



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO**



FACULTAD DE PSICOLOGÍA.

**“REPRESENTACIÓN SOCIAL DE LA DEPRESIÓN EN
MUJERES QUE SOLICITAN AYUDA POR ESTE TRASTORNO”**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTAN:

**CLAUDIA ARMENTA ALVAREZ
ANGÉLICA MARTÍNEZ FLORES**

DIRECTORA: DRA. MARÍA ASUNCIÓN LARA CANTÚ

REVISORA: DRA. MA. ELENA MEDINA MORA ICAZA

MEXICO, D. F.

Agosto 2006.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Al Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, por permitirnos utilizar los datos que sirvieron como base para la realización de este estudio del proyecto 4185, del que es titular la Dra. María Asunción Lara Cantú.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, por permitir desarrollar y alcanzar un nivel en nuestros conocimientos académicos, sociales, culturales y personales.

A la Dra. Ma. Asunción Lara Cantú, por su apoyo, paciencia, así como su valiosa asesoría, tiempo y dedicación para la realización de este trabajo.

A la Dra. Ma. Elena Medina Mora Icaza, nuestro respeto y agradecimiento por impulsarnos con su conocimiento, experiencia y tolerancia en la realización de esta tesis.

A la Lic. Claudia Navarro, nuestro agradecimiento, por su apreciable colaboración en la asesoría de este trabajo.

A la Lic. Laura Navarrete, por su apoyo incondicional y por compartir con nosotras su espacio.

A la Mtra. Gabriela Ruiz Torres, por su apoyo y asesoría de este trabajo.

Índice

	Pág.
RESUMEN.....	3
INTRODUCCIÓN.....	4
CAPÍTULO I. SALUD MENTAL.....	6
1.1 Fundamentos y definición.....	6
1.2 Búsqueda de ayuda en salud mental.....	8
CAPÍTULO II. REPRESENTACIONES SOCIALES.....	12
2.1 Historia.....	12
2.1.2 Definiciones de representación social.....	13
2.1.3 Características fundamentales de la representación social.....	14
2.1.4 Función de la representación social.....	14
2.2 Representación social de salud mental.....	16
2.2.1 Estudios en México.....	16
2.2.2 Estudios en otros países.....	17
CAPÍTULO III. REPRESENTACION SOCIAL DE DEPRESIÓN.....	19
3.1 Antecedentes históricos.....	19
3.1.2 Clasificación de la depresión.....	20
3.1.3 Prevalencia de la depresión.....	22
3.1.4 Etiología de la depresión.....	23
3.2 Depresión en las mujeres.....	27
3.3 Representación social de depresión.....	30
3.3.1 Estudios en México.....	30
3.3.2 Estudios en otros países.....	31
CAPÍTULO IV. METODOLOGÍA.....	34
4.1 Planteamiento y justificación del problema.....	34
4.2 Método. Características de la muestra.....	35
4.3 Estrategia de reclutamiento de la muestra.....	35
4.4 Análisis estadístico de datos.....	36
CAPÍTULO V. RESULTADOS.....	37
Representación social de depresión.....	37
5.1 Qué es la depresión.....	37
5.2 Causas de la depresión.....	42
5.3 Qué hacer ante la depresión.....	45
CAPÍTULO VI. DISCUSIÓN.....	50
CONCLUSIONES.....	55
BIBLIOGRAFÍA.....	57

RESUMEN

El presente estudio tuvo como finalidad conocer la representación social de la depresión en mujeres que presenta síntomas depresivos, a qué causas o razones la adjudican y qué consideran que pueden hacer para salir adelante. Se trabajó con una base de datos de una investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, con una muestra de 232 mujeres, las cuales solicitaron ayuda, con edades entre 20 a 45 años, todas con síntomas de depresión y con escolaridad suficiente para poder leer. El instrumento utilizado fue un cuestionario que consta de tres preguntas abiertas, de las cuales se realizaron categorías semánticas sometidas a interjueces de las que se obtuvieron porcentajes. Los resultados muestran que la representación social de la depresión es considerada como un estado de desinterés en todos los sentidos, por lo tanto, no hay interés hacia la vida misma, ni en las actividades diarias, así como con el mundo social y tampoco tienen ganas de hacer nada; en cuanto a factores desencadenantes de la depresión determinan que es el hecho de tener problemas en general, así mismo, cuentan con estrategias para salir adelante, la gran mayoría sabe que tiene que buscar ayuda, sin embargo, muchas no saben dónde o a quién dirigirse. En términos generales se puede decir que las mujeres tienen una amplia concepción de la depresión, es decir, identifican síntomas, posibles causas y reconocen que requieren de ayuda.

INTRODUCCIÓN

Se ha reconocido que los trastornos mentales son un problema importante de salud mental y que afectan a un significativo sector de la población tanto femenina como masculina, pero su relevancia aún no se refleja en la inversión en servicios de salud mental (Medina-Mora, Berenzon, 2002). Se han realizado diversos estudios y encuestas de salud mental tanto nacionales como internacionales, en donde se reporta que es muy baja la utilización de servicios especializados en salud mental y la población se ha dirigido, en su primera solicitud de ayuda, al médico general, obteniendo como resultado un alto porcentaje de casos no referidos a un especialista a tiempo (Martínez, Medina Mora, Campillo, 1984). También se ha visto que los familiares, amigos, la automedicación y los sacerdotes o ministros religiosos constituyen el primer recurso de ayuda (Medina Mora. y cols. 1992). Esto nos indica la necesidad de brindar información oportuna y actualizada sobre la manera en que deben ser atendidos los trastornos emocionales en la población para que su evolución sea menos incapacitante.

De acuerdo con la forma en que los miembros de un grupo conciben la enfermedad mental, se puede determinar la manera en que un individuo experimenta ese tipo de problema, lo reconoce y decide buscar ayuda para resolverlo (Parra, 1987). Por esta razón es conveniente un estudio enfocado a conocer la percepción, creencias, actitudes y concepciones de la población que la padece. Con este propósito, este trabajo plantea estudiar dichos aspectos, basado en la teoría de las Representaciones Sociales, que se definen como: un conjunto de conceptos, afirmaciones y explicaciones que se originan en la vida cotidiana, en el curso de las comunicaciones interpersonales que están ligadas con una forma especial de adquirir y comunicar el conocimiento, que crea realidades y sentido común (Moscovici, 1981, p.181). Las Representaciones Sociales designan una forma de pensamiento social que incluye información, imágenes, opiniones, actitudes, etc. En términos teóricos, el concepto de representación social tiene una gran potencialidad en tanto que permite analizar la interacción entre lo psicológico y lo social, por lo tanto, aporta elementos para entender lo difícil y a veces inseparable relación existente entre el pensamiento y el comportamiento social, donde el lenguaje interviene efectivamente como organizador de contenido y operador de sentido y las producciones discursivas de las personas se presentan como el único material mediante el cual se pueden conocer sus representaciones sociales (Jodelet, 1986).

En este contexto, De la Fuente (1982), menciona que la salud mental de la población de nuestro país no ha sido atendida de manera adecuada, principalmente por problemas relacionados con la ignorancia, los temores, las creencias y los prejuicios arraigados en nuestra cultura, en relación a los trastornos emocionales y a quienes los padecen. La prevalencia de los trastornos afectivos es elevada y, en general, la población no solicita la ayuda disponible (Berenzon, 2003), por desconocimiento de

los beneficios de la atención especializada, debido a la falta de coincidencia entre las necesidades sentidas por la población y la oferta de atención, lo que dificulta la búsqueda de tratamiento.

En diversos estudios realizados tanto en México como en otros países se ha comprobado que existen diferencias importantes entre los padecimientos mentales que presentan los hombres y los que sufren las mujeres, y se ha señalado que estas diferencias son resultado de la combinación de los factores biológicos, culturales y sociales que caracterizan a cada sexo (Romero y Medina-Mora, 1987; Hankin, 1990; Eysenck y Lara, 1992; García, 1997). El trastorno mental que más se presenta en la población femenina es la depresión, dos veces mayor en la mujer que en el hombre. Por esta razón es importante que los profesionales de la salud sean adiestrados debidamente en una orientación de género, tomando en cuenta que existen diferencias físicas, psicológicas y sociales entre hombres y mujeres y que, por tanto, el servicio otorgado también ha de ser distinto, de modo que den a esta población, una atención adecuada y se respete su sensibilidad (Berenzon y Medina-Mora, 2002).

La depresión según el DSM-IV, (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Cuarta Edición), se clasifica dentro de los trastornos del estado de ánimo, debe ser primaria y central y no secundaria a ningún estado físico o psicológico. En cuanto a la depresión mayor, la definen por la presencia de uno o más episodios, en los que se presenta un ánimo deprimido o pérdida de interés o placer en casi todas las actividades, durante un periodo de por los menos, dos semanas. La persona también debe experimentar, entre otros, cuatro síntomas de una lista que incluye, cambios en el apetito, peso, sueño y en la actividad psicomotora, falta de energía; sentimientos de culpa y dificultad para pensar, concentrarse y tomar decisiones. El episodio debe acompañarse del malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de actividad del individuo. Con frecuencia va acompañado de quejas somáticas o alta irritabilidad.

Por todo lo anterior, el objetivo de este trabajo es estudiar las representaciones sociales de la depresión en mujeres, enfocado a conocer las creencias, las actitudes y concepciones de la población que la padece, y comparar si coincide con los criterios del Manual Diagnóstico de Enfermedades Mentales, así mismo identificar las posibles causas de la depresión según las mujeres afectadas, para ver si hay relación con las diferentes teorías existentes e identificar las estrategias que utilizan para solicitar ayuda; con la finalidad de obtener bases para nuevas propuestas de intervención terapéutica, enfocada a las necesidades sentidas por la población que la padece.

I. SALUD MENTAL

1.1 Fundamentos y definición.

Una buena definición de salud como “un estado saludable de bienestar” debe tener en cuenta a la totalidad de la persona, “el estado general del cuerpo y la mente”. En inglés, la palabra salud (“*Health*”) se deriva de la palabra griega “totalidad”. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como “el estado de completo bienestar, físico, mental y social, no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Para que se considere que una persona es básicamente saludable, hay que tener en cuenta la totalidad del organismo, con todo lo que ello implica. El bienestar mental no puede separarse del bienestar físico. La salud y la enfermedad física y mental representan partes esenciales de la vida que dependen profundamente una de la otra (*World Mental Health Day*, 2004); por lo que cuando hablamos de salud mental no estamos simplemente refiriéndonos a la ausencia de enfermedad mental, nos referimos a un concepto que está tomando en cuenta todos aquellos aspectos de la vida de un individuo que van a influir cómo siente, vive y actúa como persona.

Bueno (1994) menciona algunas características de las personas que tienen una buena salud mental.

1. Tener salud mental, es tener un sentimiento de aceptación de uno mismo.
 - No estar sumidos en los propios temores, enojos, amores, celos, culpas u odios.
 - Tolerar la frustración.
 - Tener una actitud tolerante hacia sí mismos y hacia otros.
 - Aceptar las propias limitaciones respetándose a sí mismos.
 - La persona con buena salud mental siente que está capacitada para manejar los retos que se le presenten en la vida, así como las crisis que correspondan a su edad y situación.
 - Una persona saludable mentalmente puede sentir satisfacción con sus logros pequeños de la vida y disfrutar y apreciar plenamente su entorno.
2. Son personas que se sienten bien con otros individuos y así:
 - Pueden dar afecto, amor y tomar en cuenta los intereses y necesidades de otros.
 - Tienen relaciones personales satisfactorias y durables.
 - No presionan ni intimidan a otras, ni aceptan ser presionadas o intimidadas.
 - Sienten pertenecer a un grupo y tienen un sentido de responsabilidad hacia sus vecinos y en general a otras personas.
3. Son individuos que pueden manejar las demandas de la vida y por lo tanto:
 - Tratan de resolver sus problemas conforme van surgiendo.

- Aceptan responsabilidades.
- Manejan el ambiente; es decir: lo cambian cuando pueden hacerlo y se adaptan cuando es necesario.
- Planean cuando es oportuno, pero no temen al futuro.
- Les gustan las ideas y experiencias nuevas.
- Usan al máximo sus capacidades y se fijan metas realistas.
- Pueden evaluar las situaciones y decidir por sí mismos.
- Ponen su mejor esfuerzo en lo que hacen y reciben satisfacción al hacerlo.

Para considerar que una persona tiene salud mental, no es necesario que reúna todas las características antes mencionadas, pero sí el fundamento básico sobre el cual el sujeto mismo trate de lograr obtenerlas como parte de su conducta normal. La persona que está consciente de sus fallas y está tratando de resolverlas, podemos decir que es una persona que goza de buena salud mental.

Informes de la OMS indican que en el mundo hay actualmente cerca de 40 millones de personas que sufren padecimientos mentales graves, cuando menos el doble de esta cifra es de las personas afectadas gravemente por algún tipo de adicción, que sufren retazo mental o trastornos del sistema nervioso. Se ha estimado que el número de personas que sufren alteraciones menos graves constituye, por lo menos 200 millones. En este contexto es importante asentar que la salud mental no puede definirse como algo independiente de la situación socioeconómica de las poblaciones (higiene, habitación, nutrición, nivel de educación e información). Se ha documentado que la salud mental ha sido una de las áreas más desatendidas en nuestro país debido a un rezago importante, tanto en la investigación, como en la atención y prevención, ya que la situación que se vive en América Latina y las consecuencias que tienen las crisis económicas sobre la salud mental son una realidad para muchas familias que enfrentan cotidianamente la lucha por una mejor calidad de vida (Martínez y López, 2003).

Así mismo, es importante reconocer las cinco áreas que existen de salud mental o bienestar para considerar un grado óptimo de salud: la salud física, la salud emocional, la salud social, la salud espiritual y la salud intelectual.

La ansiedad y la depresión con frecuencia causan cambios adversos en el sistema inmunológico de la persona, lo que abre paso a una serie de enfermedades físicas. La salud mental de una persona tiene un efecto profundo en su conducta: en su dieta, ejercicio, hábitos sexuales, tabaquismo, etc., factores que pueden elevar la incidencia de enfermedades físicas. Las personas con enfermedades mentales pueden tener dificultad para comunicar sus necesidades físicas y emocionales o sus problemas.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) indica que muchos descubrimientos en la salud conductual se transfieren con éxito a problemas de salud pública y medicina clínica, y que la tecnología del cambio de conducta debe aplicarse para la promoción de la salud en muchas más naciones y comunidades, así como enseñarse en todas las escuelas de los profesionales de la salud. La conducta humana desempeña un papel central en el mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad. (Instituto of Medicine, 2001).

Las estadísticas relacionadas con los trastornos de salud mental, aportadas por el Instituto Nacional de la Salud Mental de EEUU (National Institute of Mental Health, NIMH), indican que en todo el mundo, los trastornos de la salud mental representan cuatro de las 10 causas principales de discapacidad en las economías de mercado establecidas, como la de Estados Unidos, y son las siguientes: la depresión grave (también llamada depresión clínica), el trastorno maníaco depresivo (también llamado trastorno bipolar), la esquizofrenia y el trastorno obsesivo compulsivo.

1.2 Búsqueda de Ayuda en Salud Mental

La investigación en salud mental se ha enfrentado con dificultades, ya que no se ha considerado como prioritario este campo de estudio. Como consecuencia, los presupuestos destinados son considerablemente más bajos en comparación con los destinados a otras áreas médicas. Por lo tanto, la investigación enfocada a los servicios de salud mental es escasa (Secretaría de Salud, 2001). Puede deberse a que no se considera como una causa importante de muerte (Medina-Mora, Berenzon, López-Lugo, Solís, Caballero y González, 1997), y su detección, tratamiento y/o canalización a servicios especializados es insuficiente. Existe aún un importante estigma social que segrega a los pacientes psiquiátricos y el tiempo que pasa entre que el paciente identifica sus síntomas y recibe ayuda especializada es enorme (Carter, Sousa, Barrientos, Caraveo, 1991).

De la Fuente (1982) comenta que en nuestro país, el reto de atención de los enfermos es grande. Por ejemplo, Frenk, Lozano y González (1999), han estimado que en México los trastornos neuropsiquiátricos ocupan el quinto lugar como carga de enfermedad al considerar indicadores de muerte prematura y días vividos con discapacidad. Cuatro de las diez enfermedades más discapacitantes, son neurosiquiátricas (esquizofrenia, depresión, obsesión-compulsión y alcoholismo). Se predice que el índice de enfermos se incrementará debido a problemas tales como la pobreza, la violencia, el aumento en el abuso de drogas y el envejecimiento de la población, entre otros factores.

Ryan y cols. en 1980, estudiaron el patrón del uso de servicios del hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. En el estudio se reporta que el 39% de los casos fueron diagnosticados con condiciones orgánicas, 35% con esquizofrenia y el

10.9% como dependientes a drogas. Para el 40.3% era su primer internamiento y para el 43% había uno o dos hospitalizaciones previas. La mayoría de los pacientes fueron llevados al hospital por un familiar, un 10.8% por dictamen legal y el 5.4% ingresaron voluntariamente.

