (a), crianza de los hijos y profundización en la relación con los amigos.

2. Edad de consolidación (25-35 años): se hace lo que se debe, consolidación de una carrera, fortalecimiento del matrimonio y logro de metas no inquisitivas.

3. Edad de transición (alrededor de los 40 años): abandono de la obligación compulsiva del aprendizaje ocupacional para volcarse a su mundo interior. (Papalia 1997).

Daniel Levinson.

Propone la teoría de las eras en la estructura de la vida de acuerdo con Levinson, el ciclo vital está formado por una serie de eras que duran aprox. 25 años cada una. Se distinguen subetapas, marcadas por una transición, en las cuales se alcanzan los objetivos más importantes de la vida, que comienza en la juventud por el abandono del hogar y el logro de la independencia, opción por un trabajo, la familia y las formas de vida adoptadas. Al culminar la fase de transición, el sujeto se siente seguro y competente. De estas subetapas explica que las dos primeras corresponden a la adolescencia y al adulto joven:

Edad Pre-adulta (0 a 22 años), los años formativos desde la concepción hasta el final de la adolescencia.

Edad adulta temprana (17 a 45 años), el individuo hace elecciones de vida significativas y exhibe la mayor energía pero también experimenta el mayor estrés.

Levinson divide la época de la edad adulta temprana en una fase principiante, cuando la persona establece una estructura de ingreso de vida, y la segunda fase en la que la persona establece una estructura de vida culminante para la edad adulta primaria.

Primera fase: Transición del adulto joven (17 a 22 años): Durante esta transición, que puede tomar de 3 a 5 años, la persona necesita pasar de la edad preadulta a la adulta, como es el mudarse de la casa de sus padres y volverse más independiente tanto financiera como emocionalmente. El joven

va a la universidad, ingresa a una situación institucional equidistante de ser niño de la familia y alcanzar una condición de adulto completo.

Segunda fase: Edad adulta temprana (22 a 28 años aprox.) La persona joven se convierte en adulto; es decir empieza una relación con la persona del sexo opuesto, que usualmente terminan en matrimonio e hijos; compromiso con el trabajo, que resulta del escoger una ocupación, seleccionar un hogar, relaciones con los amigos y familia, así como con grupos sociales. Es común que en esta etapa la persona tenga un sueño de su futuro.

Otro concepto que agrega Levinson es el de estructura de la vida que se refiere a un esquema de vida que subyace a una persona en un momento determinado.

Hace un estudio exhaustivo (1978-1986) dedicado al desarrollo del adulto hombre y mujer. Afirma que las transiciones tanto de las mujeres como de los hombres están vinculadas de manera estrecha con la edad, otros investigadores han encontrado que para las mujeres, la etapa del ciclo de vida en familia parece ser un mejor indicador de las transiciones que la edad. Por tanto quizá la "etapa de los 30 años" no sea de transición para las mujeres. Mas bien el nacimiento o "la aparición" de los hijos será la base de transición.

Tal vez la diferencia más sorprendente entre los sexos sea en los diferentes sueños que tienen. En efecto, la diferencia es tan sorprendente que Levinson analiza la "separación de los géneros" como un fenómeno en el desarrollo de los adultos. Tanto para hombres como para mujeres el sueño es de vital importancia pero los hombres tienden a tener una visión unificada de su futuro enfocado en el trabajo que tienen, mientras que las mujeres tienden a tener sueños separados. En el estudio de Levinson, tanto las mujeres académicas que son las que se dedican a los negocios deseaban combinar trabajo y matrimonio aunque de distintas maneras.

Las mujeres no solo tienen más dificultad que los hombres para encontrar una pareja, así mismo tardan más en establecerse

profesionalmente que los hombres. En el primer estudio de Levinson casi todos los hombres completaban su aspecto profesional y asumían un estatus total del adulto en el mundo laboral, al final de su transición de los 30 años. Por el contrario las mujeres en términos generales, no dejan de ser novatas en el mundo laboral hasta bien entrada la madurez también encontró que las mujeres que se habían establecido en una carrera durante la etapa de los 20 años, en su mayoría no habían terminado su aspecto ocupacional hasta los 40 años o después, también señaló que las mujeres en la etapa media de la edad adulta aún estaban preocupadas por intentar tener un éxito en el lugar de trabajo y todavía no estaban preparadas para reevaluar sus objetivos ocupacionales o sus logros.

La transición de los 30 años genera estrés tanto en el hombre como en la mujer, y a este respecto, los hallazgos de Levinson con hombres son susceptibles de confirmarse en la mujer. No obstante, a su vez, hombres y mujeres reaccionan de manera distinta ante el proceso de reevaluación que tiene lugar entre los 28 y 33 años. Los hombres tal vez hagan cambios en su carrera o en su estilo de vida, pero no modifican sus objetivos en sus empleos y en sus carreras; por el contrario las mujeres sí lo hacen. Las prioridades que se establecieron en la edad adulta temprana por lo general en la mujer se revierten durante la transición de los 30 años. Aquellas mujeres que están orientadas hacia el matrimonio y la familia tienden a cambiar más hacia objetivos ocupacionales, mientras que, las que están centradas en una carrera cambian hacia el matrimonio y la familia. En términos generales, los hombres tienen un sueño más sencillo y unificado acerca de sí mismos y del mundo que las mujeres. El sueño más complejo de las mujeres les hace más difícil que a los hombres lograr sus metas. Quizá una de las razones por las que el sueño de una mujer es más complejo es porque ha sido afectado por los cambios sociales. Es evidente que el rol de las mujeres adultas jóvenes en la actualidad es aquel que combina la carrera profesional con la familia.

James Marcia.

Basada en la teoría de Erikson, James Marcia (1980) identifica 4 diferentes procesos ó estados por los cuales el individuo atraviesa y en donde establece y mantiene su sentido de identidad. Correlaciona estos procesos con otros aspectos de la personalidad tales como ansiedad, autoestima, razonamiento moral y comportamiento social. También menciona que el estado de identidad de una persona puede cambiar a medida que continúe su desarrollo. De acuerdo con este autor, hay dos variables esenciales para una identidad madura: Crisis y Compromiso.

Crisis: Es el período en la adolescencia cuando el individuo examina el desarrollo de oportunidades, el proceso de identidad, toma de decisiones y definición de metas y valores comenzando la búsqueda de alternativas personales con respecto a estas metas.

Compromiso: Inversión personal en donde el individuo está ensimismado para poder expresar sus propias aspiraciones, metas, creencias, valores y una ocupación.

Los 4 estados son los siguientes:

- **Identidad:** Esta se realiza cuando el individuo ha experimentado y resuelto una crisis de identidad. Está entonces comprometido desde el punto de vista profesional e ideológico, lo cual presupone que ha tenido ocasión de considerar varias posibilidades y que se ha decidido según sus propios criterios
- **Identidad Difusa:** Es lo inverso a la identidad realizada. Se define esencialmente de manera negativa, no hay compromiso psicosocial bien porque la crisis de identidad no se haya producido, bien porque aún produciéndose no ha sido resuelta.
- **Moratoria Psicosocial:** Se corresponde con la fase de crisis propiamente dicha. Se produce entonces una búsqueda activa de compromiso pero no se toma ninguna decisión definitiva.

- **Identidad Repudiada:** Se trata de aquellos casos en los que el adolescente se ha comprometido en el plano profesional ó ideológico sin haber experimentado una verdadera crisis de identidad. Las elecciones realizadas no son sus propias elecciones, sino que son reflejadas por la familia ó el medio en el que se desarrolla.

Lawrence Kohlberg

Kohlberg, (1970) en su teoría Desarrollo Moral propone que la persona progresa según su razonamiento moral el cual es una función del desarrollo cognoscitivo, esto es la habilidad para pensar en abstracto que habilita al joven a entender los principios universales sin embargo, el conocimiento avanzado no garantiza una moralidad avanzada y este debe existir para que el desarrollo moral se realice. Clasificó este desarrollo en 3 etapas.

- **Nivel Preconvencional:** En este primer nivel que se lleva a cabo cuando el niño esta en nivel escolar primaria y se comporta según las normas socialmente aceptadas que le son indicadas por una autoridad (padre o maestro). En este nivel piensan en términos de temor al castigo o la magnitud de un acto, o en términos del propio interés.
- **Nivel Convencional:** Este nivel es en el que la mayoría de los adultos se encuentra, aquí se ajustan a las convenciones sociales, piensan en términos de hacer lo correcto para agradar a los otros u obdecir la ley. Una persona que se encuentra en este nivel se comporta de manera indeseable con cierta frecuencia, o bien, puede seguir las reglas y rechazar a otros que van en contra de las mismas.
- **Nivel Postconvencional:** El adulto joven sera capaz de llegar a este nivel, en el cual desarrollan sus propios principios morales. Kohlberg y Gillian (1971) sostienen que antes de que la gente pueda alcanzar este nivel de pensamiento moral autónomo debe reconocer la naturaleza relativa de las normas morales, esto es, debe llegar a entender que cada sociedad desarrolla su definición de lo que es correcto e incorrecto.

Kohlberg creía que el individuo podía progresar a través de estas etapas una por una; es decir, no se pueden "saltar" las etapas; pueden llegar a la comprensión del razonamiento moral sobre estas etapas. Según el autor es importante que la persona, a medida que va creciendo, se le presente "dilemas morales" pues estos ayudarán a que se lleve a cabo un reto a la madurez. Esto es posible a través de la educación y la interacción social.

Alfred Adler.

Adler (1927) considera que el hombre es motivado, principalmente por las exigencias sociales; de acuerdo con él, el hombre es en esencia un ser social; se relaciona con otra gente, se compromete en actividades sociales cooperativas, estima el bienestar social más que el interés personal y adquiere un modo de vida de orientación social. Describió la conducta humana en siete principios: inferioridad, superioridad, estilo de vida, yo creador, yo consciente, metas ficticias e interés social.

- **Inferioridad:** El hombre viene al mundo sintiéndose incompleto e insatisfecho, trayendo un hondo sentimiento de inferioridad. Todo lo que el recién nacido encuentra frente a sí es mejor, más grande y más idóneo que él. Una vez llegado el niño a una meseta de desarrollo en busca de mayor capacidad y poder, el sentimiento de satisfacción y éxito es solo momentáneo. El sentimiento de inferioridad que aparece en el nacimiento mantiene al hombre vivo conforme vaya viviendo.
- **Superioridad:** Este principio no se puede separar del de inferioridad, ya que están unidos y al hablar de uno se pone en juego el otro. Adler hace hincapié en el hombre como animal agresivo que, además debe serlo para sobrevivir; y para sobrevivir busca poder, según Adler, el hombre busca poder y ser superior; éste sentimiento surge de sentirse inferior e inadecuado. Creyó que el deseo de ser superior es una propiedad universal y eterna en la personalidad; aunque Adler afirma que el significado de superioridad es sobre el Yo, es decir, luchar por superarse, siendo el móvil de la vida humana.

- **Estilo de Vida:** Para que el hombre logre superarse apoyándose en sus sentimientos de inferioridad, es preciso que guíe su vida de cierto modo prescrito. A esto le llamó estilo de vida, en el que cada ser humano busca una combinación de dos cosas: dirección interior de conducta autoimpulsada y autodidacta, y las fuerzas del ambiente que ayudan a conformar la dirección que el Yo interior desea tomar.
- **El Yo creador:** Adler afirmaba que el animal humano crea una estructura propia sobre el cimiento del pasado que hereda, interpreta las impresiones recibidas durante su vida en marcha, busca nuevas experiencias para satisfacer sus deseos de superioridad y reúne todo ello para crear un Yo diferente a cualquier otro. El Yo creador es un paso más allá del estilo de vida pues resulta reactivo y mecánico. Es original e inventivo y crea algo hasta entonces inexistente: una nueva personalidad, crea un Yo.
- **El Yo consciente:** Adler opinaba que el hombre era consciente de todo lo que realiza, a la vez que capaz de autoexaminarse, de deducir porque ha actuado de ciertos modos. La persona comprende bien su actividad cotidiana.
- **Metas Fantasiosas:** Para Adler, el pasado tenía mucha importancia, pues de aquel surgen el estilo de vida del hombre y su yo creador, solo el futuro determina lo que el hombre hará en su momento determinado con su yo creador. El pasado es el prologo, el futuro la escena y sólo la meta final explica la conducta del hombre. La meta puede ser puramente imaginada cuando consiste en un ideal por el cual luchar; es entonces ajena a la realidad y el yo creador que lucha por ser superior no podrá alcanzarla. El hombre busca la superioridad mediante uno y otro debido a sus sentimientos de inferioridad y siempre impulsado y atraído por sus metas fantasiosas.
- **Interés social:** El hombre nace interesado en otros seres sociales y tal interés es universal. Como instinto el interés necesita un contacto que lo ponga en acción. El ser humano está predispuesto a interesarse en criaturas humanas parecidas a él. Su interés se enfoca al ambiente social que lo rodea. En los primeros 4 ó 5 años de vida, y a través de

sus experiencias escolares el niño comienza a identificarse con grupos sociales propios. Este proceso enriquece a la vez sus propios sentimientos de superioridad y refuerza el interés social que se le comienza a desarrollar.

Harry Sullivan

Sullivan estableció minuciosamente la secuencia de situaciones interpersonales a las que, al pasar de la infancia a la edad adulta, está expuesta la persona y los modos en que aquellas, contribuyen a la formación de la personalidad. Estudió la personalidad desde la perspectiva de definidos estadios de desarrollo. Sullivan sostiene un enfoque más psicosocial del crecimiento de la personalidad que reconozca en su verdadera dimensión la singular contribución de las relaciones humanas y si bien no descarta los factores biológicos como condicionantes de tal desarrollo, los subordina a los determinantes sociales del desarrollo psicológico. Considera sin embargo, que ocasionalmente tales influencias sociales contrarían las necesidades biológicas del individuo, con consecuencias perjudiciales para su personalidad, admite los efectos de ciertas influencias.

En el desarrollo de la personalidad, Sullivan distingue 6 estadios anteriores a la etapa final de la madurez.