Caraveo y cols. (1997), reportaron que del total de personas diagnosticadas con trastornos depresivos, el 20.1% de los hombres y el 79.9% de las mujeres solicitó ayuda. En cuanto a la distimia (depresión leve), los porcentajes fueron de 7.4% y 92.6% respectivamente. La solicitud de ayuda, en el 26.5% de estados depresivos y 21.5% de distimia, fue a médicos generales no especializados; aunque la asistencia a servicios especializados no fue muy elevada, se buscó ayuda principalmente con psicólogos de consulta privada.

De acuerdo a la última Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP, 2003) analizada en México, con una muestra de más de 2500 habitantes de 18-65 años de edad, la cual comprende el 75% de la población nacional, utilizando la técnica de la entrevista. Se encontró que los trastornos más frecuentes fueron los de ansiedad (14.39%, alguna vez en la vida), seguidos por el uso de sustancias (9.2%) y los afectivos (9.1%). En los últimos 12 meses, los trastornos más comunes fueron los de ansiedad, los afectivos y el uso de sustancias. Las mujeres presentan prevalencias globales más elevadas que los hombres para cualquier trastorno en los últimos doce meses (14.8% y 12.9%) y en los últimos 30 días (6.5% y 5.1%). Indicando que los trastornos afectivos y de ansiedad son más frecuentes para las mujeres. En el uso de servicios para la atención de los trastornos mentales se puede observar que existe una tendencia al incremento en el uso de cualquier servicio. Las personas sin trastorno sólo reportan una prevalencia de 2.9% en el uso de cualquier servicio contra 11.7% para las que reportaron un trastorno, 19.4% para las que reportaron dos trastornos y de 11.2% para las que reportaron 3 o más trastornos. Es decir, sólo uno de cada 10 sujetos con un trastorno mental recibieron atención, sólo uno de cada cinco con dos o más trastornos recibieron atención y sólo uno de cada 10 con tres o más trastornos obtuvieron atención. Una de cada cinco personas con algún trastorno afectivo usaron servicios y sólo uno de cada 10 con algún trastorno de ansiedad lo hicieron. El trastorno con mayor uso de cualquier servicio fue déficit de atención (44% de uso), seguido por trastorno de pánico (28.8%) y por depresión mayor (21.8%), (Medina Mora y cols., 2003).

Estudios en hogares mexicanos realizados en población urbana (Medina Mora y cols. 1992) han documentado que las personas con trastornos emocionales piden primero ayuda en sus redes sociales, 54% a familiares o amigos, 10% a sacerdotes y ministros, 15% se automedican y solo secundariamente acuden a medicina general y a los servicios especializados. Berenzon (2003) ha documentado una elevada utilización de medicina alternativa como complemento de la medicina tradicional

obedeciendo a la percepción social de quien puede ofrecer solución a los problemas sentidos.

De la Fuente (1982) menciona que la salud mental de nuestro país no ha sido atendida de manera adecuada, y que esto no se debe a la escasez de recursos, ni a la mayor prioridad de otros problemas de salud, sino fundamentalmente a los problemas relacionados con la ignorancia, los temores, las creencias y los prejuicios arraigados en nuestra cultura, en relación hacia los trastornos mentales y hacia quien los padece.

Las razones que llevan a hombres y mujeres a solicitar ayuda cuando sufren algún problema emocional, han sido abordadas por un grupo de investigadores. Padilla y Peláez (1985) observaron que las mujeres buscaron ayuda profesional principalmente por presentar trastornos emocionales, mientras que los hombres acudieron por problemas de alcoholismo y farmacodependencia. Se observó que los mayores porcentajes de consulta lo obtuvieron las mujeres. Caraveo y cols. (1986), encontraron resultados similares en estudio realizado en primer nivel de atención, donde el 70% de los pacientes con trastornos neuróticos eran mujeres.

Lara y Acevedo (1996), al revisar los estudios sobre salud mental encontraron diferencias importantes en el tipo de servicio utilizado entre hombres y mujeres que presentan depresión. Los hombres acuden más a especialistas privados y a centros de salud especializados, mientras que las mujeres se dirigen más a los servicios de salud mental otorgados por instituciones de seguridad social.

Por otra parte, la población no solicita la ayuda que esta disponible por razones derivadas del miedo al estigma o del desconocimiento de los beneficios de la atención medico-psiquiátrica y psicosocial, aunadas a las diferencias sentidas y el tipo de ayuda que ofrecen los servicios. Mientras que la población tiene una definición enfocada en problemas (laborales, con los hijos o la pareja, enfermedades o muertes en la familia, económicos, etc.) que presentan fuentes importantes de estrés, los servicios ofrecen atención basada en diagnósticos psiquiátricos; la falta de coincidencia sentida por la población y la oferta de atención, dificultan la entrada a tratamiento especializado (Lara, 2002; Berenzon, 2003).

Otras circunstancias que obstaculizan la búsqueda y obtención de los servicios son: las distancias que hay que recorrer para llegar a ellos y las trabas burocráticas para obtener el servicio, como por ejemplo la larga espera para obtener una cita, la asignación de horarios poco convenientes y tener que realizar muchos tramites para acceder al servicio (Caraveo y cols. 1986; Caraveo, Mas, 1990; y Padilla y Peláez, 1985). Del mismo modo, pensar que nadie puede ayudarlas, tener vergüenza de platicar sus problemas, no saber a donde ir, no contar con alguien que cuide a sus hijos, la oposición por parte de la familia y pensar que el tratamiento podría ser muy

costoso (Solís y cols. 1994, Caraveo, Martínez, Rivera, Vargas y Polo, 1997, citados en Berenzon y Medina-Mora, 2002), ó percibir los problemas como algo muy personal, y por lo tanto no estar dispuesto a comentarlos con un profesional; pensar que la problemática debía ser resuelta por ellos mismos y considerar que los sacerdotes y los otros ministros religiosos son igual de útiles. (Caraveo y cols. 1997).

En una recopilación de investigaciones del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (INP), Se reportan las evidencias sobre la magnitud de los problemas en nuestro país, indicando que la salud mental es el área en la que se dan las mayores discrepancias en cuanto a disponibilidad y acceso de los servicios constituyendo quizá el área de mayor rezago del sistema de salud mexicano (Berenzon, Medina-Mora, Lara, 2003)

Los primeros proyectos se enfocaron a la adaptación, modificación y estandarización de instrumentos de detección y diagnóstico (Campillo y cols, 1981 y Castro EM y cols, 1982). Posteriormente con el uso de estos instrumentos fue posible detectar que la presencia de trastornos psiquiátricos en la población que acude a consulta médica general, es muy variable: 34% en población de nivel socio-económico medio y medio-alto que acude a consulta externa a un hospital general (Medina-Mora y cols, 1985), 43% en personas que asisten a una unidad de medicina familiar del IMSS (Padilla P, Mas C, Ezbán M, Medina-Mora ME, Pelaez O, 1984) y 51% en población que asiste a un centro comunitario perteneciente a la secretaria de salud, en donde los trastornos de mayor frecuencia fueron los depresivos y de ansiedad.

Como se ha mencionado, existe una alta prevalencia de trastornos mentales en pacientes que acuden a los servicios de medicina general, por lo que el primer nivel de atención ha sido considerado como idóneo para la atención de ciertos trastornos mentales. Esta medida esta siendo analizada, enfocada a una adecuada atención en trastornos mentales, no sólo depender de mayor disponibilidad y acceso, sino de una serie de medidas que involucran cambios en la organización de los servicios, nuevas funciones para los médicos y el personal, quienes requieren entre otras cosas, contar con intervenciones de probada efectividad-eficiencia. (Lara, 2002). En este sentido, el INP ha evaluado una intervención psicoeducativa para mujeres con depresión en el primer nivel de atención con resultados muy positivos (Lara, Navarro, Rubí, Mondragón, 2003a y 2003b). Del cual se deriva el presente trabajo.

CAPITULO II REPRESENTACIÓN SOCIAL

2.1. Historia

El concepto de representación social puede encontrarse en diferentes textos de psicología y psicología social. Esta corriente que comienza a desarrollarse en Francia una vez finalizada la segunda guerra mundial; se inscribe también en la psicología social cognitiva, pero se caracteriza, fundamentalmente, por el enfoque esencialmente sociológico con el que se presenta. Esta escuela reconoce como antecedentes a la psicología social de Wundt, que centra su estudio en los fenómenos mentales colectivos, tales como el lenguaje, los mitos, la religión y la magia. Sin embargo, para separar su psicología colectiva de su psicología individual fue que los fenómenos mentales colectivos no podían ser reducidos a la conciencia del individuo, ni tampoco analizados en función de ella (Quiroz y Martínez, 1991). También el interaccionismo simbólico de George Mead que fue discípulo de Wundt, sostenía que la mente y el “yo”, surgen como consecuencia de la interacción social en una comunidad de “otros” que comparten un lenguaje y una cultura común (Quiroz y Martínez, 1991).

Bajo esta línea se destaca con mayor importancia el sociólogo Durkheim, quien acuñó el término de “representaciones colectivas”, marcando la distinción de Wundt entre su psicología colectiva y psicología individual, y entre sociología y psicología (Quiroz y Martínez, 1991). Esto significa que las representaciones colectivas son compartidas al nivel de una misma comunidad, y son diferentes a las representaciones individuales.

Tuvieron que pasar 60 años para que el concepto de representación colectiva se convirtiera en la plataforma que diera paso a las representaciones sociales en la obra de Serge Moscovici en 1961, con la publicación de su libro; “*Da Psychanalyse son image et son public*”, en el que se reportan una serie de estudios sobre la representación social del psicoanálisis en la sociedad francesa. Con esto, surge una escuela de psicología social europea y esencialmente psicológica.

Desde su formulación original, las investigaciones sobre representaciones sociales han ido creciendo en número y diversificando su campo de análisis. Los estudios sobre representaciones sociales del psicoanálisis, la ciudad, el espacio urbano, la enfermedad mental, el cuerpo, etc., son algunos de los muchos ejemplos que cabe citar sobre este enfoque al estudio empírico (Alvaro, 1995).

El estudio de Moscovici (1979) fue realizado en Francia, en él hizo un cuidadoso análisis de contenido de todos los artículos relacionados con el psicoanálisis que aparecieron en 241 periódicos, revistas y diarios diferentes durante el periodo del 1° de enero de 1952 al 1° de marzo de 1953 (Quiroz y Martínez 1991). Herzlich (1969-1973), exploró las representaciones sociales que la gente tenía de la salud y la

enfermedad utilizando una entrevista inestructurada, basándose en un análisis de las transcripciones de esas entrevistas. Jodelet (1983), realizó una investigación sobre cómo cambia la concepción de las representaciones sociales del cuerpo humano. Abarcó un periodo de 15 años en dos muestras diferentes (método de verificación), siendo la primera investigación de éste tipo. También estudió qué cambios existen durante este periodo y estas diferencias se analizan con temas o discursos referentes al cuerpo humano.

2.1.2 Definiciones de Representación Social

El término “*representación*” puede ser definido en psicología de diversas maneras, desde considerarla una imagen fiel del mundo exterior hasta verla como una construcción de la realidad, posiciones que llevan implícita la idea de considerar al individuo o grupo, según sea el sujeto de estudio, como un ente pasivo o receptor, o como alguien activo o creador.

Esta línea de explicación llevó a Moscovici (1981, p.181) a introducir el nuevo concepto de “La representación social” la cual definió como “un conjunto de conceptos, afirmaciones y explicaciones que se originan en la vida cotidiana en el curso de las comunicaciones individuales que están ligadas con una forma especial de adquirir y comunicar el conocimiento, una forma que crea realidades y sentido común”.

Jodelet (en Montero, 1994) añade que la representación social es definida por un contenido: informaciones, imágenes, opiniones, actitudes etc., aunque enfatiza el hecho de que se refiere a un objeto y es producida por un sujeto, que no es puro reflejo del mundo exterior, ya que a diferencia de la noción de imagen, a la cual engloba, no es una copia de sensación mental. A su vez, Doise (1986) agrega que designa un gran número de fenómenos y procesos, siendo una instancia intermedia entre concepto y percepción. Los autores coinciden en indicar que las representaciones sociales contribuyen a la formación de conductas que están ligadas a la cognición y a la percepción, y en que poseen una dimensión evaluativa pero ninguno define verdaderamente el concepto.

Para Herzlich (1972), la representación abarca todo un “universo de opiniones”. Käes (1968) participó en la elaboración de este concepto, aportando el término de “creencia”, entendida como la organización de percepciones y conocimientos del mundo individual que al relacionarse con los “otros”, da lugar a lo imaginario.

Codol (1970), planteó que existe una dificultad para definir los elementos que constituyen una estructura: opiniones, creencia, atributos, ítems de información, cosas; mientras Farr (1984), mencionó que la representación social tiene una doble función que permite que lo extraño sea familiar y lo invisible sea percibido.

Sin embargo, Jodelet (1986, p.474), propone la siguiente definición: “Este concepto designa una forma de conocimiento específico, el saber del sentido común (no científico), cuyos contenidos manifiestan la operación de procesos generativos y funcionales, socialmente caracterizados”. En sentido más amplio, designa una forma de pensamiento social.

Las representaciones sociales constituyen modalidades de pensamiento práctico, orientados hacia la comunicación, la comprensión y el dominio del entorno social, material e ideal. En tanto que tales, presentan características específicas a nivel de organización de los contenidos, las operaciones mentales y la lógica. También menciona que la caracterización social de los contenidos o de los procesos de representación ha de referirse a las condiciones y a los contextos en los que surgen las representaciones, a las comunicaciones mediante las que circulan y a las funciones a las que sirven dentro de la interacción con el mundo y los demás (Jodelet, 1986).

2.1.3 Características fundamentales de la representación social

Según Jodelet, (1986), la representación social tiene cinco características fundamentales:

1. Siempre es la representación de un objeto, persona, acontecimiento, idea, etc. Para eso se llama representación.
2. Tiene un carácter de imagen y la propiedad de poder intercambiar lo sensible, la idea, la percepción y el concepto. La forma de representarnos el objeto, la persona, etc., es mediante una imagen de ella.
3. Tiene un carácter simbólico y significante. La representación como imagen, concepto, etc., no es una mera reproducción del objeto ausente, sino que es una construcción, donde el sujeto aporta algo creativo. Es decir:
4. Tiene un carácter constructivo.
5. Tiene un carácter autónomo y creativo.

Las categorías que estructuran y expresan las representaciones sociales son categorías del lenguaje.

2.1.4 Función de la representación social.

Las representaciones sociales según Abric (1994), desempeñan un papel fundamental en las prácticas discursivas y en la dinámica de las relaciones sociales, debido a que responden a cuatro funciones esenciales.

- 1.- *Función de saber*; permite entender y explicar la realidad. El “saber práctico de sentido común” como lo llamó Moscovici (1961), permite a los actores sociales

adquirir conocimientos e integrarlos a un marco asimilable y comprensible para ellos, en coherencia con su funcionamiento cognitivo y con los valores a los que se adhieren. Por otro lado facilita la comunicación social, definiendo el marco de referencia común que permite el intercambio social, la transmisión y la difusión de ese saber ingenuo.

2.- *Función identitaria*; define la identidad y permite la salvaguarda de la especificidad de los grupos. Sitúa a los grupos en el campo social, permite elaborar una identidad social y personal gratificante; compatible con los sistemas de normas y valores sociales e históricamente determinados; da un lugar primordial en los procesos de comportamiento social, ejerciendo control sobre cada uno de los miembros, en particular, en procesos de socialización.

3.- *Funciones de orientación*: conducen los comportamientos y las prácticas. El sistema de precodificación de la realidad que constituye la representación social es una guía para la acción. Este proceso de orientación de conductas está dado por tres factores.

- a) La representación interviene directamente en la definición de la finalidad de la situación determinando así, a priori, el tipo de relaciones pertinentes para el sujeto, pero también eventualmente, en una situación en que una tarea es por efectuar, el tipo de gestión cognitiva que se adoptará.
- b) La representación produce un sistema de anticipaciones y expectativas. Es así, pues, una acción sobre la realidad; selección y filtro de las informaciones, interpretaciones con objeto de volver esa realidad conforme a la representación. La representación por ejemplo, no sigue, no depende de la evolución de una interacción, sino que la produce y determina.
- c) Reflejando la naturaleza de las reglas y de los lazos sociales, la representación es prescriptiva de comportamientos o prácticas obligadas. Define lo lícito, tolerable o inaceptable en un contexto social dado.

4.- *Funciones justificadoras*: permite justificar a posteriori, las posturas y los comportamientos; interviene luego de la acción, y permite a los actores explicar y justificar sus conductas en una situación o en consideración a sus colegas.

Páez (1986), por su parte, dice que las representaciones sociales son imágenes que se han ido formando en la mente y se basan en los objetos que percibimos y en las experiencias que tenemos, debido a que varían según la personalidad del sujeto, su estado emocional, su ambiente y con el significado de lo mencionado se da una imagen. A partir de esto, van formándose categorías, basadas en su raciocinio y en su creatividad, por eso, la representación surge como una estructura cognitiva que

tiene como funciones el procesamiento de la información, el otorgar un sentido al medio, y de servir de guía o dar planes para la conducta.

2.2 Representación Social de Salud Mental

Para este apartado, se realizó una búsqueda de artículos enfocados al tema, en el Instituto Nacional de Psiquiatría Juan Ramón de la Fuente, en el Centro de investigaciones de la Facultad de Psicología de la UNAM y en páginas de salud mental en Internet. Sin embargo, fueron escasos los estudios encontrados, por lo que solo se presentan los siguientes artículos que si tienen estrecha relación con el tópico estudiado. Es importante mencionar que esto mismo fue realizado para el capítulo de representación social de salud mental y de igual forma se encontraron pocos estudios.