La sexta etapa constituye un período de iniciación más bien prolongado en cuanto atañe a los privilegios, los deberes, las satisfacciones y las responsabilidades de la vida social y de la vida cívica; poco a poco se establecen plenamente las relaciones interpersonales y, al mismo tiempo, se opera un incremento de la experiencia en su forma sintáctica, que permite la ampliación de los horizontes simbólicos ; el sistema del sí mismo adquiere estabilidad, el individuo aprende a sublimar las tensiones con mayor eficacia e instituye medidas de seguridad contra la ansiedad.

Una vez alcanzado el estado final de la edad adulta, el individuo ha sido transformado, por sus relaciones interpersonales; es la cultura la que actuando

a través del sistema de relaciones interpersonales, hace que se manifiesten las aptitudes, mediante las cuales la persona logra reducir la tensión y satisfacer sus necesidades.

Schaie

Este autor plantea (1979) un modelo de desarrollo cognitivo donde identifica 5 etapas por las que pasa la gente para adquirir conocimiento. Etapa de adquisición (de la infancia a la adolescencia), etapa de logro (desde el final de la adolescencia a los 30 años), etapa de responsabilidad (final de los 30 hasta inicio de los 60), etapa ejecutiva (también tiene lugar durante los 30 a 40 años), y la última etapa que es la reintegrativa (vejez) que es la de legados en donde cuentan sus historias a sus seres queridos.

Según el modelo de Shaie el adulto joven se encuentra en las etapas de logro, responsabilidad y ejecutiva.

Etapa de logro: el individuo reconoce la necesidad de aplicar el conocimiento adquirido durante la etapa anterior para alcanzar metas a largo plazo.

Etapa de responsabilidad: el individuo utiliza sus capacidades cognitivas en el cuidado de su familia, personas de su trabajo y comunidad.

Etapa ejecutiva: desarrollan la habilidad de aplicar el conocimiento complejo en distintos niveles que incluye responsabilidades impersonales en el adulto joven.

Según Papalia (1989) en esta etapa lo ideal es elegir una pareja, establecer una relación, plantearse la paternidad, lograr amistades duraderas y un trabajo estable.

El adulto joven debe lograr: independencia, competencia, responsabilidad e igualdad en relación con su sexualidad, y determinar el estilo de vida que llevará.

2.1. Roles Femeninos y Masculinos en el adulto joven.

Mucho se habla en la actualidad acerca de la perspectiva de género, desde la cual se intenta explicar y comprender algunas de las más importantes problemáticas personales y sociales: la sexualidad, la salud, la educación, el trabajo etc. Este significado varía de cultura en cultura y de época en época.

- El Sexo se refiere a las diferencias biológicas entre mujer y hombre. Esto incluye la diversidad evidente de sus órganos genitales externos e internos, las particularidades endocrinas que la sustentan y las diferencias relativas a la función de la procreación.
- El Género es un concepto cultural que alude a la clasificación social en dos categorías: lo masculino y lo femenino. Es una construcción de significados, donde se agrupan todos los aspectos psicológicos, sociales y culturales de feminidad/masculinidad. Por lo tanto, la acción de la sociedad es definitiva para su aprendizaje y desarrollo.
- La Sexualidad se refiere a cómo se viven y cuáles son las conductas y las maneras en que se realizan las prácticas sexuales, la seducción, los deseos y placeres eróticos, siempre influidos por las pautas y reglas sociales que impone cada cultura.

Por esto puede decirse que sexo, sexualidad y género son tres caras de una misma realidad que, encarnadas en las personas, dan una amplia gama de patrones de personalidad y comportamiento. En un sentido grupal hombres y mujeres, o seres masculinos y femeninos, tienen, unas expectativas, unos derechos y unas obligaciones que los diferencian. Estas disimilitudes muchas veces repercuten en su salud y calidad de vida en general.

El modelo tradicional de nuestra cultura, recae en que la responsabilidad del hombre es la de ser el "proveedor económico" de bienes materiales

productos culturales y sexuales, mientras que sobre la mujer pasa el mandato de "ser madre". Así el hombre detenta el poder en el ámbito público, con exigencias de racionalidad, eficacia, éxito, producción. Mientras que en el de la mujer queda circunscrito al ámbito privado con sus requerimientos de afectividad, intimidad, disponibilidad, reproducción así como el territorio de lo emocional, lo silenciado y por esto han sido excluidas durante siglos del discurso histórico y de sus símbolos fundamentales convirtiéndola en un objeto que hoy lucha por ser sujeto, a la par del hombre.

La familia constituye el espacio primario para la socialización de sus miembros, siendo la primera instancia donde se lleva a cabo la transmisión de los sistemas de normas y valores que rigen a los individuos y a la sociedad como un todo. De esta manera, desde muy temprano, la familia va estimulando el sistema de diferenciación de valores y normas entre ambos sexos, asentando así tanto la identidad como el rol de género. Las reglas sociales van deslindando de manera clara las expectativas relacionadas con los roles que las personas deben asumir. Igualmente, la idea que se tiene sobre el rol de padre, madre, esposa o esposo, está condicionada en gran medida por la sociedad de la cual somos resultado. El contexto familiar refuerza la diferenciación genérica, dando actividades diferentes a niños y a niñas; a las niñas se les destinan aquellas relacionadas con el hogar, servir, atender a otros; mientras que a los niños se reservan actividades de competencia que les permiten tener un mayor control sobre el medio externo, lo cual es una forma muy importante de ir delimitando las normas de comportamiento y dejando claras las expectativas sociales hacia cada sexo. La familia, por tanto, es el principal eslabón del proceso de tipificación sexual dado que es formadora por excelencia y de difícil sustitución.

Este proceso de tipificación sexual se observa en las familias, no sólo en el proceso de transmisión de estos valores a las nuevas generaciones, sino como parte intrínseca, importante e indiscutible de las pautas relacionales que se establecen entre sus miembros, que conlleva, en no pocas ocasiones, a alteraciones en las relaciones familiares y en el funcionamiento familiar.

La creciente independencia e incorporación de la mujer a las actividades sociales, provoca una sobrecarga y sobre exigencia en ella, dinámica que se hace aún más compleja al tratar la familia, y el propio hombre, de incorporarse cada vez más a estas tareas, para tratar de asumir un rol diferente en aras de lograr mayor complementariedad, pero al no cambiar sus valores aparecen conflictos en la relación asignación-asunción de un rol, lo que afecta necesariamente los procesos de interrelación familiar. Esta situación se convierte en un espiral, dado que las madres educan, en la mayoría de los casos, a sus hijos en patrones sexistas, mientras que exigen que el padre participe más en las tareas del hogar, con lo que provocan que no queden claros los roles y valores de la familia.

Otro indicador importante del funcionamiento familiar viene dado por la jerarquía, donde debe quedar clara la posición de poseer, siendo más favorable en la medida en que se logre un sistema jerárquico horizontal entre ambos miembros de la pareja, es decir, un mismo nivel de poder en el subsistema conyugal con relación a los otros subsistemas familiares. Otro indicador relacionado es dado por las características de la relación autonomía-dependencia, considerándose como favorecedor de un funcionamiento adecuado el hecho de que el sistema familiar permita el desarrollo de la identidad personal y la autonomía de sus miembros. El papel de la mujer y la maternidad, tal y como es concebida en la estructura patriarcal, demanda de ésta instinto, entrega total y una negación de su ser como persona, obstaculizando su autonomía e independencia, lo cual constituye un factor patógeno del funcionamiento y la salud familiar.

La afectividad o forma de expresar los sentimientos se ve marcada también, por los patrones de comportamiento y valores asignados por el rol de género y la dinámica interna de la familia. Para que esta sea funcional y promueva la salud de sus miembros debe permitir y fomentar la expresión libre de la afectividad, el individuo ser capaz de expresar las emociones positivas y negativas, y transmitir afecto. Algunos autores señalan que el proceso de entrenamiento a que es sometido el hombre, estimula en ellos el uso de la violencia para dominar a otros, para ejercer el poder y para resolver conflictos,

mientras por otra parte se les restringe el contacto con el mundo de los afectos, y se le obliga no sólo a inhibir sus sentimientos, sino también a no sentir. La forma de expresar los sentimientos para los hombres y las mujeres se refuerza continuamente de manera que se llega a tomar como normal la actitud que encierra contenidos discriminantes para ambos; como por ejemplo, el considerar que la mujer debe ser más emotiva, y asociar a los hombres a la rudeza y la agresividad. Evidentemente esto afecta la expresión libre de los sentimientos y la transmisión de afecto dentro de la familia.

Todas estas transformaciones sociales que, indiscutiblemente han generado cambios en los valores y patrones asignados genéricamente, y por tanto presuponen también cambios en las pautas de relación interna familiar, contribuyen a que nuestra sociedad se vaya perfilando cada vez más hacia un equilibrio y flexibilidad adecuados en cuanto al rol de género que favorezca la armonía y la salud familiar.

Según Datan y Ginsberg (1975), los cambios que se operan en el pensamiento del adulto joven provienen fundamentalmente de factores socioculturales, no de nuevas funciones corporales ni de operaciones intelectuales. Los hitos sociales y las exigencias culturales de la adolescencia alteran patrones conductuales establecidos en este período. Se deben tomar decisiones y resolver problemas. La capacidad de reaccionar frente a los cambios y de conseguir una buena adaptación a las nuevas condiciones es un signo de madurez. La resolución positiva de las contradicciones y dificultades constituye la base de la actividad del adulto. No todos los adultos progresan de la misma manera o estructuran sus vidas de una forma similar, no obstante hay algunas coincidencias en el proceso de desarrollo del adulto. La sincronización de los hitos sociales, como el matrimonio, la paternidad-maternidad y la elección de una carrera varían según el individuo, el modo en que se reacciona frente a esas cosas, así como la índole de los papeles que el individuo ha de desempeñar, cambian según las necesidades y restricciones de su cultura.

Uno de los problemas con que el trabajador joven se puede topar es el choque con la realidad. Durante la adolescencia y la preparación de la carrera,

las personas tienen pensamientos optimistas e idealistas y grandes expectativas acerca de lo que en realidad será su trabajo y de lo que será capaz de realizar. Cuando el entrenamiento termina y empieza el trabajo, los novatos aprenden con rapidez que algunas de sus expectativas estaban equivocadas. El trabajo puede ser monótono y mecánico, los superiores injustos, y los compañeros difíciles para trabajar con ellos; pareciera que las metas del trabajo se pierden en una masa de consideraciones burocráticas o que están sujetas a caprichos individuales. El golpe de la realidad de sus trabajos puede resultar en un periodo de frustración y angustia, hasta que los jóvenes trabajadores se adaptan a la nueva situación. La incapacidad de adaptarse a enfrentarse con las decepciones que vienen con la realidad, pueden ocasionar problemas en la carrera posterior.

Levinson (1978) hace énfasis en que la conversión de un sentimiento de exaltación y compromiso en el trabajo durante toda la edad adulta es esencial para la satisfacción madura. El compromiso con un oficio o una carrera varía mucho, dependiendo tanto de los rasgos individuales como de factores sociales y económicos más amplios.

III. METODOLOGIA

3.1 Objetivo General

Conocer si las mujeres solteras en etapa adulto joven de edad de 25 a 30 años son más depresivas que los hombres solteros en etapa adulto joven de edad de 25 a 30 años a través del Inventario de Depresión de Beck, de acuerdo con sus expectativas de vida en relación con la pareja.

3.2 Objetivo Específico

- Conocer el nivel de depresión en mujeres solteras de 25 a 30 años.
- Conocer el nivel de depresión en hombres solteros de 25 a 30 años
- Conocer las expectativas de vida con respecto a la pareja, tanto en hombres como en mujeres
- Conocer el grado de depresión de mujeres de 25 a 30 años que no tienen pareja
- Conocer el grado de depresión en hombres de 25 a 30 años que no tienen pareja
- Conocer el porcentaje de depresión en mujeres de 25 a 30 años que desean formalizar su relación con su pareja.
- Conocer el porcentaje de depresión en hombres de 25 a 30 años que desean formalizar su relación con su pareja.
- Conocer el porcentaje de mujeres que tienen pareja formal
- Conocer el porcentaje de mujeres que tienen pareja informal
- Conocer el porcentaje de hombres que tienen pareja formal
- Conocer el porcentaje de hombres que tienen pareja informal

3.3 Hipótesis

3.3.1 Hipótesis de trabajo.

Las mujeres solteras de edades entre 25 y 30 años presentan mayor índice de depresión que los hombres solteros de edades entre 25 y 30 años.

3.3.2 Hipótesis Nula.

No hay diferencia en el índice de depresión.

3.4 Variables

3.4.1 Variable Independiente:

- Mujeres de edad 25 a 30 años, solteras y profesionistas
- Hombres de edad 25 a 30 años, solteros y profesionistas

3.4.2 Variable Dependiente:

Nivel de Depresión

Definición Conceptual

Beck (1967) define la depresión como un patrón complejo de modificaciones emotivas cognoscitivas y de la conducta, que no se presenta como un trastorno psiquiátrico definido.

3.5 Población De Estudio

La población elegida para esta investigación se compone de 100 personas entre los 25 y 30 años de edad que sean profesionistas, que tengan una vida laboral activa y estado civil solteros.

3.5.1 Muestra

La muestra se comprende de 50 mujeres y 50 hombres de nacionalidad mexicana, de edades entre los 25 y 30 años de edad y que sean profesionistas.

3.6 Instrumento

A principios de los años sesentas, el Doctor Aaron T. Beck dió a conocer un inventario para medir la depresión, el cual fue diseñado originalmente para valorar lo severo de la depresión en pacientes psiquiátricos; mas tarde, en 1976, publicó una versión revisada.

El Inventario comprende 21 categorías de síntomas o actitudes conductuales y somáticas características de la depresión.

La persona a evaluar deberá elegir la opción que mejor defina cómo se ha sentido entre la semana pasada y ese momento y encerrar en un círculo el número al lado de la afirmación que escogió.