2.2.1 Estudios en México.

En cuanto a los estudios sobre representación social en salud mental, Casco y Natera (1986), realizaron una investigación con el objetivo de conocer la percepción que tienen los profesionistas de salud y educación, acerca de la manera en cómo la comunidad percibe la enfermedad mental y si esta idea coincide o no con la manera como la comunidad la percibe realmente. El estudio se llevó a cabo con 103 sujetos en una comunidad de bajos recursos económicos, al sur del Distrito Federal y con los profesionistas del área de salud y educación de esa misma comunidad. Se aplicó la técnica del informante y se utilizaron siete descripciones de casos hipotéticos de enfermedad mental, las cuales se analizaron de acuerdo a cinco categorías. Se observó que los profesionistas perciben de manera distinta el conocimiento que tiene la comunidad acerca de la enfermedad mental, debido a que la comunidad explica la causalidad de la enfermedad mental desde una perspectiva multicausal, ya que mencionan lo orgánico, lo familiar y lo socioeconómico, como precipitantes de los problemas mentales, mientras que los profesionistas dan respuestas diferentes, llegando hasta negar que la comunidad tenga algún conocimiento acerca de la psicología.

En 1993, García realizó un estudio con el objetivo de conocer lo que la gente sabe o cree saber acerca de síntomas, causas, manifestaciones y tratamientos de las enfermedades mentales y acerca de las características de los enfermos mentales y de los psiquiatras. El diseño fue exploratorio, ex post facto y de campo; se diseñó un instrumento de medición con 103 reactivos a manera de escala de Likert, con datos sociodemográficos y cinco preguntas abiertas. En la muestra de 150 sujetos seleccionados, se encontró que los entrevistados poseen un nivel de información mayor que el esperado y que sus actitudes son más positivas de lo previsto. También se observó que, a mayor escolaridad, eran más positivas las actitudes. La mayor parte de los sujetos reconoció la importancia de las enfermedades mentales y la

necesidad de que éstas sean atendidas por profesionales calificados. No obstante, aun persisten carencias de información respecto de las causas, características y principales manifestaciones de las enfermedades mentales. Los resultados destacan la necesidad de desarrollar programas de educación y difusión de datos sobre la materia.

Dudet (2002), investigó la perspectiva socioconstruccionista de la salud-enfermedad mental con el objetivo de conocer los conocimientos populares de la salud-enfermedad mental de 39 pacientes psiquiátricos de un hospital público, con edades de 19 a 60 años, que fueron seleccionados por criterio. Se les aplicó una guía de preguntas de forma individual y confidencial. Los resultados muestran que los pacientes tienen todo un discurso sobre la salud-enfermedad mental, que está constituido por creencias, tradiciones, conocimientos cotidianos, prácticas, experiencia, sentido común y conocimientos técnicos sobre la salud y la enfermedad mental. Este discurso se construye a través de diversos procesos de comunicación, en los que está inmerso el paciente, y en los que el lenguaje juega un papel determinante.

Se hace evidente que el conocer y considerar los conocimientos colectivos y cotidianos de las personas como forma de sabiduría social, permitiría el desarrollo de propuestas de prevención, atención, tratamiento y rehabilitación mucho más específicas a las necesidades reportadas por estos.

2.2.2 Estudios en otros países.

A fines del 2002, en colaboración con el Ministerio de Salud Mental Palestino y la Universidad AL-Quds, la OMS realizó una “Encuesta de hogares” sobre el acceso de servicios de salud en los territorios palestinos ocupados. Los resultados obtenidos en 5 distritos, indicaron que más del 50% de la población encuestada había cambiado de proveedor de servicios de salud entre marzo y diciembre del 2002. El 22% de las embarazadas no podían tener acceso a algunos servicios prenatales. De la población encuestada, el 13% sufría problemas relacionados con su salud mental y psicológica. El grupo estudiado no puede considerarse representativo de la población entera de los territorios palestinos ocupados, pero los resultados muestran la presencia de problemas relacionados con la salud que afectan a los habitantes de los distritos estudiados (OMS, 2004).

Siendo lo anterior una de las razones donde la OMS con el Ministerio de Salud y otros interesados han formulado un Plan General de Salud Mental y están aplicando un programa financiado por la Comisión Europea para mejorar las prestaciones de servicios de salud mental.

La OMS esta dedicada a promover una comunicación eficaz entre los palestinos y profesionales de la salud mental israelíes, organizaciones no gubernamentales e instituciones de salud, procurando crear plataformas para el diálogo centrados en la salud y acción social.

Otro estudio fue el “modelo de desarrollo económico Chileno”. La lógica de las economías nacionales, insertas en el proceso de globalización ha generado condiciones que afectan negativamente a la calidad de vida de la población: extensas e intensas jornadas laborales, distancia de los hogares al lugar de trabajo, contaminación ambiental de diversos tipos, competencia, consumismo, pérdida de espacios comunitarios y de identidad, delincuencia común asociada al consumo y tráfico de drogas, existencias de profundas desigualdades en el acceso a servicios y oportunidades para el desarrollo de las personas, así como discriminación por razones de clase, género, etnia y edad entre otros factores, generan condiciones de estrés crónico que afectan de una u otra forma al conjunto de la sociedad.

La salud mental se constituyó a partir de 1997 en una de las 16 prioridades de salud pública y clínica definidas por el ministerio de salud. De acuerdo con esta prioridad el Plan de Salud Mental y psiquiatría para el quinquenio 2000-2005 orienta la acción de los servicios hacia los siguientes problemas y grupos de población:

- Atención de niños y adolescentes con trastorno alterado de la atención.
- Mujeres y adultos afectados por violencia intrafamiliar (33.6% de las mujeres; se estima que por cada mil que consultan en atención primaria, 60 presentaran una situación de violencia grave).
- Personas afectadas por represión política (1973-1990). (Aproximadamente ocho mil personas).
- Personas afectadas por depresión. La depresión ocupa el segundo lugar en Chile, entre las primeras quince causas de discapacidad en las mujeres.
- Personas con trastornos psiquiátricos, como la esquizofrenia.
- Abuso y dependencia de alcohol o drogas.
- Adultos mayores afectados por el Alzheimer y otras demencias (entre 5% y 10% de la población mayor de 65 años).

CAPITULO III REPRESENTACIÓN SOCIAL DE LA DEPRESIÓN

3.1 Antecedentes históricos de la depresión.

Desde la antigüedad, la humanidad ha padecido depresión solo que no se le conocía ni se le definía como ahora. La primera vez que se le describió como un cuadro patológico fue en la época grecorromana y recibió el nombre de melancolía. Fue Hipócrates, con su teoría de los humores, el que atribuyó a la bilis negra el origen de este estado. Los síntomas de la melancolía los describió Soranos de Ephesus como: tristeza, deseos de morir, suspicacia acentuada, tendencia al llanto, irritabilidad y en ocasiones, jovialidad (Arieti y Bemporad, 1993).

En el México prehispánico, se identificó a la melancolía como una enfermedad a la cual se trataba con pulque y con la realización de actividades recreativas como el canto, la música, etc. (Calderón, 1989).

En la edad media se creía que la melancolía era producto de los demonios y de los astros. Fue hasta principios del siglo XIX cuando Pinel, trató de explicar las bases de este estado y se acercó, a la actual etiología. Él decía que eran dos las causas de la melancolía: la psicológica (miedos, engaños amorosos, dificultades familiares) y la física (amenorrea, puerperio) (Arieti y Bemporad, 1993).

En 1896, Kraepelin diferenció la psicosis maníaco-depresiva de la demencia precoz, lo que fue un gran adelanto para la Psiquiatría, no obstante, también una limitante, pues toda persona que tuviera síntomas depresivos, aunque fueran leves, era considerada psicótica.

Hoy se sabe que la depresión tiene un origen multifactorial, donde interviene lo psicológico, lo social y lo biológico, además de ser uno de los más comunes y más serios problemas de salud mental que enfrenta la gente. Millones de personas en el mundo sobreviven en medio de este padecimiento, sin importar razas, nacionalidades o culturas (World Mental Health Day, 2004).

Según Alonso (2001), el término “depresión” viene del latín “*deprimere*” que significa hundimiento o abatimiento. Lo que hunde en la depresión, es el plano vital del ser humano, el paciente se siente hundido, con un peso sobre su existencia, por ello, son enfermos de la vitalidad. Es un trastorno afectivo que varía desde: bajas transitorias del estado de ánimo, que es característica de la vida misma, hasta el síndrome clínico, de gravedad y duración importante con signos y síntomas asociados, marcadamente distintos a la normalidad.

La depresión es producto del funcionamiento anormal del cerebro y de la interacción de la predisposición genética y el historial de vida de una misma persona, lo cual parece determinar el nivel de riesgo. Sin embargo, es una enfermedad tratable. Muchos creen erróneamente que la depresión es normal en personas mayores, adolescentes, mujeres menopáusicas, madres primerizas o en personas que padecen enfermedades crónicas, pero éste es un concepto equivocado, no importa la edad, el sexo o la situación de la vida, la depresión nunca es algo normal. Cualquier persona que experimente síntomas depresivos debe ser diagnosticada y tratada para revertir su condición (World Mental Health Day, 2004).

La depresión es un malestar que afecta todo el cuerpo, el estado de ánimo y los pensamientos; afecta la forma de comer y dormir, el deseo sexual, la opinión de sí misma y el concepto de la vida en general. Un trastorno depresivo no es un estado de ánimo triste, pasajero; tampoco es una señal de debilidad personal o una condición que se puede alejar a voluntad. Las personas que sufren una depresión no pueden tan solo animarse y de inmediato sentirse mejor. Los síntomas pueden durar semanas, meses o años, pero un enfoque adecuado permite modificar ese estado e incluso lograr que la persona que supera una depresión salga enriquecida y favorecida de ella (Bleichmar, 1995).

3.1.2 Clasificación de la depresión

Hay dos maneras de clasificar a la depresión. Una es por medio de categorías y otra es por dimensiones continuas. En ésta última se evalúan diversos continuos como son la intensidad, la duración y el impacto en las funciones diarias; utilizando escalas de autoreportes para saber que tan deprimida está la persona (Muñoz y Ying, 1993).

En cuanto a la clasificación categórica más conocida de la depresión está en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Cuarta Edición (DSM-IV por sus siglas en inglés).

De acuerdo con el DSM-IV los trastornos del estado de ánimo están divididos en trastornos depresivos (depresión unipolar), trastornos bipolares y dos trastornos basados en la etiología: trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica y trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias. Los trastornos depresivos (trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado) se distinguen de los trastornos bipolares por el hecho de no haber historia previa de episodio maníaco, mixto o hipomaníaco. Cabe señalar que para fines de este estudio sólo se retoma la clasificación de Depresión mayor.

El DSM-IV da las siguientes especificaciones acerca de los trastornos del estado de ánimo: El trastorno depresivo mayor: se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores (por ejemplo; al menos dos semanas de estado de ánimo

depresivo o pérdida de interés acompañados por al menos otros cuatro síntomas de depresión).

Características clínicas y criterios para el episodio de depresión mayor

De acuerdo con el DSM-IV son los siguientes:

A) Presencia de 5 o más de los siguientes síntomas durante un periodo de dos semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa: uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

1) Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (por ejemplo: se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (Por ejemplo: llanto).

2) Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).

3) Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (por ejemplo: un cambio de más del 5% del peso corporal en 1 mes) o pérdida o aumento del apetito casi cada día.

4) Insomnio o hipersomnia casi cada día.

5) Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).

6) Fatiga o pérdida de energía casi cada día.

7) Sentimientos de inutilidad o de culpas excesivas o inapropiadas (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).

8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).

9) Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

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

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

D) Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo: una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (por ejemplo: hipotiroidismo).

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

3.1.3 Prevalencia de la depresión

La depresión es una enfermedad incapacitante, ocurre tanto en mujeres como en varones, pero la tasa de incidencia es mayor en la mujer que en el hombre (Blehar, 1997). El número de mujeres que sufren de depresión grave y distimia es el doble que el de los hombres. Esta proporción de dos a uno no depende de factores raciales o culturales ni de la situación económica. La misma proporción existe en otros diez países del mundo (Weissman y cols. 1996).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indicó que en el año 2000 la depresión ocupaba el cuarto lugar de las enfermedades incapacitantes en el mundo y predice que para el año 2020 será la segunda causa de muerte detrás de las enfermedades isquémicas (infartos, insuficiencia coronaria, accidente cerebrovascular). De ahí que desde los distintos niveles sanitarios se esté potenciando la investigación para intentar disminuir este trastorno mental, cuyo índice de prevalencia, lejos de disminuir, es probable que incremente a medida que transcurra el siglo XXI.

En la última Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México se encontró que los trastornos más frecuentes fueron los trastornos de ansiedad (14.3%, alguna vez en la vida) y los trastornos afectivos (9.1%). En los últimos 12 meses, los trastornos más comunes son los de ansiedad y seguidos por los afectivos. Las mujeres presentan prevalencias globales más elevadas que los hombres para cualquier trastorno en los últimos doce meses (14.8% y 12.9%) y en los últimos 30 días (6.5% y 5.1%). Indicando que los trastornos afectivos y de ansiedad son más frecuentes para las mujeres (Medina Mora y cols. 2003).

Considerando lo anterior resulta importante conocer los factores que pueden llegar a desencadenarla.

3.1.4 Etiología de la depresión

A) TEORÍAS BIOQUÍMICAS.

La hipótesis principal sostiene que en la depresión existe una disminución de algunos neurotransmisores –en especial de las monoaminas-, las cuales tienen importantes vías de acción en centros subcorticales asociados con el placer. Sus defensores postulan que hay ciertos hechos que avalan la hipótesis biológica de la depresión.

- 1) la existencia de un patrón de síntomas muy similar a través de todas las culturas, edades y razas.
- 2) la aparición en la mujer de cambios en el estado de ánimo asociados con cambios endocrinos: menstruación, menopausia, parto, etc.
- 3) La efectividad relativa de ciertas terapias somáticas (electrochoques, tricíclicos, y los IMAO) y,
- 4) La existencia de ciertos productos como los medicamentos antihipertensivos, capaces de inducir estados de ánimo deprimidos (Rosenhan y Seligman, 1984).

No obstante, esta hipótesis actualmente se apoya en hechos de naturaleza indirecta y aún no existen datos concluyentes que indiquen que realmente en determinadas zonas cerebrales de las personas deprimidas exista un auténtico déficit de estos neurotransmisores (Faw-cett y Kravitz, 1985).

Los estudios familiares y genéticos indican que el riesgo entre los parientes de primer grado de los sujetos que sufren depresión mayor, es de aproximadamente dos a tres el riesgo de la población general. La concordancia es de cerca de 11% para los gemelos dicigóticos y se aproxima a un 40% en los gemelos monocigóticos. Los padres biológicos de los sujetos de estudio adoptados tienen una prevalencia mucho mayor del trastorno de humor que los padres adoptivos (Ayuso y Saiz, 1997).

B) TEORÍAS PSICOLÓGICAS.

Psicoanálisis.

Una de las primeras formulaciones psicológicas sobre la depresión provino del psicoanálisis. En un clásico trabajo de 1917 “Duelo y Melancolía”, Freud diferenció las reacciones depresivas normales (melancolía) de aquellas reacciones depresivas debidas a la pérdida de un ser querido (duelo). Aunque ambas serían respuestas a la pérdida de algo o alguien a quien se ha amado, en el duelo se produce una reacción de dolor y una sensación de vacío ante el mundo, pero sin una disminución de la propia autoestima. Por el contrario, la melancolía se caracterizaría por los autorreproches excesivos y una disminución extraordinaria de la autoestima.

En cuanto a la etiología, Freud propuso que la depresión no debida a la pérdida de un ser próximo, se caracteriza por una hipercrítica hacia sí mismo que, en realidad, se dirige hacia otros objetos. Así por ejemplo, en una depresión ante un fracaso amoroso, los autorreproches en el fondo están dirigidos hacia la otra persona. Sin embargo, por miedo a producir aún más rechazo por parte del otro, el deprimido vuelve hacia sí la crítica. Aunque la mayor parte de los psicoanalistas posteriores (ej.; Rado, Fenichel, Bibring, Klein, etc.) asumieron esta primera formulación freudiana de la ira interiorizada como el esquema interpretativo básico de la depresión, lo cierto es que Freud en sus últimos escritos interpretaba la depresión sencillamente como la existencia de un superego excesivamente exigente, es decir, un excesivo sentido del deber y la obligación (Bemporad, 1985).

Para el psicoanálisis todos los conflictos surgen desde la infancia. En el caso que nos ocupa, las personas depresivas serían aquellas que, desde pequeñas, se han vuelto muy sensibles a la sensación de abandono (sea real o imaginario). Esta circunstancia ha hecho que su autoestima, su autovaloración, dependa excesivamente de la aprobación y el afecto de los demás, de tal modo, que se ven incapaces de superar la frustración cuando por cualquier circunstancia son rechazados, criticados, o abandonados (Arieti y Bemporad, 1978).

C) TEORÍAS COGNITIVAS.

Indefensión Aprendida.

Este es un modelo explicativo de una curiosa trayectoria. Su autor, partiendo de ortodoxos principios de aprendizaje, estudió los efectos que, en animales, producían series de choques eléctricos inescapables. Ante este tipo de situaciones incontrolables se descubrió que los animales llegan a desarrollar un patrón de conductas y de cambios neuroquímicos semejantes al de los deprimidos (Seligman, 1983; Millar y otros, 1983). Sin embargo, Seligman ofrece una explicación de tipo cognitivo pues propone que estas conductas depresivas se desarrollan solo cuando el animal no tiene esperanza de poder controlar nunca la situación adversa en la que se encuentra.

Este modelo experimental no tardó en integrarse al estudio de la conducta humana (Polaina, 1985). Con ello el modelo se ha complicado progresivamente incluyendo, diversas variables cognitivas moduladoras (Vázquez y Polaina, 1982). Así, se postula que los sucesos aversivos no bastan por sí mismos para desencadenar reacciones depresivas. En efecto, señalan los defensores del modelo, al experimentar tales hechos las personas intentan darse una explicación sobre su causa y si de esa explicación atribucional surge un estado de desesperanza la reacción depresiva resultaría inevitable (Millar y Seligman, 1982).

Uno de los aspectos más interesantes del modelo es la propuesta de un paso final –la desesperanza– que se supone suficiente para generar estados depresivos y, por consiguiente, el modelo ofrece vías de falsedad experimental. La mayor parte de las investigaciones actuales del modelo de la indefensión giran en torno al papel de algunas explicaciones causales (ejemplo: una excesiva autoculpación sistemática) pueden tener como factor de vulnerabilidad a la depresión (Peterson y Seligman, 1984).

Modelo Cognitivo De Beck.

Para Beck, las alteraciones emocionales surgen en aquellos individuos que poseen una visión deformada y errónea de la realidad. Esta visión errónea se basa fundamentalmente en una serie de presupuestos o actitudes disfuncionales que impregnan y condicionan su percepción de la realidad, estas personas poseen esquemas distorsionados de la realidad (ejemplo: autoexigencias extremas) que fácilmente se activan ante sucesos estresantes. Estos esquemas al orientar y canalizar la percepción de la realidad, generan lo que se denomina la triada cognitiva negativa (es decir, una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro) y en consecuencia, producen emociones indeseables (Beck, 1987; Ring y Vásquez, 1989, en Fuentenebro, 1990).

Tanto la teoría de la indefensión aprendida como la triada cognitiva, postulan que la causa de la depresión son las ideas, pensamientos y creencias específicas que los deprimidos tienen sobre el mundo y sobre sí mismos. Un segundo aspecto común a ambas teorías, es el asumir que los síntomas depresivos (inhibición, llanto, ideas de suicidio, etc.) son consecuencia de un estado emocional alterado y éste, a su vez, tiene su origen en una serie de cogniciones peculiares.

Un aspecto destacable de ambos postulados, es que son modelos de diátesis-estrés, es decir, proponen que sin un elemento estresante que active las cogniciones depresivas latentes, no se produce la depresión. Así pues, ni las cogniciones depresivas ni el estrés por sí sólo pueden dar cuenta de una reacción depresiva (Stiles y Götestam, 1988).

D) TEORÍAS SOCIOCONDUCTUALES.

Modelo de Aprendizaje Social.

Según Lewinsohn (1974), la depresión se produce por la inexistencia o pérdida de refuerzos positivos contiguos a la conducta del sujeto. Para él, los fenómenos primarios de la enfermedad son el estado de ánimo deprimido y la reducción del número de conductas. Ambos son producidos por un reforzamiento insuficiente del ambiente. El resto de la sintomatología asociada es consecuencia de los fenómenos

anteriores. Por lo tanto, para que se desarrolle la depresión deben ocurrir las siguientes condiciones bien conjuntamente, bien de forma aislada:

- a) que no existan reforzadores en el ambiente.
- b) que el sujeto no posee habilidades sociales para obtener reforzadores.
- c) que no los perciba cuando sí existen dichos refuerzos.

Según Lewinsohn, el mantenimiento de la enfermedad se produce, a corto plazo, por el refuerzo que la familia y los amigos mantienen a través de su atención y cuidados. A largo plazo, cuando tiempo después los sentimientos de los del entorno se vuelven en contra, el aislamiento mantiene la sintomatología depresiva

La cultura puede influenciar la experiencia y la comunicación de los síntomas de la depresión. Si se tienen en cuenta las especificaciones étnicas y culturales que influyen en la presentación de un episodio depresivo mayor, se puede reducir su infraestimación y los errores diagnósticos. Por ejemplo, en algunas culturas la depresión se experimenta en gran parte en términos somáticos, más que con tristeza o culpabilidad. La experiencia depresiva puede expresarse por las quejas de "nervios" y cefaleas (en las culturas latina y mediterránea), de debilidad, cansancio o "falta de equilibrio" (en las culturas china y asiática), de problemas en el "corazón" o de estar "acongojado" (Chinchilla, 1997).

Aunque el estrés psicosocial puede desempeñar una función en la precipitación de una crisis depresiva mayor y dar forma a la constelación particular de síntomas observados, la investigación actual indica que, como tales, los factores ambientales no producen crisis depresivas graves. Sin embargo los sujetos deprimidos son a menudo incapaces de aceptar el concepto de vulnerabilidad biológica y se conservan convencidos de que "ellos mismos" o los cambios de su ambiente son las causas principales de su estado del humor. A menudo, dudar de uno mismo, tener remordimientos y/o sensación insuperables de ineficiencia, culminan en alteración de las relaciones con amigos y familiares y abandono del trabajo, acciones que tienen efectos comprensibles a largo plazo sobre el humor. Por lo tanto, puede sobrevenir depresión crónica y rasgos de personalidad depresiva como precursores psicológicos y sociales, aspectos concomitantes y secuelas de los estados depresivos biológicos recurrentes (Mann de Dayán, 1997).

Los acontecimientos vitales se han definido como aquellas experiencias de índole psicosocial que requieren del individuo su adaptación a una nueva situación, y los factores estresantes crónicos son definidos como circunstancias adversas que inciden sobre el individuo de manera habitual, exigiendo de él mecanismos de enfrentamiento y que persisten durante un tiempo prolongado (Perris, 1982). En este último, está comprobada su relación con la depresión, para factores graves en cuanto a intensidad y duración.

Hay que diferenciar los eventos vitales como predisponentes o productores de vulnerabilidad y precipitantes de la depresión. Los factores de vulnerabilidad reflejarían una predisposición del sujeto a padecer un trastorno afectivo, pero en sí mismos no justifican su aparición, necesitando para ello de los factores desencadenantes o precipitantes como:

La pérdida de al menos un progenitor durante la infancia se relaciona de forma significativa con la depresión no bipolar, siendo esta relación más frecuentes en mujeres que en varones. Si la pérdida es materna, la primera infancia es el período más relacionado con vulnerabilidad depresiva, pero si es paterna, el período de riesgo, es la segunda infancia. La separación, falta de cuidados o sobreprotección paterna; así como el rechazo parental en la infancia, también pueden condicionar experiencias depresivas posteriores. Se ha visto una correlación entre pérdidas parentales y baja autoestima, que podría mediatizar la aparición de los síntomas.

Otros factores de vulnerabilidad son la ausencia de una relación de intimidad y confianza con la pareja, la convivencia con más de tres hijos menores y el desempleo.

La configuración sociocultural occidental establece entornos ambientales actuales que pueden predisponer a la enfermedad depresiva. La rápida transformación de los modelos culturales, la pérdida de valores trascendentales, las situaciones sociales alienantes como mitificación de la lucha por el éxito, exageración del valor económico, hipervaloración de la productividad, individualismo exagerado y dificultad para construir relaciones comunitarias válidas, junto con el desmembramiento de la estructura familiar y el envejecimiento demográfico, constituyen un medio idóneo para el desarrollo de esta enfermedad (Chinchilla, 1997).

Sin duda los modelos explicativos que ejercen actualmente una mayor influencia son los modelos etiológicos cognitivos y, más en concreto, el modelo de la indefensión aprendida de Seligman (1983) y el modelo cognitivo de Beck (1976).

3.2 Depresión en las Mujeres

Como ya se ha mencionado la depresión clínica no exime a nadie; no distingue entre sexos, edades, razas, entornos socioeconómicos. Sin embargo, las estadísticas confirman que las mujeres son dos o tres veces más propensas que los hombres a sufrir de depresión clínica, debido a una compleja combinación de factores psicológicos, sociales, ambientales, culturales, hormonales, biológicos y fisiológicos contribuyendo a que haya mayor incidencia de depresión entre las mujeres (Dio Bleichmar, 1995).

En la actualidad, debido a los grandes cambios de la economía en México, muchas mujeres tienen mayor estrés por las responsabilidades de niños, el mantenimiento del hogar y del trabajo al mismo tiempo. Otras mujeres tienen una carga de responsabilidad todavía mayor por ser madres solteras o por asumir el cuidado de padres ancianos o enfermos. La sociedad les ha asignado un rol que se acompaña de una serie de patrones sociales, de dependencia hacia el hombre, de pasividad en la relación de pareja, de la postura de sumisión, la falta de expresión de sentimientos y del mismo hecho que las mujeres son más vulnerables a ser víctimas de violencia (física, económica, y/o emocional). En cuanto a los factores de índole biológico y hormonal se encuentra el ciclo menstrual, el embarazo, el aborto, el periodo postparto, la menopausia y la vejez (Alonso, 2001).

Rol social en la mujer

A pesar de las diferencias en la educación y del cambio de mentalidad que se está produciendo, los estereotipos sobre el rol social de la mujer en el ámbito de nuestra cultura, suelen manifestarse en toda su realidad cuando el individuo alcanza la edad adulta. Si bien, los criterios han empezado a variar, el matrimonio y la maternidad siguen todavía constituyendo el foco de atención primordial de nuestras expectativas culturales. Actualmente, conforme aumenta el número de mujeres que se incorporan a la vida laboral, se incrementa el índice de divorcios y de igual forma, se ha incrementado el número de parejas que deciden no tener hijos. Por lo anterior, se sabe que las mujeres casadas presentan un mayor índice de problemas físicos y psicológicos, entre ellos, la depresión, a diferencia de lo que sucede con las mujeres solteras (Knupfer, Clark y Room, 1990).

Gove en 1979, resaltó los siguientes aspectos que propician la depresión:

- Poco reconocimiento en su función como esposa y madre.
- Lo rutinario del trabajo dentro del hogar genera frustración y tedio.
- Si trabaja fuera de casa, se espera por lo general que realice los quehaceres domésticos, además de que tienen en contra la discriminación laboral.
- Genera grandes montos de incertidumbre, poca esperanza y falta de control sobre los acontecimientos futuros, lo cual provoca baja autoestima e inseguridad.

Síndrome premenstrual

Antes de la menstruación muchas mujeres manifiestan una serie de malestares tanto físicos como anímicos, en algunas, son bastante severos, al grado de incapacitarla para cualquier actividad durante este periodo. Hay estudios del Instituto Nacional de Salud Mental (NIHM) que demostraron que las mujeres predispuestas a padecer síndrome premenstrual severo, se alivian de sus síntomas físicos y anímicos cuando se les suprime las hormonas sexuales mediante medicación, sin embargo, si se les

suspende la medicación, los síntomas vuelven. (Rubinow, Schmidt, Roca 1988; Schmidt, Neiman, Danaceau, Adams, Rubinow, 1998).

Embarazo

Cuando una mujer se entera que esta embarazada, la invaden una diversidad de sentimientos y emociones, que dependen de una pluralidad de factores que influyen según sus expectativas sobre la maternidad. Puede sentirse dichosa, mostrar sorpresa, estar irritable, sentir ambivalencia o incluso deprimirse (Dio Bleichmar, 1995).

Aborto

El haber sufrido un aborto conduce a muchas mujeres a tener sentimientos de tristeza, ansiedad, angustia y culpa, estos serán más o menos intensos dependiendo de si el aborto fue espontáneo o provocado, según a las expectativas que tenía la mujer de su embarazo, de los valores inculcados por la familia, de las condiciones económicas y sociales de la mujer. Las consecuencias psicológicas pueden ser a corto o a largo plazo, dando como resultado una depresión (Dio Bleichmar, 1995).

Depresión postparto

El periodo posterior a un parto está caracterizado por un brusco descenso del nivel de hormonas. Los efectos del cansancio y del estado físico; la sensación de soledad y distanciamiento, los sentimientos ambivalentes hacia el hijo, el afrontamiento a su nueva situación como madre, genera una etapa de grandes cambios y adaptaciones, por lo que muchas mujeres experimentan un cambio de humor en los primeros días después del parto, se sienten decaídas, fácilmente lloran o se ven invadidas por pensamientos y pesadillas, hay quienes experimentan culpabilidad o preocupación excesiva, a esto se le conoce como “*depresión postparto*”. (Master, William, H., Jonson, Virginia E, Kolodny, Robert, 1997).

Esterilidad

El no poder tener un hijo cuando se desea con intensidad, suele producir frustración, desconcierto y abatimiento. Muchas mujeres infértiles se sienten vacías, frustradas en su condición femenina, por lo mismo, suelen ser presas de angustia y depresión, porque equiparan erróneamente el “sentirse mujeres” con el hecho de ser madre (Armanda, 1979).

Nido vacío

Ese fenómeno sobreviene con una pérdida: como la juventud, durante el proceso de la menopausia, así como el hecho de que los hijos alcanzan una mayor independencia y empiezan a tomar diferentes rumbos. Entonces se revisan logros y fracasos encarando la posibilidad de la muerte. Para las mujeres que no tienen intereses fuera del ámbito familiar, sobreviene lo que se ha llamado “síndrome del nido vacío”, que provoca abatimiento, tristeza y muchas veces episodios depresivos.

Esta situación puede ser agravada por enfrentar el reto de la aceptación de los cambios físicos y psicológicos del envejecimiento, resultando una etapa muy difícil de sobrellevar para algunas mujeres (Alonso, 2001).

Menopausia

La respuesta emocional de la mujer ante este hecho biológico depende en buena medida de su actitud ante la menopausia, de su historia de vida, de lo que significa y en consecuencia puede desencadenarse un episodio depresivo, sobre todo en mujeres con baja autoestima y dificultades para aceptar cambios (Alonso 2001).

Violencia de género y maltrato

Según investigaciones del Centro de Investigación de las Naciones Unidas para México Cuba, República Dominicana, en algún momento de sus vidas más de la mitad de todas las mujeres latinoamericanas han sido objeto de agresión en sus hogares. Un 33% fue víctima de abuso sexual entre las edades de 16 y 49 años, mientras el 45% recibió amenazas insultos y destrucción de objetos personales.

Si bien es cierto que la depresión puede estar presente en una mujer por diversos factores, no necesariamente vinculados con el maltrato, éste último es un factor que está acompañando de una cantidad importante de síntomas psicológicos de depresión (Muñoz, 1999). Los constantes eventos de violencia, la inevitable degradación que vive la mujer, ante el estado de frustración en que se encuentra, favorecen no sólo la presencia de depresión, sino acciones de violencia autoinducida, como el suicidio. (Barnett, Perrin y Perrin, 1997).

“Las víctimas de violación, suelen sufrir depresión postraumática”, que es común en personas que se han visto enfrentadas a situaciones de miedo insuperable, temor e indefensión. Se sabe que las mujeres que se desenvuelven en niveles económicos bajos, son quienes se ven más afectadas por la depresión, debido a que están más expuestas a ambientes de violencia de género e intrafamiliar (Muñoz, 1999).

3.3 Representación Social de Depresión

3.3.1 Estudios en México.

En una investigación reciente, Lara, Acevedo, Berezon (2004), exploraron la manera en que la depresión es conceptualizada, vivida y significada por las propias mujeres a partir de la revisión de un libro sobre el tema de depresión. Se contó con la participación de 27 mujeres, que conformaron 4 grupos focales, dos de mujeres dedicadas al hogar y dos con trabajo extradoméstico. Se llevaron a cabo dos sesiones por grupo focal, grabadas, analizadas y codificadas en categorías y subcategorías, constituyendo la base de datos para el trabajo. Los resultados muestran que las

mujeres encontraron similitudes en las vivencias descritas en el material y en sus propias experiencias de depresión. Los síntomas de depresión identificados con mayor frecuencia son los trastornos relacionados con la alimentación y el sueño: llanto, desesperación, impotencia y desesperanza, llegando a la conclusión de que el proceso de socialización del papel femenino y la condición de pobreza de las mujeres, las lleva a la depresión. Los acertados conocimientos que mostraron las mujeres sobre depresión –aunque no la definieron como tal- y las características y condiciones en las que se da, llevan a concluir que es importante tomar en cuenta el caudal de conocimientos que tiene la población, con el fin de establecer un diálogo con ésta, cuando se trata de establecer programas de atención y prevención. Su visión tiene que ser, necesariamente, parte de una visión más integral sobre la depresión.