Su respuesta tiene una estimación numérica entre 0 y 3 asignada en cada rubro donde el valor de la calificación es directamente proporcional a la severidad del síntoma.

La persona debe leer todas las frases de cada grupo antes de hacer su elección.

Las actitudes y síntomas evaluados en la escala son: estado de ánimo, pesimismo, sentimiento de fracaso, insatisfacción personal, culpa, castigo, autodisgusto, auto acusación, ideas suicidas, llanto, irritabilidad, desinterés social, indecisión, cambios en la imagen corporal, dificultad laboral, insomnio, fatiga, pérdida de apetito, pérdida de peso, preocupación somática, pérdida de la libido.

Este inventario es uno de los más empleados en estudios de investigación, y en un gran número de ellos se ha tratado de obtener la validez concurrente del mismo .

- Lambert, Hatch, Kingston y Edwards en 1986, compararon el Inventario de Depresión de Beck con otras escalas y encontraron que el coeficiente de correlación entre el Hamilton Rating Scale for Depression y el Inventario de Beck oscila de 0.61 a 0.86. La correlación media en pacientes psiquiátricos fue de 0.73 y en pacientes no psiquiátricos se obtuvo una correlación que va de 0.73 a 0.80.

El coeficiente de correlación entre el Inventario de Beck y la escala de Zung, fue de 0.57 a 0.83.

La correlación entre el Inventario de Beck y el MMPI-D osciló de 0.41 y 0.70.

Validez de Contenido: Moran y Lambert (1983), compararon el contenido del Inventario de Beck ya revisado con los desórdenes afectivos del DSM III, y concluyeron que el primero sólo reflejaba seis de los nueve criterios del segundo. (Beck, Steer y Garbin 1988).

Validez Discriminante: Varios estudios han indicado que el Inventario de Beck puede diferenciar a pacientes psiquiátricos de personas normales. También puede discriminar entre desórdenes distímicos y Depresión Mayor.

Validez de Constructo: Beck, Weissman, Lester y Trexler (1974) encontraron que la escala de desamparo de Beck está relacionada positivamente con el inventario.

Validez Concurrente: Beck, Steer y Garbin (1988) encontraron con la ecuación de Pearson, producto-momento, que las correlaciones entre el Inventario de Beck contestado por pacientes psiquiátricos y no psiquiátricos era de .60

Validez Factorial: El Inventario ha sido analizado factorialmente tanto en poblaciones clínicas como no clínicas (Beck, Steer y Garbin 1988) resultando que el número de factores extraído depende de las características de las muestras clínicas y no clínicas estudiadas.

Se utilizó un cuestionario en donde se les da la instrucción de escribir sus objetivos tanto personales como profesionales a corto, mediano y largo plazo; es decir a 1, 5 y 10 años; así como también se les pide contesten las siguientes preguntas:

1. Si tienen pareja
2. Si piensan formalizar
3. Si salen con alguien

3.7 Tipo De Estudio

El tipo de estudio que se llevará a cabo en esta investigación es de tipo exploratorio pues tratará de lograr una aproximación al fenómeno a investigar, hombres y mujeres en edad adulta de 25 a 30 años con profesión y que estén laborando. También es de tipo transversal ya que estudiará el fenómeno en el presente.

3.8 Procedimiento

La investigación se basa en la aplicación del Inventario de Depresión de Beck a una muestra de 100 sujetos de edades entre 25 y 30 años, de ambos sexos, solteros y con carrera profesional. El test se aplica en un espacio de total silencio, al cual se les pide contesten con la sinceridad posible.

Este test no tiene límite de tiempo y una vez aplicado se revisa cada uno de ellos y se procede a la captura de datos.

3.9 Análisis Estadístico

A continuación se presentan los resultados encontrados. Para los fines de esta investigación la fórmula utilizada es: Prueba de hipótesis referentes a la diferencia de 2 medias con muestras grandes. Se utilizó esta fórmula ya que la muestra tomada fue una muestra grande; el grado de significancia fue de 0.05

Fórmulas

Ho	Estadístico	Criterio se rechaza Ho si:	
Mm = Mh			
Ha	$z = \frac{\bar{X}_m - \bar{X}_h}{\sqrt{\frac{\sigma_m^2}{nm} + \frac{\sigma_h^2}{nh}}}$	Z	Z
		Z	Z 0.05
Mm Mh		Z	1.645

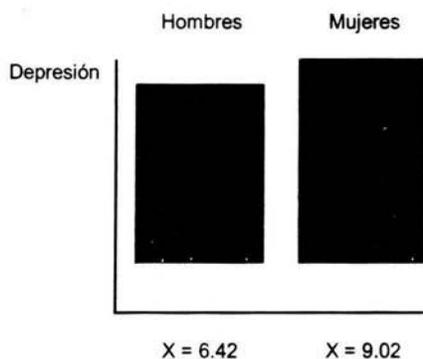
$$\text{Media} = \frac{\sum(X)}{n}$$

$$\text{Desviación estandar: } \sqrt{\frac{\sum(X - \bar{X})^2}{n-1}}$$

IV. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados de las fórmulas aplicadas

Muestra	N	Media	Desviación Estándar
Mujeres	50	9.02	7.59
Hombres	50	6.42	5.76



$$z = \frac{9.02 - 6.42}{\sqrt{\frac{7.59^2}{50} + \frac{5.75^2}{50}}}$$

$$z = \frac{2.6}{\sqrt{1.15 + .66}}$$

$$z = \frac{2.6}{\sqrt{1.81}}$$

$$z = \frac{2.6}{1.34}$$

$$z = 1.94$$

A continuación se presentan los resultados de los porcentajes obtenidos en esta investigación.

	HOMBRES		MUJERES	
	CANTIDAD	PORCENTAJE	CANTIDAD	PORCENTAJE
DEPRESIÓN	7	14%	8	16%
CON NOVIA	26	52%	26	52%
FORMALIZARÁN	16	61.53%	24	92.3%
SALE CON ALGUIEN	11	45.8%	3	12.5%
NO SALE Y NO NOVIA	13	30.76%	21	23.8%

Cuadro 1

Como se aprecia en la gráfica anterior, en el grupo # 1 (Hombres) el 14% representado por 7 sujetos, presentó depresión. Así mismo, el 52% representado por 26 sujetos, mantenían una relación de pareja al momento de la investigación.

Dentro de este grupo, 16 de los sujetos, que conforman un 61.53%, desearían formalizar dicha relación. El 45.8%, representado por 11 sujetos, sale con alguien y para finalizar, 13 de los sujetos, representado por el 30.76%, no sale con nadie y así mismo y no tiene novia.

Por otro lado, revisando el grupo # 2 (Mujeres), se encontró lo siguiente: El 16% representado por 8 sujetos, presentó depresión. Así mismo, el 52% representado por 26 sujetos, mantenían una relación de pareja al momento de la investigación.

Dentro de este grupo, 24 de los sujetos, que conforman un 92.3%, desearían formalizar dicha relación. El 12.5%, representado por 3 sujetos, sale con alguien y para finalizar, 21 de los sujetos, representado por el 23.8%, no sale con nadie, así como no tiene novia.