Otro estudio de García (1993), fue realizado en la zona urbana de la ciudad de México, con una muestra de 160 estudiantes de escuelas oficiales de sexto año de primaria a octavo semestre de nivel profesional, con el propósito de obtener una visión de lo que significan para un determinado grupo de personas, nueve figuras lingüísticas relacionadas con la salud y la enfermedad mental, por medio de la conceptualización concensual que se hace de las mismas. La premisa básica fue que explorando el significado psicológico de los conceptos, se obtendría un acercamiento a las representaciones sociales de los mismos, y en consecuencia a posibles pautas de comportamiento al respecto. Los resultados muestran que la depresión fue definida en primer lugar por la categoría que agrupa a las palabras relacionadas con la tristeza, abatimiento, aflicción, congoja, desdicha e infelicidad entre otras, con el mismo valor la enfermedad mental y la locura, seguida por la neurosis. Los valores de los otros cinco conceptos decrecen con categorías similares entre sí. La depresión es considerada como una enfermedad y definida en términos tanto de sus causas, como de sus manifestaciones, con los siguientes conceptos: tristeza, angustia, soledad, problemas, decaimiento, desesperación, aburrimiento, decepción y dolor. La definidora más cercana semánticamente a la depresión fue la tristeza, concepto que llega a manejarse generalmente como sinónimo.

3.3.2 Estudios en otros países.

En España, Comas y Á. (2004) Realizaron un estudio con el propósito de investigar la percepción de depresión en la población en general, se utilizaron más de mil exámenes estructurados y divididos en segmentos por cada comunidad regional. Los resultados muestran que dos de cada tres entrevistados que no han padecido depresión, consideran que la depresión es una enfermedad. El 42% de la población entrevistada piensa que la depresión afecta más del 25% de la población en general y opinan que es de suma importancia darle una atención adecuada, por considerarla entre las tres enfermedades, más frecuentes, incluso excediendo las enfermedades

coronarias; y predicen que la incidencia de la depresión aumentará en el futuro. Sin embargo, la mayor parte de la población refiere no aceptar un tratamiento farmacológico por lo menos de un año de duración o mantener un tratamiento a largo plazo; la razón por la que se muestran renuentes al tratamiento, es el efecto nocivo o la dependencia a los antidepresivos. Solamente el 50% de las personas tratadas por depresión pensaron que habían tenido suficiente apoyo familiar y ayuda social. El 18% de las personas con depresión esconden su diagnóstico básicamente por el miedo al estigma en el trabajo. En conclusión, la población española tiene un buen conocimiento de la depresión, sin embargo, algunos prejuicios hacen más difícil el tratamiento y la recuperación de la gente deprimida y su reajuste social. Esta creencia aumenta los pequeños estigmas que obstaculizan la adherencia al tratamiento, que es sin duda, el factor más importante para mejorar el resultado de la depresión.

En una encuesta realizada en Europa, se encontraron diferencias significativas entre la República de Alemania federal anterior y la República democrática Alemana, respecto a la representación social de depresión. Entonces se predijo que en algunos años estas diferencias se habrían reducido. En 1990 fue realizado el primer examen representativo en ambas partes de Alemania, para probar esa hipótesis el examen fue repetido en el 2001 con las mismas condiciones, fueron entrevistados 5025 personas en la República federal Alemana y 1020 en Alemania del Este. Los resultados muestran que en 1990 había diferencias numerosas entre las dos partes de Alemania con respecto a la representación social de la depresión, y en el 2001, muchas de estas diferencias habían desaparecido. En ambas partes de Alemania era observable un marcado cambio a favor de conceptualizaciones biológicas de la depresión, así como la herencia y las enfermedades del cerebro, que eran consideradas con frecuencia como causa en el 2001. En conclusión la hipótesis inicial de las diferencias entre los conceptos de depresión entre Alemania del oeste y del este en 1990 se reducirían para el 2001 fue apoyada por los resultados. Este estudio demuestra que los procesos culturales, tales como, el proceso de la aculturación que ocurrió en Alemania entre 1990 y 2001, tienen un efecto en la representación social de desórdenes mentales (Beck M, Matschinger H, Angermeyer MC, 2003).

En un estudio efectuado por la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES, 2001) en la comunidad de San Ramón (Santiago Chile) con una muestra representativa de 358 mujeres, denominado “Violencia sexual conyugal y oferta pública de servicios para su atención”, se encontró que el 55.8% reportaron haber vivido violencia física, sexual, psicológica o económica, el 58% declaró sufrir angustia, el 56.8% depresión, 53.1% alteración del sueño y 50.6% estrés. Más del 30% de las mujeres reportó padecer angustia y depresión durante un periodo de cinco o más años.

Woolfolk RL y cols (1999), realizaron un estudio en New Jersey USA, en el que utilizaron la autodescripción para medir la estructura de la cognición y predecir la persistencia de la depresión en pacientes diagnosticados con depresión mayor. Las descripciones que ofrecieron los pacientes fueron analizadas usando un algoritmo que agrupaba la estructura cognitiva. Los índices de autodescripciones negativas fueron derivados de los modelos que resultaban y fueron utilizadas para predecir sintomatología depresiva, nueve meses después del inicio de una depresión mayor. El autoconcepto negativo predijo únicamente niveles subsecuentes de la depresión. Las autodescripciones negativas parecen ser asociadas a la poca recuperación de episodios depresivos severos y proponen investigar la relación entre la psicopatología y la cognición, además de las características formales y el contenido del pensamiento.

CAPÍTULO IV. METODOLOGÍA

4.1 Planteamiento y Justificación del problema

Como ya se mencionó anteriormente la depresión es el trastorno mental que se presenta con mayor frecuencia en la población femenina, el riesgo de padecerlo es de 6% en los hombres y de 12% en las mujeres, una proporción de 2:1, (OMS, 2002). La investigación realizada en el área de representación social de depresión ha sido escasa en México, sin embargo, algunos estudios sobre la representación de la salud mental, mencionan que debido a que la población tiene una definición basada en problemas laborales, familiares y económicos, entre otros; los servicios ofrecen atención basada en diagnósticos psiquiátricos, por lo que la falta de coincidencia entre las necesidades sentidas por la población y la oferta de atención, pueden ser elementos que dificulten la entrada a tratamiento (Lara, 2002; Berenzon, 2003). Por lo tanto, es conveniente conocer la representación social de la depresión en la población que la padece, con el objetivo de reducir las barreras existentes para un posible acercamiento entre los diversos tratamientos que ofrecen los especialistas de la salud mental y las peticiones de quienes han sido afectadas por dicho padecimiento.

El **objetivo general** de esta investigación es conocer la representación social de la depresión en mujeres que presentan síntomas depresivos, a qué causas o razones la adjudican y qué consideran que pueden hacer para salir adelante. Así mismo, se propone comparar si la representación social de depresión de las mujeres, coincide con los criterios del Manual Diagnóstico de Enfermedades Mentales, e identificar las causas u origen de la depresión según las mujeres afectadas, para ver si hay relación con las diferentes teorías existentes sobre la depresión. Por último conocer qué hacen las mujeres para salir adelante de su problemática, es decir, identificar las estrategias necesarias para solicitar ayuda.

Hipótesis

Con base en la literatura, se esperaría que la Representación Social de la depresión de mujeres con síntomas depresivos sea diferente a la definición de una de las clasificaciones más conocidas de depresión (DSM-IV).

Tipo de estudio

Se trata de un estudio exploratorio y cuantitativo basado en tres preguntas abiertas, que indagan la representación social de la depresión, las causas y su afrontamiento.

4.2 Método

Características de la muestra

Se trabajó con una base de datos de una investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, titulado “Una propuesta de intervención para mujeres en riesgo de depresión en el primer nivel de atención” a cargo de la Dra. Ma. Asunción Lara Cantú.

La muestra estuvo conformada por 232 mujeres; se obtuvo en tres Centros Comunitarios de Salud Mental, en un Centro de Salud de la SSA (Centros Comunitarios de Salud Mental de Iztapalapa, Cuauhtémoc y Zacatenco y un Centro de Salud José Castro Villagrana, en Tlalpan).

Los criterios de inclusión de la muestra fueron los siguientes:

- Edad entre 20 y 45 años.
- Saber leer.
- Reportar sintomatología moderada o severa (CES-D) y depresión que no fuera incapacitante.

Los criterios de exclusión de la muestra fueron los siguientes:

- Presentar un diagnóstico de daño orgánico, psicosis o trastorno bipolar (SCID).
- Estar bajo algún tratamiento psicológico o farmacológico en el momento del estudio
- Enfermedad terminal.
- Adicción a sustancias.
- Ideación suicida.
- Mostrar evidencia de incapacidad severa a su estado de depresión.
- Estar embarazada.

4.3 Estrategia de reclutamiento de la muestra.

Se solicitó la colaboración y el apoyo del personal de trabajo social, enfermeras y trabajadoras de las instituciones, para promover la participación en la comunidad y en las propias instituciones, por medio de folletos y carteles que informaban sobre los síntomas de depresión e invitaban a participar en el grupo de ayuda. A las interesadas se les citó para efectuar una entrevista e identificar a las posibles candidatas para una intervención psicoeducativa. Las participantes firmaron una carta de consentimiento informado, la cual se presentó por escrito y se leyó. Si se detectaba que la candidata no cumplía con el perfil, la entrevista se suspendía, explicando las razones por las que se consideraba que requerían de otro tratamiento para su problema y las referían nuevamente con el personal de la institución para

que las canalizaran al servicio adecuado. Se contó con 232 mujeres que cumplieron con los criterios de inclusión del estudio.

Variable

- Representación social de depresión en la mujer. “Es un conjunto de conceptos, afirmaciones y explicaciones existentes entre el pensamiento y el comportamiento (Moscovici, 1981, p. 181) en donde el lenguaje, es un material que permite conocer las representaciones sociales (Jodelet, 1986) de mujeres con síntomas depresivos”.

Instrumento

Del cuestionario aplicado en la investigación mencionada a cargo de la Dra. Lara, se retomaron para este estudio las secciones correspondientes a datos sociodemográficos y tres preguntas abiertas que indagan síntomas, causas y alternativas de solución, las cuales son:

- 1.- Cuando decimos que alguien está deprimido ¿cómo se comporta, qué piensa y qué siente?
- 2.- ¿Por qué cree que se deprimen las personas?
- 3.- ¿Qué deben hacer para salir adelante?

4.4 Análisis estadístico de datos

Se llevó a cabo un análisis de cada una de las respuestas, en los 232 cuestionarios, con la finalidad de obtener categorías conceptuales o semánticas que fueran incluyentes y que no fueran repetitivas. Dichas categorías se construyeron con base a cada una de las respuestas dadas por las propias mujeres. “Posteriormente se analizaron las categorías de las titulares de ésta tesis y se discutieron con el fin de unificar criterios”. Por último, las categorías obtenidas se sometieron a la técnica de interjueces, que consistió en la lectura de cada una de las categorías, donde se propusieron unas y se eliminaron otras; mismas que fueron sugeridas por dos jueces con amplia experiencia en el tema, esto fue con el objetivo de contar con un grado mayor de confiabilidad y establecer las categorías definitivas.

Este método se llevó a cabo para cada una de las tres preguntas. Una vez que se contó con esta información se hizo la captura de las categorías de cada uno de los cuestionarios, en el programa estadístico SPSS versión 11, por medio del cual se obtuvieron porcentajes y frecuencias.

CAPÍTULO V. RESULTADOS

Representación social de depresión.

A continuación se describen las principales características de la muestra.

La edad de la población oscila entre 20 y 45 años. Su escolaridad incluye primaria, secundaria, preparatoria y profesional. De un total de 232 mujeres, el 65.5% manifestó trabajar mientras que el 34.5% no trabaja. En cuanto al ingreso familiar varía desde \$600 hasta \$15000 mensuales. Todas habían sido seleccionadas por tener sintomatología depresiva moderada o severa en el CES-D. (Führer, 1989).

En el contexto de las representaciones sociales definidas como un conjunto de ideas y opiniones que un grupo comparte, a propósito de un fenómeno tienen entre otras características, las de ser relativamente estables en el tiempo y coherentes en su contenido dado que existen en todas partes y se construyen de cualquier forma o fenómeno humano (Moscovici, 1986). Es decir, que la gente no cambia de opinión todos los días, por esta razón, la representación social de la depresión nos puede servir como un parámetro para identificar la realidad de quienes la padecen, donde las mujeres la padecen en mayor proporción que los hombres.

5.1 Qué es la depresión.

Una vez codificadas las respuestas en categorías y subcategorías, se constituyó la base de datos del trabajo. Para el análisis de la pregunta 1.- Cuando decimos que alguien está deprimido ¿cómo se comporta, qué piensa y siente?. Esta pregunta indaga el conocimiento que tiene la población respecto a la depresión con la finalidad de conocer si su conocimiento se asemeja a lo establecido por los profesionales de la salud mental. Se obtuvieron 25 categorías, las cuales se presentan en la tabla 1.

Como se puede observar las tres categorías más representativas son: “*desinterés*” 51.3%. Dividida en cuatro subcategorías: la primera está relacionada con un “*desinterés o falta de ganas de hacer las cosas*” (28.0%), seguida por un “*desinterés en actividades diarias*” (10.8%), continuando con un “*desinterés por el mundo social*” (6.5%) y finalmente se encontró “*desinterés por la vida*”(6.0%).

Algunas de las respuestas que definieron estas categorías son:

1.1 “Desinterés o falta de ganas de hacer las cosas” (28.0%): “Sin ganas de hacer nada”, “no tener ánimos de hacer nada”, “no me dan ganas ni de arreglarme”, “siento desgano”, “ninguna motivación”, “decaída y desanimo”, “no me motiva nada”, “no tiene interés”, “no tienen ánimo para nada”, “desganado”, “con ganas de

no hacer nada”, “no le importa nada”, “está sin ánimos”, “se pierde el interés en todo”.

1.2 “Desinterés con actividades diaria” (10.8%): “No me arreglo”, “ya no me interesan las diversiones”, “con ganas de no trabajar”, “no se baña”, “no me dan ganas de bañarme ni de cambiarme”, “ninguna actividad que realice es importante”, “no toma en cuenta su aspecto personal”, “no se arregla”, “sin alientos de hacer nada”, “no tiene ganas de hacer nada”.

1.3 “Desinterés con el mundo social” (6.5%): “No quiero saber nada ni de nadie”, “no quiero ver a nadie”, “no tiene deseos de salir”, “no te importa nada de la otra gente”, “no me dan ganas de salir”, “no quiere salir de la casa”, “no quiere ver a nadie”.

1.4 “Desinterés con la vida” (6.0%): “Ya no siento interés por la vida”, “no darle importancia a la vida”, “la vida no tiene sentido siempre es lo mismo”, “no tiene ánimos de salir adelante, ni de vivir”, “desinterés en la vida”.

2.- La segunda categoría más representada por las mujeres es “**Tristeza**” con un 37.9%, donde se menciona esencialmente la palabra “tristeza”: “Triste”, “muy triste”, “melancólico”, “tristeza”, “me siento triste”, “se siente triste”, “mucho tristeza”.

3.- En tercer lugar se muestra la categoría “**Llanto**” con un 35.8%, y algunas de las respuestas propias de las mujeres son: “Tienen ganas de llorar”, “con ganas de llorar”, “tengo ganas de llorar”, “de cualquier cosa me pongo a llorar”, “se ponen a llorar”, “con ganas de estar llorando” ó simplemente mencionan la palabra llorar.

4.- La cuarta categoría es “**Irritable**” (23.3%), en la que refieren lo siguiente “esta de mal humor”, “se irrita con facilidad”, “todo le molesta”, “no tolera nada”, “no quieren que las molesten”, “intolerante”, “histérica”, “que nadie te moleste”, “que te irrita todo”, “siento que esta uno histérico”.

5.- Para la categoría “**Social/No se comunica/Se aísla**” (22.4%), se observa lo siguiente: “quisiera desaparecerse”, “trata de esconderse”, “salirse de sí mismo”, “echarse a correr y no voltear para atrás”, “no escucha nada”, “esta callada con la mirada perdida”, “ganas de salir corriendo”, “quisiera estar uno solo”, “todo puede esperar”, “no habla”, “abandonar todo como si no existiera”, “se consume en su cuarto”, “quisiera estar sola, aislada de las personas”, “es muy callada”.

6.- En la categoría de alteración del “**Sueño**” ya sea aumento o pérdida (18.1%), las mujeres refieren: “Tiene mucho sueño”, “pierde el sueño”, “me dan ganas de dormir”, “les da mucho sueño”, “no les da sueño”, “no duermen bien”, “su refugio

es dormir”, “quisiera quedarse todo el día dormido”, “con sueño”, “con ganas de estar acostada y dormir mucho”.

7.- En séptimo lugar tenemos la categoría “**Angustia**”, que incluye Ansiedad, desesperación o preocupación (17.2%), donde la población mencionó respuestas como: “Desesperada”, “hay algo que le preocupa o le angustia”, “desesperación”, “tensa”, “me desespero”, “se desespera mucho”, “preocupada”, “se siente uno desesperada”.

8.- Dentro de la categoría “**Negativa**” (*Negatividad/pesimismo/problemas*) con un 12.5% se menciona: “Todo lo ves negro”, “muy negativamente”, “siente que se le cierran las puertas”, “muy negativo en todo”, “piensa en todo lo malo de su vida”, “ve las cosas negativas”, “todo negativo como que nada esta bien”, “ya no tiene valor nada”, “piensa en sus problemas”.

9.-En la categoría “**Soledad**” (12.1%), encontramos las siguientes respuestas: “Piensa que ya no tienen familia, que esta solo”, “se sienten solos”, “estar solo”, “soledad enorme”, “simplemente sola”.