V. DISCUSION

En algún momento de la vida, el ser humano ha sentido depresión, como se menciona al principio de esta investigación, la palabra depresión puede atemorizar a la gente, muchas veces negando tenerla, sin embargo, ha quedado claro que la depresión está compuesta por varios síntomas como pueden ser tristeza, desaliento, pesimismo etc. mismos que el ser humano ha sentido a lo largo de su vida.

Al buscar un instrumento adecuado para la presente investigación se encontró el Inventario de Depresión de Beck descrito por Aaron Beck (1967); este inventario además de medir el nivel de depresión, también mide diferentes síntomas y/o actitudes de depresión; estos se resumen en los siguientes: tristeza, pesimismo, sensación de fracaso, insatisfacción, culpa, expectativas de castigo, autodesagrado, autoacusaciones, ideas suicidas, llanto, irritabilidad, aislamiento social, indecisión, cambios en la imagen corporal, retardo laboral, insomnio, fatigabilidad, anorexia, pérdida de peso, preocupación somática y pérdida de la libido.

La forma de evaluación del Inventario de Depresión de Beck es la siguiente:

De 0 a 13 no hay depresión

De 14 a 20 depresión leve o moderada

Más de 20 depresión severa

En esta investigación se planteó la Hipótesis Alternativa (Ha) que es la siguiente "Las mujeres solteras de edades entre 25 y 30 años presentan mayor índice de depresión que los hombres solteros de edades entre 25 y 30 años" que de acuerdo a los resultados de la prueba de hipótesis referente a la diferencia de dos medias con muestras grandes, las mujeres obtuvieron un

puntaje de 16% de depresión en comparación con los hombres que obtuvieron un 14 % con un grado de significancia de 0.05 se acepta dicha hipótesis.

Como menciona Alfred Adler (1914) en la teoría cultural en donde esta da una interpretación a la depresión como una reacción a las exigencias sociales, y de acuerdo a los resultados obtenidos en esta investigación se confirma como las mujeres obtuvieron un mayor porcentaje en depresión ya que la mujer tiene una exigencia social importante como el que debe tener una pareja y una familia y muchas veces estar laborando, y como no siempre se pueden cumplir estas expectativas sociales, caen en depresión.

También Winokur (1971) dice que la depresión en mujeres surge en la adolescencia, ya que en esta etapa empiezan cambios que ejercen presión en las mujeres, estos cambios son formación de la identidad, confrontación a la sexualidad, cambios físicos y toma de decisiones, así mismo menciona que la alta incidencia de depresión en las mujeres es debido al estrés al que se enfrentan, estos estresores son , mayor responsabilidad en la casa y en el trabajo, habiendo aquí un debate en que responsabilidades escoger y cual de estas sería la correcta.

De acuerdo con los autores Weissman y Klerman (1977) que afirman que existe una condición social en desventaja hacia la mujer y que viene desde la infancia, en la que a la mujer se le inculca desde temprana edad la maternidad y a las tareas domésticas y a esto se le asocia con la realización de sus sueños y volvemos a confirmar que cuando no se "realizan estos sueños" la mujer cae en depresión.

Otro autor con el que concuerdo es Jean Baker Miller (1976) que dice que nuestra sociedad es una sociedad patriarcal y que es "norma aceptada" el que la mujer esté al servicio de las necesidades de los demás y asocie su destino al de un hombre, confirmando una vez más que hay una relación de depresión en mujeres con respecto a la pareja, es decir, si no tienen pareja habrá depresión.

Los estudios sobre el adulto joven muestran que el desarrollo continúa toda la vida y que es en la edad adulta temprana, cuando se enfrenta a los problemas de abandonar el hogar de sus padres, así como el planteamiento de objetivos y metas para la vida.

Erickson desarrolló 8 etapas en la vida de una persona; la muestra obtenida para esta investigación es lo que Erickson llama el adulto joven; este autor dice que el adulto joven se encuentra en la etapa llamada Intimidad v/s Aislamiento, en la que los jóvenes adultos deben lograr la intimidad, es decir establecer compromisos con los demás, siendo que esto lo necesitan y lo desean; si no lo logran permanecerán aislados y solos. La habilidad de llegar a lograr una relación íntima en donde se requiere de compromiso, debe haberse establecido durante la adolescencia. Como dice Erikson un adulto joven que ha logrado una identidad está listo para fusionarla con la de la otra persona; y hasta que la persona no esté lista para la intimidad, la genitalidad no puede ocurrir (Bischof, 1987). Así el individuo puede retroceder a pesar de haber pasado esta etapa con éxito.

Otros autores también hablan de lo que en la etapa del adulto joven se espera, es Georges Vaillant que dice que el adulto joven se encuentra en la etapa de consolidación (25-35 años): se hace lo que se debe, consolidación de una carrera, fortalecimiento del matrimonio y logro de metas no inquisitivas.

Daniel Levinson dice que en la edad adulta temprana que abarca de los 17 a los 45 años en la que el individuo hace elecciones de vida significativas; exhibiendo la mayor energía pero también el mayor estrés; como vemos, estos autores no hacen diferencia de géneros y además reconoce la importancia de que el objetivo en esta etapa es establecer la responsabilidad de una relación de pareja, y que si esta no se llega a lograr el individuo se mostrara aislado y solo; característica de la depresión. Como lo vemos en los resultados de esta investigación tanto hombres como mujeres presentan índices similares sin que estos se acentúen hacia un género; así también Levinson describe dos etapas y la segunda dice que la persona joven se convierte en adulto; es decir

empieza una relación con la persona del sexo opuesto, que usualmente terminan en matrimonio e hijos; compromiso con el trabajo, que resulta del escoger una ocupación, seleccionar un hogar, relaciones con los amigos y familia, así como con grupos sociales. Es común que en esta etapa la persona tenga un sueño de su futuro.

En acorde con estos autores el adulto joven se encuentra en una etapa importante de toma de decisiones acerca de su futuro, está el desprendimiento de los padres, elección de carrera así como búsqueda de trabajo, otro de los aspectos importantes es la elección de pareja y el compromiso del matrimonio y mas adelante los hijos. Es una etapa en la que socialmente se espera mucho del joven y cuando muchas veces no puede cumplir con algunos de estas metas, puede caer en estrés lo que puede llevar a la depresión, como se observa en esta investigación. Uno de los problemas con que el trabajador joven se puede topar es el choque con la realidad. Durante la adolescencia y la preparación de la carrera, las personas tienen pensamientos optimistas e idealistas y grandes expectativas acerca de lo que en realidad será su trabajo y de lo que será capaz de realizar. Cuando el entrenamiento termina y empieza el trabajo, los novatos aprenden con rapidez que algunas de sus expectativas estaban equivocadas. El trabajo puede ser monótono y mecánico, los superiores injustos, y los compañeros difíciles para trabajar con ellos; pareciera que las metas del trabajo se pierden en una masa de consideraciones burocráticas o que están sujetas a caprichos individuales. El golpe de la realidad de sus trabajos puede resultar en un periodo de frustración y angustia, manifestación de la depresión, hasta que los jóvenes trabajadores se adaptan a la nueva situación. La incapacidad de adaptarse a enfrentarse con las decepciones que vienen con la realidad, pueden ocasionar problemas en la carrera posterior, esto sucede tanto en hombres como en mujeres pero generalmente se considera al hombre como proveedor económico de la familia, por lo que el aspecto laboral para el hombre es muy importante y cuando este siente que en este aspecto esta habiendo una falla siente que puede apoyarse en el lado emocional, siendo una pareja, y cuando tampoco hay este aspecto cubierto, llega a causar tanto estrés que puede ser que el hombre tenga mayor tendencia a deprimirse. Papalia y Wendkos (1989).