10.- Las respuestas a la categoría “**Agresividad**” (10.8%) fueron: “Se comporta agresiva”, “agresiva a veces”, “agresivo”, “pegan”, “regañan”, “quiere sacar la frustración con los hijos”, “gritaba, golpeaba a mis hijos”.

11.- Para la categoría “**Síntomas físicos/achagues**” (9.9%), se ubican las siguientes respuestas: “Siente achagues”, “dolor en el pecho”, “siento un picoteo en mi cuerpo”, “me duele todo”, “nudo en la garganta”, “mucho cansancio”, “le sube le baja la presión”, “me duele la cabeza”.

12.- Algunas de las respuestas para la categoría “**Muerte**” que incluye deseos de muerte, pensar en la muerte, ideas suicidas (9.9%) son las siguientes: “Con ganas de morir”, “llegan a las locas ideas de suicidio”, “piensa en la muerte”, “no vale la pena vivir”, “quieren matarse”, “quisiera morir”, “piensan ojala y me muriera”.

13.- Las respuestas a las categorías “**Desesperanza**” (9.5%) son: “Sin esperanza”, “piensan que nada vale la pena”, “no siente apoyo o ayuda de nadie”, “que todo lo que hace por mayor esfuerzo que haga para resolver los problemas de su casa nada es suficiente”, “sin ver una solución a sus problemas”.

14.- Dentro de la categoría “**Estima que incluye baja autoestima o devaluada**” (8.6%), “Es cuando uno siente que no vale”, “se siente inútil”, “que no hace las cosas bien”, “se siente uno cucaracha”, “se siente como poca cosa”, “inseguro”, “se siente inútil”, “se siente devaluado”, “la mujer más desgraciada del

mundo”, “que no vale nada”, “que tiene muchos problemas para desarrollarse como persona”.

15.- La categoría “*Creencia*” que se refiere a la creencia de percepción negativa de otros (6.9%), se mencionan las siguientes respuestas: “Se siente incomprendida”, “sienten que lo que hacen no les interesa a nadie”, “nadie te comprende”, “que sus sentimientos no le interesan a nadie”, “pensamos que nadie nos quiere”, “que Dios nos ha abandonado”, “siento que lo que me dicen me están atacando”, “sentirse que nadie la comprende”.

16.- Para la categoría “*Atención*” que integra falta de atención, el bajo nivel de memoria y la falta de concentración (6.5%), las mujeres indican las siguientes respuestas: “No pone atención”, “la persona no piensa con equidad”, “no capto las cosas”, “dificultad para concentrarse”, “se olvidan las cosas”, “se ve muy pensativa”.

17.- En la categoría “*Apetito*” ya sea aumento o pérdida del mismo (5.6%), se menciona: “Pierde el apetito”, “dejan de comer”, “exceso de alimento o dejar de comer”, “les da mucha hambre”, “con ganas de no comer”.

8.- En la categoría “*Malestar*” (5.2%), se mencionan las siguientes respuestas: “Se siente muy mal”, “se siente mal”.

19.- Para la categoría “*Culpa*” que integra la culpa hacia ella misma o hacia otros (3.9%), tenemos algunas de sus respuestas: “Se siente culpable”, “le hecha la culpa al marido”, “le hecha la culpa a los demás por no realizar algo”, “encuentran culpables”, “es culpable de que las cosas nos salen bien”.

20.- En este mismo orden ubicamos a la categoría “*Miedo*” con un 3.4%, donde la respuesta mas frecuente fue: “Siento miedo”.

21.- Al igual que la categoría anterior, esta categoría “*Nervios*” (3.4%) cuenta con una respuesta frecuente que es: “Nerviosa”.

Por otro lado las tres categorías menos mencionadas y con un mismo porcentaje (1.7%) son: “*Necesidad de afecto*”, “*Vacío*” y “*Apatía*”. Algunas de las respuestas a estas categorías se mencionan a continuación:

22.- “Necesidad de afecto”: “quisiera que lo apapacharan a uno o que lo consintieran”, “que tomen en cuenta sus esfuerzos”.

23.- “Sensación de vacío”: “algo me falta”, “vacío”.

24.- “Apatía”: “apática a todo lo que la rodea”, “me vuelvo apática”.

25.- En la categoría “*Otras*” (22.0%), se clasifican las siguientes respuestas: “Recuerda uno cosas que le han dolido”, “inestable”, “sus emociones están desequilibradas”, “ambicionan otras cosas”, “inmóvil”, “dice uno para que”, “porque tienes que aflorar todo y que a veces es medio difícil”, “quiere uno acabar con esto y ver otra expectativa pero a veces no se puede y busca un escape”.

Tabla 1. Qué entienden las mujeres por depresión. (N = 232)		
Cuando decimos que alguien esta deprimiendo ¿cómo se comporta, que piensa y siente?		
Variables	Frecuencia	Porcentaje %
1. Desinterés (Falta de ganas de hacer las cosas/Con actividades diarias/Con el mundo social/Por la vida)	100	51.3
2. Tristeza	88	37.9
3. Llanto	83	35.8
4. Irritable (mal humor/histérico)	54	23.3
5. Social (no se comunica/ se aísla)	52	22.4
6. Sueño (aumento/pérdida)	42	18.1
7. Angustia (ansiedad/desesperación/preocupación)	40	17.2
8. Negativa (negatividad/pesimismo/problemas)	29	12.5
9. Soledad	28	12.1
10. Agresiva (agresividad)	25	10.8
11. Físicos (síntomas físicos/achaque)	23	9.9
12. Muerte (deseos de muerte/pensar en la muerte/ideas suicidas)	23	9.9
13. Desesperanza	22	9.5
14. Estima (baja autoestima/devaluada)	20	8.6
15. Creencia (creencia de percepción negativa de otros)	16	6.9
16. Atención (falta de atención/memoria/concentración)	15	6.5
17. Apetito (aumento/pérdida)	13	5.6
18. Malestar (sentirse mal)	12	5.2
19. Culpa (culpa a otros/se culpa a ella)	9	3.9
20. Miedo	8	3.4
21. Nervios	8	3.4
22. Afecto (necesidad de afecto)	4	1.7
23. Vacío (sensación de vacío)	4	1.7
24. Apatía	4	1.7
25. Otras (Cualquier respuesta que no entre en ninguna de las categorías anteriores)	51	22.0

5.2 Causas de la depresión.

Para la pregunta 2, ¿Por qué cree que se deprimen las personas? (Ver tabla 2), se puede observar que de 232 mujeres que respondieron el cuestionario, las cinco categorías con más alto porcentaje fueron por **“problemas”**, con casi el 30%, donde se menciona que se debe a problemas, aunque no se especifica el tipo de problema (28.0%); así como 22.4% reportó que **“por problemas económicos”** y el 18.9% por **“problemas familiares o en el hogar”**, otras lo atribuyen a **“problemas con la pareja”** (17.2%) y a la **“incapacidad de realizar metas”** (14.7%).

A continuación se describen las respuestas de estas categorías:

1.- “Problemas sin especificar” (28.0%), “Por problemas variados”, “por los problemas”, “por problemas fuertes”, “por problemas que uno cree que no puede solucionar se van acumulando”, “por los problemas que hay y no puede solucionar y no tener los conocimientos para tener soluciones”, “por los problemas que uno tiene”, “por múltiples problemas”, “por muchos problemas”, “por los problemas que tiene uno”, “por los problemas”, “por la vida tan difícil”, “por un problema”, “por cosas que les pasan”, “por su problemática personal”, “por problemas”, “por tantas cosas”, “por algún problema han de tener”, “por problemas que llega uno a tener”.

2.- “Problemas económicos” (22.4%), Algunas de las respuestas fueron: “Por factores económicos”, “por lo económico”, “por que no tienen dinero”, “por la situación económica”, “por la economía”, “por que no alcanza el dinero”, “por cuestión económica”, “por las situaciones económicas”, “por problemas económicamente”, “por problemas económicos”, “tengo miedo de la inseguridad económica”, “por falta de dinero”, “por que se acaba el dinero”, “por dinero”.

3.- “Problemas familiares o en el hogar” (18.9%): “Por conflictos emocionales de su familia”, “por problemas familiares”, “por que un familiar se muere”, “por la situación familiar”, “falta de atención por parte de la familia”, “por que no están recibiendo la atención que esperan de su familia”, “por los mismos problemas que tiene uno en el hogar”, “no hay armonía en el hogar, por situaciones que viven en su casa”, “no lo comprende la familia”.

4.- “Problemas de pareja” (17.2%): “Por problemas con la pareja, no le pone atención la pareja”, “la pareja no la apoya”, “por no encontrar una pareja”, “cuando tengo problemas con mi esposo”, “por falta de afecto a mi esposo”, “por la pareja”.

5.- “Incapacidad de realizar metas/ resolver problemas” (14.7%): “Por no poder solucionar problemas”, “por una incapacidad para resolver problemas”, “por que sienten que no pueden salir adelante”, “por que no tienen una carrera”, “no tenemos fortaleza para enfrentar los problemas”, “debilidad de carácter”, “por no lograr metas”, “por que las cosas no salen bien”, “no hemos podido salir adelante”, “por

que a veces no logran sus metas”, “cuando no se siente uno realizado como persona”, “por que no obtenemos lo que queremos”, “por un objetivo no realizado”.

6.- “Por el ambiente” (9.5%): “Por la situación de la vida”, “por lo que nos sucede alrededor”, “sobre todo el ambiente”, “por factores externos”, “por la vida tan difícil”, “les pasa algo que no esperaban”, “por cambios que pasan en su vida”, “por la forma de vida que llevan”, “por los problemas de la ciudad”, “por el ambiente en el que uno vive”.

7.- “Desmotivación/desinterés por la vida” (6.9%): “Por que no tiene uno lo que desea o no le salen las cosas como uno quiere”, “por que no se realiza uno como uno quiere”, “no tiene los satisfactores que uno quiere”, “por falta de amor a la vida”, “por falta de interés en este mundo”, “por falta de sentido a su vida” “para que salir adelante”.

8- “Problemas con los hijos” (6.5%): “Por los hijos que no le echan ganas”, “por hijos hiperactivos que hacen que se altere uno más”, “por problemas con los hijos”, “por que los hijos están en la calle”, “quisiéramos que nos valoraran los hijos”.

9.- “Falta de afecto” (6.5%): “por que no le contestan bien o le dicen que es su problema”, “se siente uno sola, no se siente amada”, “uno se siente solo” “se va uno encerrando”, “por falta de cariño”, “necesidad de convivir con la gente”, “por falta de amor”.

10.- “Inseguridad/baja autoestima” (6%): “Por inseguridad”, “por autoestima”, “porque a lo mejor no tenemos suficiente autoestima”, “porque se sienten inútiles”.

11- “Por enfermedad” (5.6%): “Por un estado de salud deficiente”, “por enfermedades”, “por problemas de salud”, “por problemas físicos”, “por su estado de salud”.

12.- “Problemas laborales” (5.2%): “Por problemas en el trabajo”, “por falta de trabajo”, “por que no esta uno recibiendo lo que espera en su trabajo”, “por el ambiente de trabajo”.

13.- “Recuerdos infantiles” (4.7%): “Crecen con una inseguridad”, “desde niños trae uno cosas que las va uno jalando”, “por problemas que tuve en mi niñez”.

14.- “Falta de comprensión” (4.7%): “Por falta de comprensión”, “no hay comprensión de la gente que nos rodea”, “sienten que no la entienden”, “por que no lo escuchan”, “incomprensión de los familiares”.

15.- “Problemas emocionales” (4.3%): “Por el estado de ánimo”, “por desilusión”, “decepción de la gente que nos rodea”, “por decepciones”, “por que no se siente uno feliz”, “por algún problema emocional”, “por coraje”.

Por otro lado están las 3 categorías con menor porcentaje: **“Biológico /orgánicos”** (3.9%), **“Falta de comunicación”** (3%), y **“Falta de apoyo”** (2.6%), aunque al parecer no podrían causar sintomatología depresiva, si son consideradas por las mujeres como algunos factores desencadenantes de depresión.

Algunas respuestas en estas categorías son las siguientes:

16.- “Problemas Biológico/orgánico” “Por una alteración orgánica”, “por la menopausia”, “por falta de alguna sustancia a nivel cerebral”, “algunas veces es fisiológico”, “algo en la cabeza no funciona bien”.

17.- “Falta de comunicación” “Por falta de comunicación”.

18.- “Falta de apoyo” “Por que no sienten el apoyo de los seres queridos”, “por que no tienen un apoyo”, “por que sienten que no tienen un apoyo”, “por falta de apoyo”, “por que hace falta una palabra de apoyo”.

19.- “No sabe” (6.9%). Respuesta literal: “No sé”.

20.- En la categoría **“Otras”** (17.7%). Se clasifican las siguientes respuestas: “por que no acepta la realidad”, “por desilusión”, “por represión y luego saca uno las cosas con la depresión”, “por presiones”, “por la situación social y moral”, “amanece uno y no sabe”, “no acepta uno la realidad”, “por presiones”, “por la edad”, “no tengo la oportunidad de salir, de dar un paseo”, “por falta de estímulos”, “por que uno va viviendo cosas falsas que no son sinceras, nos engañan”, “por muchas responsabilidades”, “le hecha la culpa a terceros”, “por orgullo no piden disculpas”, “por la mala alimentación”, “por debilidad”.

Tabla 2 Causas de la depresión según las mujeres. (N = 232)		
¿Por qué cree que se deprimen las personas?		
Variables	Frecuencia	Porcentaje %
1. Problemas sin especificar	65	28.0
2. Problemas económicos	52	22.4
3. Problemas familiares/hogar	44	18.9
4. Problemas de pareja	40	17.2
5. Incapacidad de realizar metas/resolver problemas	34	14.7
6. Por el ambiente	22	9.5
7. Desmotivación/desinterés por la vida	16	6.9
8. Problemas con lo hijos	15	6.5
9. Falta de afecto	15	6.5
10. Inseguridad/baja autoestima	14	6.0
11. Por enfermedad	13	5.6
12. Problemas laborales	12	5.2
13. Recuerdos infantiles	11	4.7
14. Falta de comprensión	11	4.7
15. Problemas emocionales	10	4.3
16. Problemas biológicos/orgánicos	9	3.9
17. Falta de comunicación	7	3.0
18. Falta de apoyo	6	2.6
19. No sabe	16	6.9
20. Otros (Cualquier respuesta que no entre en ninguna de las categorías anteriores)	41	17.7

5.3 Qué hacer ante la depresión.

Para la pregunta 3, ¿Qué deben hacer para salir adelante? Se obtuvieron 15 categorías, las cuales se analizan más adelante de acuerdo al orden de frecuencias y porcentajes (Ver tabla 3). Las mujeres consideran que una forma de salir adelante de la depresión es “*Buscar ayuda*” (28.4%), sin embargo no especifican con quién, en dónde o cómo; ubicándola como la categoría de mayor frecuencia, 28.4%, seguida por la categoría “*buscar ayuda profesional*” incluidas las subcategorías nos da un total de 19.0%, y continuando con las categorías “*Motivarse/Salir adelante*” y “*Platicar con alguien*” con un 14.2% para cada una.

Tabla 3 Alternativas de solución (N = 232)		
¿Qué deben hacer para salir adelante?		
Categorías	Frecuencia	Porcentaje %
1. Buscar ayuda	66	28.4
2. Buscar ayuda profesional /sin especificar/ Psicológica/psiquiátrica/grupos de autoayuda	44	19.0
3. Motivarse/Salir adelante	33	14.2
4. Ocuparse/Trabajar/En actividades/Deporte	30	12.9
5. Platicar con alguien	30	12.9
6. Pensar positivamente/Ver la vida diferente	25	10.8
7. Buscar una solución	24	10.3
8. Recuperar autoestima	13	5.6
9. Buscar la causa	12	5.2
10. Buscar apoyo familiar	9	3.9
11. Tener fuerza de voluntad	9	3.9
12. Fijarse metas y objetivos	8	3.4
13. Buscar ayuda espiritual	6	2.6
14. No sabe	11	4.7
15. Otras (Cualquier respuesta que no entre en ninguna de las categorías anteriores)	10	4.0

Algunas de las respuestas dadas por las mujeres para la pregunta tres son:

1.- “Buscar ayuda” (28.4%), “Buscar ayuda”, “necesitan ayuda”, “encontrar en donde lo ayuden”, “solicitar ayuda para guiar mejor todo cambio de rutina”, “buscar apoyo”, “buscar ayuda aunque muchas veces no sabe uno a dónde dirigirse”, “ayudarnos mutuamente”.

2.- “Buscar ayuda profesional sin especificar” (8.2%), “Acudir algún lugar donde les puedan brindar ayuda”, “pedir ayuda a las personas como ustedes” (refiriéndose a la entrevistadora), “buscar ayuda profesional”, contar con apoyo profesional”, “consultar un especialista”, “pedir ayuda a agente capacitada”, “ponerse en manos de un especialista”.

2.1 “Ayuda psicológica” (6.5%), “Pedir ayuda psicológica”, “acudir con un psicólogo”, “ver un psicólogo”, “tomar terapia”, “acudir a un psicólogo para ver si se puede solucionar algo”, “ver a los psicólogos”.

2.2 “Ayuda psiquiátrica” (2.6%), “Venir con un psiquiatra”, “someterse a un tratamiento”.

2.3 “Grupos de autoayuda” (1.7%), “Buscar autoayuda o de grupo”, “pedir ayuda a grupos destructivos o neuróticos”.

3.- “Motivarse/Salir adelante” (14.2%), “La vida es bella y tienen que luchar para salir adelante”, “echarle ganas”, “salir adelante y hacer un esfuerzo para salir de esto”, “se animan”, “les deben dar ánimos”, “hacer las cosas para salir adelante”, “seguir por lo que están luchando”, “perseverar”, “tratar de luchar por ser como antes y brincar esa etapa”, “darse ánimo teniendo confianza en sí mismo”, “echarle ganas pero luego se me hace muy difícil”, “tener una motivación”, “palabras de aliento”, “salir adelante por uno y por los que están alrededor”, “les deben dar ánimos y valorarlas”, “hacer las cosas para salir adelante”, “rodearse de personas positivas”, “tener una motivación”.

4.- “Ocuparse/Trabajar/Actividades/Deporte” (12.9%), “Tener actividades”, “trabajar”, “hacer ejercicio”, “divertirse”, “tener alguna distracción que no les de tiempo de estar sufriendo”, “estar ocupado eso hace que no se deprima”, “distrarse o irse a trabajar, me pongo a cantar y gritar hasta que me siento mejor”, “encontrar empleo y la mayoría de mis problemas se van a solucionar”, “tratar de distraerse”, “leer, ver la tele”, “tener alguna actividad”, “divertirse y tener ocupado su tiempo”, “ejercicio”, “mantenerse ocupada en algo que realmente guste”.

5.- “Platicar con alguien” (12.9%), “Buscar a alguien que nos escuche”, “buscar la manera de obtener una conversación”, “platicarlo”, “desahogarse”, “tratar de tener comunicación entre si”, “hablar”, “platicar con amistades”, “alguien con quien platicar”, “exteriorizarlo pero muchos no lo hacemos”, “platicar con alguien de confianza”, “tratar de comunicarnos”.

6.- “Pensar positivamente/Ver la vida diferente” (10.8%), “Pensar que la vida es muy valiosa”, “rodearse de gente que las quiera y las apoye”, “rodearse de personas positivas”, “echarle ganas”, “salir adelante”, “pensar positivamente”, “pensar que todo puede cambiar”.

7.- “Buscar una solución” (10.3%), “Tratar de solucionarlo”, “buscar la mejor solución para su problema yo creo que hay muchas soluciones menos la muerte”, “tratar de solucionar las cosas”, “buscar opciones”, “tratar de resolverlo”, “tratar de resolver los problemas lo mejor que se pueda”, “buscar alternativas”, “tratar de solucionar eso”, “poner soluciones y no dejar que nos afecte tanto opiniones o presiones ajenas”, “enfrentar los problemas”, “decir tal y como son para ver como se pueden solucionar”, “buscar lo que no le dañe”, “ver las posibles soluciones”.

8.- “Recuperar autoestima” (5.6%), “Quererse mucho”, “preocuparse y ver más por uno que por los demás”, “tener confianza en sí mismo y sentirse útil”, “no depender de los demás”, valorarse uno mismo y salir adelante por uno”.

9.- **“Buscar la causa”** (5.2%), “Reconocer lo que nos afecta”, “expresar el problema del por que estas así”, “primero encontrar la causa que te esta deprimiendo”, “buscar cual es el problema”, “hacer consciencia”.

10.- **“Buscar apoyo familiar”** (3.9%), “Tener más comunicación con la pareja o personas que convive”, “luchar por los hijos”.

11.- **“Tener fuerza de voluntad”** (3.9%), “Es difícil se necesita mucha voluntad”, “poner mucho de su parte”, “hacer un esfuerzo para salir de esto”, “poner de su parte”, “tener voluntad para superarlo”, “tener mucha fuerza de voluntad”.

Las categorías menos frecuentes son: **“Fijarse metas u objetivos”** (3.4%) y **“Buscar ayuda espiritual”** (2.6%).

Por mencionar algunas de las respuestas:

12.- **“Fijarse metas y objetivos”** (3.4%), “Conseguir algo diferente a lo que están haciendo”, “intentar hacer las cosas”.

13.- **“Buscar ayuda espiritual”** (2.6%), “No perder la fe”, “tener fe”, “rezar mucho”.

14.- **“No sabe”**: “No se”, “no sé eso es lo que quiero saber”.

15.- **“Otras”** (17.7%), “Sacrificar muchas cosas, tratar de estar tranquila”, “olvidarse del problema y enfocarse en otras cosas”, “darse determinado tiempo si en ese tiempo no sale uno buscar un tipo de ayuda”, “es hacerse de la vista gorda”.

A manera de resumen se puede decir que las mujeres muestran una representación social de la depresión como un estado de desinterés en todos los sentidos, por lo tanto, no hay interés hacia la vida misma, ni en las actividades diarias, así como con el mundo social, ni tampoco tienen ganas de hacer nada. La mayoría muestra gran tristeza aunado al llanto. En un menor porcentaje refieren expresarla con apatía, necesidad de afecto y una sensación de vacío.

Las mujeres consideran que el origen o factores desencadenantes de la depresión es el hecho de tener problemas en general, aunque muchas de ellas no especifican de tipo de problemas, otras mencionan los problemas económicos, los problemas familiares o en el hogar; así mismo, identifican como causas menos frecuentes a los problemas biológicos u orgánicos, a la falta de comunicación y el no recibir apoyo.

A pesar de lo antes mencionado, las mujeres cuentan con estrategias, la gran mayoría sabe que tiene que buscar ayuda, sin embargo, muchas no saben dónde,

cómo o con quién dirigirse, pero es muy claro que saben que tienen que hacer algo, es decir, están conscientes de que existe un problema, lo que no saben es hacia donde dirigirse. Otra gran mayoría prefiere ocuparse en algo, ya sea en trabajar, en actividades que para ellas sea una distracción (leer, ver la televisión, cantar, etc.) o bien realizar deporte. Una minoría concibe que el ponerse metas y objetivos o buscar ayuda espiritual les puede ayudar a salir adelante.

CAPÍTULO VI. DISCUSIÓN

Se han realizado diversos estudios sobre representación social, con la intención de describir e interpretar la naturaleza del mundo empírico, incluyendo las creencias, opiniones, actitudes y concepciones adquiridas, reforzadas y modificadas a través de los procesos de socialización, que son generados y determinados por los patrones culturales que prevalecen en el grupo social al que pertenece cada individuo. Este trabajo retoma el discurso de las mujeres que expresan sus experiencias personales respecto a la depresión. Según Jodelet (1986) el lenguaje interviene como organizador de contenido y operador de sentido y las producciones discursivas de las personas se presentan como el único material mediante el cual se pueden conocer sus representaciones sociales.

El estudio se llevó a cabo en mujeres con las siguientes características:

Haber reportado sintomatología moderada o severa (CES-D) y depresión que no fuera incapacitante. Con edad entre 20 y 45 años y con escolaridad de primaria, secundaria, preparatoria y profesional.

Como ya se mencionó anteriormente, el primer objetivo del estudio fue investigar qué entiende la población por depresión. La descripción de las mujeres se comparó con la del DSM-IV. De acuerdo a los resultados encontrados, se observa que sí hay similitud entre lo que las mujeres sienten y piensan acerca de la depresión en comparación con los síntomas que se clasifican en este Manual Diagnóstico, por lo tanto, es preciso señalar, que las mujeres identifican todos los síntomas que contiene el DSM-IV. Sin embargo, las mujeres también mencionan otros que no están considerados en dicho manual.

Entre los síntomas que coinciden con los criterios del DSM-IV encontramos a la categoría desinterés y a la categoría tristeza, como los dos síntomas de mayor importancia, tanto para las mujeres del estudio como para los requeridos para el diagnóstico de depresión de acuerdo con el manual. Más de la mitad de la población reconoce e identifica como síntoma principal el desinterés, que se observa a través de no tener ganas de hacer nada, ni alientos de realizar nada o falta de ganas de hacer las cosas; hay un desinterés por las actividades diarias, al igual que el desinterés por el mundo social y por la vida en general. La tristeza se encuentra en el criterio del estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, expresado como sentirse triste, tener ganas de llorar, sensación de vacío.

Entre los síntomas encontrados en las respuestas de la población como parte de la conceptualización que tienen sobre la depresión y que no aparecen como tal en el DSM-IV, tenemos a la angustia, la ansiedad, la desesperación y la preocupación, así como las ideas negativas o ser pesimistas, el comportamiento agresivo, los síntomas

físicos como consecuencia de la depresión, la creencia de percepción negativa de las personas que las rodean, estar de malas o sentirse mal, sentirse invadidas por el miedo, estar nerviosas, sentir necesidad de afecto por parte de los demás, el mostrarse apáticas; que si bien no aparecen en dicho manual si son considerados por otros autores para determinar la depresión. Como menciona Chinchilla (1997) la experiencia depresiva puede expresarse por quejas de nervios y dolores de cabeza, por problemas físicos o estar preocupadas, de igual forma Mann de Dayán (1997) agrega que sienten remordimientos y/o sensación insuperable de ineficiencia, culminan en alteración de las relaciones con amigos, familiares y abandono de trabajo.

Coincidiendo con los resultados de García (1993) quien reportó que la depresión fue definida con palabras como: tristeza, angustia, soledad, problemas, decaimiento, desesperación, aburrimiento etc.

De igual forma Dudet (2002) en su investigación muestra que los pacientes tienen todo un discurso sobre la salud-enfermedad mental, que está constituido con conocimientos que versan sobre creencias, tradiciones, conocimientos cotidianos, práctica, experiencia, sentido común, conocimientos técnicos sobre la salud y la enfermedad mental. Haciendo hincapié en la importancia de conocer y considerar los conocimientos colectivos y cotidianos de las personas como forma de sabiduría social para permitir el desarrollo de propuestas de prevención, atención, tratamiento y rehabilitación mucho más específicas a las necesidades reportadas por estos, que es una de las propuestas que se realizan en este trabajo.

Otro estudio realizado por Lara, Acevedo, Berezon (2004), con el cual coincidimos en cuanto a resultados, tal estudio, reporta la manera en que la depresión es conceptualizada vivida y significada por mujeres, indicando que los síntomas de depresión con mayor frecuencia son los trastornos relacionados con la alimentación y el sueño, llanto, desesperación, impotencia y desesperanza, llegando a concluir sobre la importancia de tomar en cuenta el caudal de conocimientos que tiene la población, con el fin de establecer un diálogo con ésta, cuando se trata de establecer programas de atención y prevención para la misma. Su visión tiene que ser, necesariamente, parte de una visión más integral sobre la depresión.

Respecto al segundo objetivo del estudio que fue identificar las causas u origen de la depresión, según las mujeres afectadas, para ver si hay relación con las diferentes teorías existentes sobre la depresión. Se encontró que las mujeres de la muestra consideran que el origen de la depresión es causado por tener problemas como lo había mencionado Lara y cols. (2004). Algunas de ellas especifican los tipos de problemas que pueden ser: económicos, familiares, de pareja, con los hijos, laborales, emocionales, de salud, por la incapacidad de realizar metas o resolver problemas, por el ambiente, por sentirse desmotivadas, por traumas infantiles, por

no poderse comunicar o sentirse incomprendidas, no sentirse apoyadas, y un porcentaje mínimo desconoce las causas.

Un alto porcentaje de la población menciona, que la causa de la depresión se debe a los acontecimientos estresantes de la vida, cuando son graves y prolongados, lo cual coincide con lo propuesto por la teoría socio-conductual Lewinsohn (1974), que nos dice que cuando hay sucesos estresantes aumenta la vulnerabilidad de las personas de padecer depresión. Ese es el caso sobre todo de las mujeres debido al rol social que se les ha asignado, muchas de ellas tienen la responsabilidad del cuidado de los hijos sin el apoyo del padre, no tienen trabajo o bien son hijas con algún padecimiento físico o mental, por lo que consideran pueden ser factores desencadenantes de la depresión. También las mujeres de la muestra dicen que otra causa puede ser los problemas que tienen con la pareja, con familiares o con algún conocido o simplemente el ambiente mismo, en el que los grandes cambios de la economía de muchas mujeres provocan mayor estrés generando problemas en el trabajo; cabe señalar que no especifican con quien, puede ser con jefes o compañeros de trabajo.

La teoría de la indefensión aprendida y la triada cognitiva postulan que la causa de la depresión son las ideas, pensamientos y creencias específicas que los deprimidos tienen sobre el mundo y sobre sí mismos. Por lo tanto Beck (1987) menciona en su teoría que las personas que poseen esquemas distorsionados de la realidad, presentan autoexigencias extremas, que coinciden con lo que algunas mujeres mencionan como causas de la depresión, como la incapacidad de resolver problemas, de no alcanzar sus metas, no haberse realizado como personas o tener baja autoestima.

Un menor porcentaje de la muestra coincide con la teoría psicoanalítica. Freud, (1917), dice que la depresión puede ser causada por ciertas experiencias de los primeros años de vida, por la separación o pérdida (real o imaginaria) de algún miembro importante en la vida de la persona. Así como la existencia de un superego exigente, es decir, un excesivo sentido del deber y la obligación. En concordancia, las mujeres mencionan que se debe a recuerdos infantiles, o recuerdos que le han dolido mucho, tener una baja autoestima o la dificultad para expresar sus sentimientos, por sentirse inseguras, o por no alcanzar sus metas y las exigencias rígidas que se han aplicado a sí mismas durante toda su vida, puede intentar demasiadas cosas y deprimirse más, al no poder cumplir con lo que ellas mismas esperaban.

La teoría bioquímica sostiene que en la depresión existe una disminución de algunos neurotransmisores, en especial de las monoaminas, las cuales tienen importantes vías de acción en centros subcorticales asociados con el placer. En este estudio se encontró un porcentaje muy bajo, que indica que la depresión puede ser causada por una alteración orgánica, por la menopausia, por falta de alguna sustancia a nivel

cerebral, algunas veces es fisiológico o algo en la cabeza no funciona bien. Como puede observarse la mayoría de la población cree que las causas de la depresión provienen del medio en el que se desenvuelven y restan importancia a los procesos cerebrales. Aproximadamente el 5% de la población femenina desconoce las causas.

En cuanto al tercer objetivo del estudio que consistió en conocer lo que hacen las mujeres para salir adelante del padecimiento e identificar sus estrategias para solicitar ayuda, se encontró lo siguiente:

Las mujeres en general consideran que las personas con síntomas depresivos deben buscar ayuda. La mayoría menciona que se debe buscar ayuda sin especificar en donde, también mencionan que deben buscar ayuda con un profesional sin especificar con quien. Así mismo sugieren que les ayudaría el auto-motivarse para salir adelante o hacer alguna actividad que las distraiga, por ejemplo: trabajar, hacer deporte o simplemente platicar con alguien; buscar ayuda con un familiar o conocido. En un menor porcentaje refieren fijarse metas, buscar ayuda espiritual, aunque también hay quienes no saben que hacer ante la situación.

Resulta importante mencionar que además de hacer cosas por sí mismas para salir de la depresión, requieren de ayuda profesional. Sin embargo, según Carter y cols. (1991) la población no solicita la ayuda disponible de los especialistas, debido a que la depresión no se considera una causa importante de muerte y su detección, tratamiento y/o canalización a servicios especializados es insuficiente, Berenzon y Medina Mora (1992) agregan que los usuarios se quejan por creer que los médicos carecen de una capacitación adecuada y que las consultas tienen una duración muy breve, lo cual impide al paciente aclarar sus dudas acerca de lo que siente y recibir información adecuada; surgiendo una situación de enfrentamiento o desencuentro entre el médico y el paciente debido a la falta de comunicación o incluso por un trato autoritario; por lo tanto, los servicios se perciben como poco útiles o existe mucha desconfianza en ellos. Otros factores que también se consideran en cuanto a la baja asistencia a los servicios de atención son las distancias, tiempos y gastos de transportación, no poder faltar al trabajo, no tener quien cuide a los hijos, carecer de horarios de consulta y tener que esperar mucho tiempo para concertar una cita.

Así mismo De la Fuente (1982) menciona que la salud mental de nuestro país no ha sido atendida de manera adecuada y que esta no se debe a la escasez de recursos, ni a la mayor prioridad de otros problemas de salud; sino fundamentalmente a los problemas relacionados con la ignorancia, los temores, las creencias y los prejuicios arraigados en nuestra cultura, en relación a los trastornos mentales y a quien los padece. Pero también se ha visto que los presupuestos destinados al área de salud mental son considerablemente más bajos en comparación con los destinados a otras áreas médicas. Por lo tanto la investigación enfocada a los servicios de salud mental es escasa (Secretaría de salud, 2001).

En México los estudios sobre representación social de la depresión y de la salud mental en general son escasos, sin embargo, algunos estudios sirvieron para dar cuenta de la importancia de integrar la información proporcionada por la población que ha sido afectada por dicho padecimiento y la manera en que debe ser integrada o tomada en cuenta para la elaboración de nuevos programas educativos o de rehabilitación para el tratamiento de esta enfermedad.

En otro contexto en la literatura se identificó que en el uso de servicios de salud mental entre hombres y mujeres hay diferencias. En primer lugar, se encontró que las mujeres solicitan ayuda profesional para sus problemas emocionales, en tanto que los hombres solicitan la ayuda profesional para sus problemas de alcoholismo y farmacodependencia (Padilla y Peláez, 1985). Estos mismos resultados son similares para el primer nivel de atención.