Cabe mencionar que además de la aplicación del Inventario de Depresión de Beck, se aplicó un cuestionario en el que se recabaron los siguientes datos, uno de los datos que incluía el cuestionario fue si se tenía pareja, si pensaba formalizar y si no tenía pareja si estaba saliendo con alguien. Del análisis de estos datos se desprenden los siguientes datos: la muestra es de 50 mujeres y 50 hombres; de estas 50 mujeres 26 tienen pareja y de los 50 hombres 26 tienen pareja lo cual hace un 52% en cada uno; con respecto a la pregunta si quieren formalizar esta relación en las mujeres obtuvimos un 92.3% y en los hombres un 61.53% esto quiere decir que los hombres están menos interesados en comprometerse a una relación de pareja. Otra de las preguntas de nuestro cuestionario fue si los que no tenían pareja estaban saliendo con alguien en las mujeres se obtuvo un 12.5% y los hombres un 45.8% y finalmente se obtuvo un resultado de quienes no tenían pareja y no salían con nadie las mujeres obtuvieron un resultado del 23.80% y los hombres un 30.76%.

Lo que se intenta explicar con estos resultados es que las mujeres tienen un mayor interés en comprometerse y formalizar con una pareja pues es lo que se les inculca desde pequeñas Weissman y Klerman (1977), la responsabilidad de una pareja, esto en comparación con los hombres que tienen pareja que están menos interesados en comprometerse, y que lo que es interesante es ver que los hombres que no tienen pareja ni salen con alguien tienden a deprimirse más que las mujeres.

Otros datos que se obtuvieron son los objetivos a un año, que tanto hombres como mujeres expresan un interés en los dos aspectos, en el plano profesional y en el plano personal.

En los objetivos a 5 años ya se puede ver una diferencia en intereses, las mujeres se inclinan mayormente al plano personal, es decir a la pareja, y los hombres demuestran un interés mayor hacia el plano profesional: consolidación y desarrollo de su trabajo.

Finalmente en los objetivos a 10 años el porcentaje de aspecto personal: formación de una familia, es más significativo que el profesional en ambos sexos.

VI. ALCANCES, LÍMITES Y SUGERENCIAS

Alcances.

Uno de los aspectos más importantes de esta investigación es el dar una explicación de la diferencia de depresión entre hombres y mujeres desde sus inicios hasta las recientes investigaciones y especialmente como esta se manifiesta en hombres y mujeres.

Límites.

1. Una limitante que pudiera ser es que la muestra en esta investigación no fue lo suficientemente grande ya que esta se conformó de 100 sujetos, hombres y mujeres; y no es representativa de una población mayor.

2. Otra limitante encontrada fue que en los resultados obtenidos no se pudo controlar los rasgos de personalidad de los sujetos, ni su historia clínica.

Sugerencias.

1. Una sugerencia dada a esta investigación es que se continúe investigando depresión en hombres y mujeres pero que quizá cambiara el tipo de muestra pudiendo ser hombres y mujeres solteras y casados ya que la intención en este trabajo era el medir depresión con respecto a la pareja.

2. Hacer una investigación de cómo el hombre maneja y expresa sus emociones en especial la depresión.

VII. CONCLUSIÓN

A lo largo de esta investigación se ha observado la importancia que dan los diferentes autores a los rasgos depresivos que adquiere la mujer a través de su desarrollo.

Se considera que existe una condición social desventajosa en la mujer, vista ésta como prejuicios a favor del sexo masculino; además del rol que social y culturalmente se le impone a la mujer de que sólo a través de la relación de pareja y el cuidado de otros va a ser feliz.

En caso del hombre no es una característica que se una a su género; sin embargo en esta investigación no es así ya que los resultados obtenidos nos indican que la depresión es igual en ambos sexos.

La capacidad de reaccionar frente al ambiente y tener una buena adaptación a los nuevos cambios que rodean al adulto joven, es un signo de madurez, aunque no todos progresan de la misma manera ni estructuran sus vidas de forma similar, si hay una sincronización de la vida social: elección de carrera, lugar de trabajo (desarrollo profesional), matrimonio y paternidad, estos varían según el individuo y el modo en que reaccionan a estos, cambian según la cultura.

No cabe duda de que los orígenes de la depresión en ambos sexos son los mismos; pero también es posible que la depresión se deba a diferentes causas en diferentes individuos, y que la meta del investigador en psicología es buscar las diferencias clínicas para encontrar principios básicos para poder derivar el cuadro sintomático.

Así pues se debe considerar los diferentes factores de la depresión: biológicos, sociales y culturales, y que hoy en día existen variedad de tratamientos para los individuos que sufren de esta enfermedad.

BIBLIOGRAFIA

- Abraham, K (1959) (orig. 1911). Notas sobre la investigación y tratamiento psicoanalítico de la locura maniaco-depresiva y condiciones asociadas. Buenos Aires: Horme.
- Arieti, S. Bemporad J. (1978). Psicoterapia de la Depresión. Nueva York: Basic Books Publishers.
- Adler, K. (1961). Depression in the light of individual psychology. Journal of individual Psychology. 17 Pg. 56-67.
- Ayuso Gutierrez J. L, Saíz Ruíz J. (1981). Las depresiones nuevas perspectivas clínicas etiopatogénicas y terapéuticas. Madrid. Interamericana.
- Beck, Aaron, Brown, G. y Steer, R. (1967). Manual de Inventario de Depresión de Beck. Nueva York: Harcourt Brace & Company.
- Bischof, L. (1964). Interpretación de las teorías de la Personalidad. Nueva York: Harper & Row, Publishers.
- Bleichmar, N. Bleichmar, C. (1989). El Psicoanálisis después de Freud. México: Paidós.
- Burns, D. (1980). Sentirse Bien. Nueva York: William Morrow and Company.

- Cameron, N. (1982). Desarrollo y Psicopatología de la Personalidad. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Caro, I. (1997). Manual de Psicoterapias Cognitivas. Barcelona: Paidós.
Cardós, G. Matte, V. (1996). Estudio descriptivo del núcleo familiar primario y su relación con la separación-individuación de la mujer mexicana. UNAM.
- Cisneros, A. (1996). Manifestaciones depresivas en un grupo de mujeres con esterilidad de por lo menos 3 años. UNUM.
- Craig, G. (1992). Desarrollo Psicológico. Boston: Prentice Hall.
- DSM IV, (1997). Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson
- De Vega, M. (1984). Introducción a la Psicología Cognitiva. Madrid: Alianza.
- Freud, S. (1968) (orig. 1917). La aflicción y melancolía. Obras completas. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Gold, M. (1986). Buenas Noticias sobre la depresión. Nueva York: Villard Books.
- Hall, C. Gardner, L. (1965). Las teorías Psicosociales de la Personalidad. Londres: Wiley.
- Kaplan, H. Sadock, Benjamín. (1975). Compendio de Psiquiatría. Baltimore: Williams & Wilkins.