Como dato importante en otro estudio Solis, Medina-Mora (1994) encontraron que los servicios utilizados por las mujeres son los servicios de salud mental otorgados por las instituciones de seguridad social. Para el caso de los hombres, son especialistas privados y centros de salud especializados. Como podemos ver, nuevamente hay diferencias en la forma de vivir, tanto de los hombres como de las mujeres, aquí observamos, la facilidad con la que se les presenta a los hombres tener el acceso a los lugares especializados. En el caso de las mujeres tal vez por el dinero, por procurar a la familia, por desconocimiento o por diversas razones, son ellas las que más acuden a los servicios de seguridad social.

CONCLUSIONES

En cuanto al concepto de la depresión se encontró que las mujeres la definen como un estado de desinterés o falta de ganas de hacer las cosas, hay incluso un desinterés por la propia vida. La tristeza y el llanto son muy comunes, son fácilmente irritables, no hay comunicación con la familia ni con los amigos, pues ellas prefieren aislarse. Presentan alteraciones de sueño y del apetito, las invade la angustia, los nervios, las ideas negativas, llegando a presentar síntomas físicos, como los dolores de cabeza, dolores del cuerpo o sentir cansancio.

Además las mujeres de la muestra presentan baja autoestima, se sienten culpables o les echan la culpa a otros por la situación que viven. Indican sentirse vacías, incomprendidas, con una necesidad de afecto, se sienten mal y por lo mismo presentan problemas para concentrarse o simplemente no ponen atención. En general se muestran apáticas.

En cuanto a causas, la población refiere que se debe a situaciones del entorno tales como: problemas en general y sin especificar, problemas económicos, por problemas con familiares, en casa o la pareja, sin embargo, también mencionan que por no haberse realizado como personas, por no haber algo que las motive, por falta de amor, por recuerdos que las dañan o por no sentirse comprendidas, por no tener apoyo. Muy pocas personas reconocen que se deba a problemas biológicos u orgánicos o simplemente reconocen síntomas pero no saben a que atribuirlos.

En términos generales se concluye que las mujeres tienen una amplia concepción de la depresión, es decir, identifican síntomas, posibles causas y reconocen que requieren de ayuda.

Es importante recordar que una persona con salud mental es aquella que esta consciente de sus problemas y al mismo tiempo esta haciendo algo para salir adelante. Por lo tanto, los acertados conocimientos que mostraron las mujeres de la muestra sobre depresión en cuanto a síntomas, posibles causas y reconocer que tienen que solicitar ayuda, llevan a concluir sobre la importancia de tomar en cuenta el caudal de conocimientos que tiene la población, cuando se trata de establecer programas de atención y prevención para la misma. Estos resultados pueden ser de utilidad para crear programas de atención especializada o programas de prevención en el área. Así como la necesidad de promover la utilización de servicios en salud mental y crear centros de atención especializada en depresión.

Este trabajo propone crear campañas de difusión en donde se mencione que la depresión requiere de un diagnóstico oportuno y de un tratamiento adecuado, que no puede ser atendida por un médico general, ya que requiere de personal profesional, capacitado y sensible, que tome en cuenta las necesidades de las mujeres que son

vulnerables a dicho padecimiento. Así como dar a conocer a la población que ya la padece, la información del lugar adecuado al que pueden acudir en búsqueda de ayuda especializada.

De igual forma este estudio puede servir para nuevas investigaciones sobre representación social de depresión, no solo con la población que la padece, sino abarcar la población en general para conocer que tantos conocimientos tienen y retomarlos para elaborar programas educativos; así mismo, incluir a la depresión como un tópico que sea parte de la formación académica del psicólogo.

Es importante recalcar que la depresión clínica no exime a nadie; no distingue entre sexos, edades, razas, entornos socioeconómicos. Sin embargo, las cifras que componen las estadísticas confirman que las mujeres son dos a tres veces más propensas que los hombres a sufrir depresión clínica debido a una compleja combinación de factores psicológicos, sociales, ambientales, culturales, hormonales, biológicos y fisiológicos, contribuyendo a que haya mayor incidencia entre las mujeres. Es por esto que se retomó una población femenina, para conocer su representación social enfocada a la depresión, una enfermedad, que conocen, puesto que la han vivido.

Por lo tanto podemos hablar de la depresión en general como una enfermedad que consiste en un conjunto de síntomas, que se enmarcan en un manual, y que para ser considerada una enfermedad clínicamente diagnosticada, debe de cubrir con ciertos criterios, donde se tienen que presentar tales síntomas. La depresión afecta a cada persona de una manera diferente, aunque sean los mismos síntomas. Estos pueden variar en intensidad, severidad y duración. Muchas personas solamente manifiestan algunos de los síntomas. Para algunos, los síntomas se manifiestan en episodios cortos; para otros, los síntomas pueden durar por mucho tiempo si no se obtiene tratamiento. Tener algunos síntomas de depresión no significa que una persona está deprimida clínicamente. Por esta razón es importante personalizar la atención a cada una de las personas. Pues en nuestro país, como tal vez en muchos otros, donde se vive a diario con un ritmo de vida muy acelerado, por ejemplo, el vivir con el estrés de la posibilidad de perder el empleo, o un exceso de trabajo, o problemas económicos o familiares, puede causar irritabilidad o bajas en el estado de ánimo. Hasta cierto punto, sentirse así es simplemente parte de la vida. Pero si la persona siente estos síntomas por mucho tiempo con mayor intensidad, y llega a afectarse también su vida cotidiana, entonces lo que parecía ser un cambio en estado de ánimo puede haberse convertido en una condición clínica que incapacita y hace poco funcional a quien la padece.

BIBLIOGRAFÍA

- Alonso, F. (2001) Claves de la depresión. España, Ed. Cooperación.
- Angst J, Merikangas K. "The Depressive spectrum: diagnostic, classification and course". J Affect Disord 1995; 45:31-40.
- Arieti, S. Y Bemporad, J. (1993) Psicoterapia de la depresión. México: Ed. Paidós Mexicana, S. A.
- Armanda, J. (1978) Psicología de las mexicanas. México. ED. Diana
- Augusto, C.C. "Salud Mental y calidad de vida psicológica" Acta Psiquiat Psicol. Amér lat, Vol. 37(3), pp. 249-251, 1991.
- Ayuso, J. L. Saiz, J. (1997) Depresión: Visión actual. Madrid: Grupo Aula Médica.
- Barnett, O. W., Perrin, M. Y Perrin, R (1997) Family violence across the lifespan. California: Publications Sage.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. & Emery, G. (1983) Terapia cognitiva de la depresión. España: Ed. Desclee de Brouwer S. A.
- Berenzon, S: "La medicina tradicional urbana como recurso alternativo para el tratamiento de problemas de salud mental". Tesis para obtener el grado de Doctor en Psicología. Facultad de Psicología, UNAM, México D.F., 2003.
- Berenzon, S y Medina Mora (2002) Cálmese con sus nervios tómese un tesito: Servicios y recursos de atención a la salud mental de la mujer", México.
- Blehar MC, Oren DA. "Gender differences in depression. Medscape Women's Health", 1997;2:3. Revisado de: Women's increased vulnerability to mood disorders: Integrating psychobiology and epidemiology. Depression, 1995;3:3-12.
- Bueno de Osawa R. (1994). Algunas reflexiones sobre la salud mental. En flora y fauna silvestre y bienestar emocional. Ed. AESA-EDIgrupo. M.
- Calderón, G. (1989) Depresión, causas, manifestaciones y tratamientos. México: Trillas
- Campillo C, Caraveo J, Medina-Mora ME, Martínez P: Confiabilidad entre clínicos utilizando la "Entrevista psiquiátrica estandarizada" de Goldberg, en una versión mexicana. Acta psiquiát. Psicol. Amér. Lat. 27:44-53, 1981.
- Caraveo J, Colmenares E: "Prevalencia de los trastornos de ansiedad fóbica en la población adulta de la ciudad de México". Salud Mental, 23(5), 2000.

Caraveo J, Gómez M, Saldívar G, González RE: “Encuesta Nacional de Pacientes Psiquiátricos Hospitalizados”, Salud Mental, 18(4):1-9, 1995.

Caraveo J, González-Forteza C, Ramos L, Mendoza AP: “Necesidades y demanda de atención en los servicios de salud mental”. Salud Pública de México, 28(5):504-514, 1986.

Caraveo J, Martínez N, Rivera E, Polo A: “Prevalencia en la vida de episodios y utilización de servicios especializados. Salud Mental”, 20(Suplemento julio) 1997.

Caraveo J, Mas C: “Demandas de Atención en Salud Mental”. Tres diferentes ámbitos. Anales. Reseña de la V Reunión de Investigación, IMP, 23-27, 1990.

Carter, R. (2004) World Mental Health Day: “La relación entre la salud física y la salud mental: Trastornos Concurrentes”. Estados Unidos de América.

Castro ME, Medina-Mora ME, Martínez P: “Poder discriminativo de un cuestionario que detecta padecimientos emocionales entre sujetos que requieren y no requieren atención especializada con bajo nivel de escolaridad”. Enseñanza e investigación en psicología, 2(16):229-235, 1982.

Davison, G.C. and Neale, J. (1996) Abnormal psychology. N.Y.; Jonh Willet & Sons Inc.

De la Fuente R: “Acerca de la Salud Mental en México”. Salud Mental, 5(3): 22-23, 1982.

De la Parra A, Escobar O, Rubio S: “Características Psicosociales de Pacientes Psiquiátricos Crónicos Hospitalizados”. Salud Pública 25(2):161-172, 1983.

Dio, Bleichmar, (1995) La depresión en la mujer. Ed. Temas de hoy.

DSM-IV Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. (1995) España: Masson.

Dudet, C. “Perspectiva socioconstruccionista de la salud- enfermedad mental”. (2002), Psicología Iberoamericana. Pp 31-34, Vol. 10 No 1.

Farr, R. (1992) “Escuelas Europeas de Psicología Social”. Investigación en representaciones sociales. En Revista Mexicana de Sociología No. 19.

Florenzano, R., Acuña, J., Fllerton, C. Lopez, S., Aylwin, W., Quinteros, M., Marchandon, A. “Frequency, characteristics, and management of patients with emotional disorders in primary health care”. Rev. Chil. Neuro-Psiquiat., Vol. 31 pp.151-157, 1993.

Frenk J, Lozano R, González MA: Economía y Salud: Propuesta para el avance del sistema de salud en México. Fundación Mexicana para la Salud, México, 1999.

Freud, S (1992). Obras completas de Sigmund Freud: Vol 14. Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico. Trabajos sobre metapsicología y otras obras. Buenos aires: Amorrortu Editores.

Fuentenebro, (1990). "Psicología médica, psicopatología y psiquiatría". Vol. II. Psiquiatría y Psicologías Clínicas. Mc Graw Hill, Interamericana de España, S.A. Madrid.

García S. "El significado psicológico y social de la salud y la enfermedad mentales." Salud Mental, V.17 No 1, 1994.

González M, (1997) En: Tratamiento de las depresiones. Chinchilla, 1997. Ed. Masson, S.A. Barcelona (España).

Herzlich, Cl.(1975) "La representación social: sentido del concepto". En Moscovici, S. (ed.), (1975) Introducción a la psicología social. Barcelona. Planeta.

Jodele, D. (1986). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En Moscovici; (Comp.) Psicología Social. Barcelona: Paidós.

Käes, R. (1968) "Images de la cultura ches les ouvriers francais". Paris:Cujas.

Lara MA, Acevedo M: "Patrones de utilización de servicios de salud mental. Salud Mental", (suplemento-abril):14-18, 1996.

Lara MA, Navarro C, Rubí NA, Mondragón L. "Outcome of two levels of intervention in low-income woman with depressive symptoms". American Journal of Orthopsychiatry, 73(1)35-43, 2003a.

Lara MA, Navarro C, Rubí NA, Mondragón L. "Two levels of intervention in low-income woman with depressive symptoms". Compliance and programme assessment. International Journal of social psychiatry, 49(1):43-57, 2003b.

Lara Ma, y otros. "La depresión femenina vista desde la subjetividad de las mujeres". Instituto Nacional de Psiquiatría, 2004, pp. 109-118.

Lara A: "Una propuesta de intervención para mujeres en riesgo de depresión en el primer nivel de atención". Tesis para optar por el grado académico de Doctor en Ciencias. Facultad de Medicina, UNAM, México, D. F. 2002.

Leibenluft E. "Issues in the treatment of women with bipolar illness". Journal of Clinical Psychiatry (supplement 15), 1997;58:5-11.

Martínez LP, Medina Mora, Campillo SC. "Evaluación del costo de la utilización de servicios en la práctica medica general". Salud Mental 7(3) 1984.

Medina Mora M.E., Rascon ML, Tapia E, Mariño MC, Juárez F, Villatoro J, Caraveo J. (1992) "Trastornos Emocionales en Población Urbana Mexicana". Anales del Instituto Nacional de Psiquiatría. VII Reunión de Investigación y Enseñanza. IMP.

Medina Mora ME, Guilherme Borges, Lara Muñoz C, Benjet C, Blanco Jaimes J, Fleiz Bautista C, Villatoro Velásquez J, Rojas Guiot E, Sambrano Ruiz J, Casanova Rodas L, Aguilar Gaxiola S. "Prevalencia de Trastornos Mentales y uso de Servicios: Resultado de la

Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México". Salud Mental, Vol. 26, No. 4 agosto 2003.

Medina Mora ME, Rascon ML, Tapia R, Mariño MC, Juárez F, Villatoro J, Caraveo J, Gómez M: "Trastornos emocionales en población urbana mexicana: Resultados de un Estudio Nacional". Anales. Instituto Mexicano de Psiquiatría. México, 1992.

Medina Mora, ME, Padilla G, Mas C, Ezban M, Caraveo J, Campillo C, Corona J. "Prevalencia de trastornos mentales y factores de riesgo en una población de práctica médica general". Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, 31:53-61, 1985.

Medina-Mora ME, Berenzon S, López EK, Solís L, Caballero MA, & González J. Uso de los servicios de salud por los pacientes con trastornos con trastornos mentales: resultados de una encuesta en una población de escasos recursos". Salud mental, 20 (suplemento julio) 1997.

Montero M, (1994). Construcción y crítica de la psicología social. El concepto de representación social en Moscovici".

Moscovici, S. (1979). El Psicoanálisis, su imagen y su público. Huemal. Buenos Aires. (Trabajo original publicado en 1961).

Moscovici, S. (1981). On social representation. En J. P. Forgas (Comp.). Social cognition. Perspectives in everyday life. Academic Press. Londres.

Muñoz, A. (1999) "Estudio descriptivo de violencia doméstica hacia la mujer y niveles de depresión". Rev. Servicios de Salud Mental . Vol.3, No.1

Muñoz, R. & Ying, Y. (1993) "The prevention of depression: research and practice". Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Padilla P, Mas C, Ezbán M, Medina-Mora ME, Pelaez O: "Frecuencia de trastornos mentales en pacientes que asisten a la consulta general de un centro de salud". Salud Mental, 7(3): 72-78, 1984.

Padilla P, Peláez O: "Detección de trastornos mentales en el primer nivel de atención". Salud Mental 8(3):66-72, 1985.

Páez, D. (1986). Salud mental y factores psicosociales. Editorial Fundamentos. Madrid.

Ryan P, Valencia M, Martínez R, Otero R: "Patrones de usos de los servicios de un hospital psiquiátrico". (Fray Bernardino Álvarez). Reporte Interno, 1980.

Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología, "Encuesta Nacional de Adicciones". México, 1990

Secretaría de Salud. "Programa de Acción en Salud Mental". Secretaría de Salud, México, 2001.

Solís, Medina-Mora ME: “La utilización de los servicios de atención para la salud mental por mujeres mexicanas”. Resultado de dos Encuestas Nacionales. *Salud Mental*, 17(1):7-10, 1994.

Sturgeon, Wina. (1987) Depresión: cómo identificarla, cómo superarla, como curarla. Edit. Grijalbo, México.

Wickramaratne PJ, Wittchen H, and Yeh EK. “Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder”. *Journal of the American Medical Association*, 1996; 276:293-9.

Woolfolk RL, Gara MA, Ambrose Tk, Williams JE, Allen LA, Irvin, SL, Beaver, JD. (1999) “Self-complexity and the persintence of depression”. New Jersey, USA.

Paker G, Wilhelm K, Mitchell P, Austin MP, Roussos J, Gladstone G. (1999) “The influence of anxiety as a risk to early onset major depression”. New south Wales, Australia.

Führer R, Rouillon F. La version française de l'échelle CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale). *Psychiatre et Psychobiologie* 1989; 4:163-166.

<http://www.amate.org.mx>

<http://www.cerebrito.com/depresion.htm>

<http://www.entornomedico.org/saludyenfermedad/alfa-omega/depresion>.

<http://www.google.com.mx>

<http://www.inprf.org.mx>

<http://www.nimh.nih.gov>

<http://www.saludlatina.com>.

<http://www.tusalud.com.mx>

<http://www.wmhd.org> (World Federation for Mental Health)

<http://www.respuestasaladepresion.com/queesladepresion/queesladepresion.php#queesladepresion>