- Kohlberg, L. (1969). Stage and sequence: the cognitive developmental approach to socialization. Chicago: Rand McNally.
- Lara, M. (1998). Participación de mecanismos serotoninérgicos cerebrales en la depresión y ansiedad: UNAM.
- Levinson, D. Darrowe, C. Klein E. (1978). Las etapas del hombre: Nueva York. Ballantine.
- Marcia, J. E. (1980). Identidad en adolescencia. Nueva York: Wiley
- Mendels J. Stern, S. Frazer A. (1976). Conceptos biológicos de depresión. Nueva York: Spectrum Publications.
- Niebla, A. (1990). Mujer, cultura y psicoanálisis. UNAM.
- Orendain, M. (1997). La depresión en la mujer: perspectiva psicosocial: UNAM
- Papalia, D. Wendkos S. (1989). Desarrollo Humano. Nueva York: McGraw Hill.
- Rodríguez, A. (1999). Validez concurrente de los inventarios de depresión de Beck y Zung en personas deprimidas: UNAM.
- Saunders, W.B. (1989). Diccionario Médico de Bolsillo. Nueva York: McGraw Hill.
- Schaie K. (1979). The primary mental abilities in adulthood. Nueva York.:Academic
- Vaillant G. (1977). Adaptación a la vida. Boston. Little Brown

- Weissman, M, Klerman L. (1977): Sex differences and the epidemiology of depresión. Archives of general psychiatry 34, 98-111.
- Winokur, G. Cadoret, R. Dorzab, J. y Baker, M. (1971)." Depressive disease. A genetic study". American Journal of psychiatry. 130 92-93.

Edad _____ Sexo _____

Escolaridad _____ Ocupación _____

En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones. Por favor lee cada una cuidadosamente. Posteriormente escoge una oración de cada grupo que mejor describa la manera en que te has sentido la semana pasada inclusive el día de hoy. Encierra en un círculo el número que se encuentra al lado de la oración que tu escogiste. Asegurate de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer tu elección. Contesta con mayor sinceridad, tomando en cuenta que no hay respuesta ni buena ni mala. Esta prueba mantendrá toda confidencialidad.

1. 0 Yo no me siento triste
 1 Me siento triste
 2 Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo
 3 Estoy tan triste e infeliz que no puedo soportarlo

2. 0 En general no me siento descorazonado por el futuro
 1 Me siento descorazonado por mi futuro
 2 Siento que no tengo nada que esperar del futuro
 3 Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar

3. 0 Yo no me siento como un fracasado
 1 Siento que he fracasado más que las personas en general
 2 Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos
 3 Siento que soy un completo fracaso como persona

4. 0 Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo
 1 Yo no disfruto de las cosas de la manera como solía hacerlo
 2 Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada
 3 Estoy insatisfecho o aburrido con todo

5. 0 En realidad yo no me siento culpable
 1 Me siento culpable una gran parte del tiempo
 2 Me siento culpable la mayor parte del tiempo
 3 Me siento culpable todo el tiempo

6. 0 Yo no me siento que esté siendo castigado
1 Siento que podría ser castigado
2 Espero ser castigado
3 Siento que he sido castigado
7. 0 Yo no me siento desilusionado de mi mismo
1 Estoy desilusionado de mi mismo
2 Estoy disgustado conmigo mismo
3 Me odio
8. 0 Yo no me siento que sea peor que otras personas
1 Me critico a mi mismo por mis debilidades o errores
2 Me culpo todo el tiempo por mis fallas
3 Me culpo por todo lo malo que sucede
9. 0 Yo no tengo pensamientos suicidas
1 Tengo pensamientos suicidas pero no los llevo a cabo
2 Me gustaría suicidarme
3 Me suicidaría si tuviera oportunidad
10. 0 Yo no lloro más de lo usual
1 Lloro más ahora de lo que solía hacerlo
2 Actualmente lloro todo el tiempo
3 Antes podía llorar, pero ahora no lo puedo hacer a pesar de que lo deseo
11. 0 Yo no estoy más irritable de lo que solía estar
1 Me enojo o irrito más facilmente de lo que solía hacerlo
2 Me siento irritado todo el tiempo
3 Ya no me irrito de las cosas por las que solía hacerlo
12. 0 Yo no he perdido el interés en la gente
1 Estoy menos interesado en la gente de lo que solía estar
2 He perdido en gran medida el interés en la gente
3 He perdido todo el interés en la gente

13. 0 Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho
 1 Pospongo tomar decisiones más que antes
 2 Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes
 3 Ya no puedo tomar decisiones
14. 0 Yo no siento que me vea peor de como me veía
 1 Estoy preocupado de verme viejo (a) o poco atractivo (a)
 2 Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractivo (a)
 3 Creo que me veo feo (a)
15. 0 Puedo trabajar tan bien como antes
 1 Requiero de más esfuerzo para iniciar algo
 2 Tengo que obligarme para hacer algo
 3 Yo no puedo hacer ningún trabajo
16. 0 Puedo dormir tan bien como antes
 1 Ya no duermo tan bien como solía hacerlo
 2 Me despierto una o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir
 3 Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no me puedo volver a dormir
17. 0 Yo no me canso más de lo habitual
 1 Me canso más fácilmente de lo que solía hacerlo
 2 Con cualquier cosa que haga me canso
 3 Estoy muy cansado para hacer cualquier cosa
18. 0 Mi apetito no es peor de lo habitual
 1 Mi apetito no es tan bueno como solía serlo
 2 Mi apetito está muy mal ahora
 3 No tengo apetito de nada

19. 0 Yo no he perdido peso últimamente
1 He perdido más de 2 kg
2 He perdido más de 5 kg
3 He perdido más de 8 kg
A propósito estoy tratando de perder peso

Si _____ No _____

20. 0 Yo no estoy más preocupado de mi salud que antes
1 Estoy preocupado acerca de problemas físicos tales como dolores,
malestar estomacal
ó constipación
2 Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en algo
más
3 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en
ninguna otra cosa

21. 0 Yo no he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que estaba
2 Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora
3 He perdido completamente el interés por el sexo

A continuación por favor contesta las siguientes preguntas:

1. ¿Cuáles son tus metas tanto profesionales como personales de aquí a un año?

2. ¿Cuáles son tus metas tanto profesionales como personales de aquí a 5 años?

3. ¿Cuáles son tus metas tanto profesionales como personales de aquí a 10 años?

4. ¿Tienes novio (a)? Si _____ No _____

5. ¿Tienes planes de formalizar tu relación? Si _____ No _____

Sólo si la respuesta No. 4 es negativa contesta la siguiente.

6. ¿Actualmente estás saliendo con alguna pareja? Si _____ No _____

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**