



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

PSICOLOGÍA

LOS ESTILOS DE AMOR Y LA DEPRESIÓN
EN LA RELACIÓN DE PAREJA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

GERALDINE STEPHANIE BOUQUET ESCOBEDO

JURADO DE EXAMEN

TUTORA: DRA. MIRNA GARCÍA MÉNDEZ

COMITÉ: LIC. EDUARDO ARTURO CONTRERAS RAMÍREZ

MTRA. HILDA SOLEDAD TORRES CASTRO

LIC. RICARDO MEZA TREJO

MTRA. LORENA IRAZUMA GARCÍA MIRANDA



PROYECTO UNAM-DGAPA-PAPIIT IN304712

Octubre 2013



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

... UNAM

Por ofrecerme un segundo hogar, por darme la oportunidad y la confianza para formar parte de la mayor casa de estudios, por desde preparatoria ofrecerme las herramientas necesarias para enfrentarme al mundo día a día, y por formarme como profesionista a través de un grupo docente que incondicionalmente me otorgó sus conocimientos, sus experiencias y su tiempo de manera invaluable. Así en conjunto, agradezco inmensamente por darme los recursos necesarios para construir una escalera que me permitió llegar a ésta cima.

...Dra. Mirna

Por ser una de las personas que más admiro, no sólo por ser una profesionista tan dedicada, responsable y comprometida con la disciplina, sino también por ser una persona tan constante y perseverante y que hace funcionar todos los aspectos de su vida. Le agradezco el motivarme a ser mejor persona de la que era, a mirar siempre más alto y ofrecerme sin reparos sus ideas, conocimientos y su restringido tiempo, enseñándome la diferencia entre cantidad y calidad. Gracias por sembrar en mí, el deseo de crecimiento y el conocimiento acerca de que todo es posible, sólo se requiere de esfuerzo, compromiso y amor por lo que se hace.

... Proyecto PAPIIT

Gracias por hacer que universitarios como yo tengan los recursos y la oportunidad de cumplir sus metas profesionales, siendo parte de la investigación, permitiéndonos concluir nuestra licenciatura, promoviendo nuestro desarrollo profesional y el crecimiento de nuestra ciencia a la vez. Gracias por el apoyo indiscriminado y una de las mejores oportunidades y experiencias de mi vida.

... Mtro. Eduardo, Mtro. Ricardo, Mtra. Hilda y Mtra. Lorena

Por su compromiso y disponibilidad para éste proyecto, por ampliar mi punto de vista y por dar de ustedes lo mejor para lograr un resultado con múltiple esfuerzo y dedicación. Les ofrezco mi eterno agradecimiento y admiración.

... Mamá

Agradezco primeramente a la vida por ponerme en tu camino, y permitirme ser hija de una mujer tan bella en toda la esencia de la palabra. Mamá no hay palabras para agradecer todo lo que tú me has dado, tu tiempo, tus fuerzas, tu dedicación y tu incondicional amor. Eres la mejor mamá del mundo, mi mejor amiga y muchas veces mi cómplice y mi compañera de viaje y vida. Nunca olvidare tus palabras, consejos y enseñanzas, eres mi ejemplo de mujer y vida al mismo tiempo. Gracias por estar conmigo siempre y permitirme cumplir mis sueños. Te amo.

... Familia

Por ser mi hogar, dulce hogar, el lugar a donde pertenezco. Gracias por estar conmigo cuando más lo necesito, agradezco que a pesar de todas las adversidades estamos juntos y gracias a todo, he podido convertirme en quien soy, hoy. Siempre estaré con ustedes, siempre seremos familia, los quiero.

... Carlos

Gracias por caminar a mi lado, por demostrarme que el amor no es sólo una atracción, sino la búsqueda continua del crecimiento personal y de la persona amada, al mismo tiempo, y cuando no es así, gracias por esperar a que yo logre alcanzar tu paso. Gracias por enseñarme que al amar no nos volvemos uno, porque siempre dos en equipo, serán mejor que uno. Gracias por ser mi orgullo, y por mostrarme las maravillas que me rodean y a veces no logro ver, gracias por enseñarme a ser mejor persona y siempre mostrarme ese camino imperceptible a mis ojos para conseguir mis metas. Gracias por luchar por nuestros sueños.

... Alz

Gracias por tus esfuerzos, esperas y desvelos, siempre en lucha de construir un sueño más, así como éste. Gracias por enseñarme que siempre existirán razones para sonreír, simplemente se necesita observar bien. Nunca podre agradecerte tu confianza, tus mensajes y tus sonrisas, y por motivarme siempre a encontrarle sentido a la vida. Gracias por ser miles de veces mi soporte y mi armadura ante la dureza de vida, tú.. mi cómplice de rumbo, de travesuras y de sueños altos.

Laura, Lyond, Luz, Berenice e Ivette

Por ser mi segunda familia, mi segundo hogar, por ofrecerme un lugar seguro donde puedo ser yo. Gracias por enseñarme el significado de la palabra amistad, por respaldar mis locuras y por creer en mí, gracias por su apoyo, su motivación y por cambiar sus horas de sueño por mi compañía. Siempre estaré para darles lo mejor de mí.

..Elizabeth

Por brindarme tu apoyo, tu motivación y tus conocimientos para guiarme no solo como profesionalista, sino también como persona. Te agradezco inmensamente tus consejos, te admiro mucho.

Índice

Resumen	3
Introducción	4
Capítulo 1: Amor, Enamoramiento y Teorías del Amor	7
1.1 Semántica del amor.....	7
1.2 Enamoramiento y amor.....	10
1.3 La capacidad de amar.....	13
1.4 Desarrollo personal, emocional y social, y selección de pareja	14
1.5 Modelos del amor	16
♥ Teoría del amor	16
♥ El triángulo del amor	18
♥ Estilos de amor	24
1.6 Investigaciones previas de los estilos de amor	30
Capítulo 2: Depresión	32
2.1 Antecedentes	33
2.2 La era de la depresión	36
2.3 Semántica de la depresión	39
2.4 Depresión y tristeza	40
2.5 Sintomatología	43
2.6 Tratamiento de la depresión.....	48
2.7 Tipología de la depresión	49
○ Depresión endógena	50
○ Depresión reactiva	52
2.8 Factores potenciales de la depresión.....	53
○ Género.....	53
○ Infancia.....	55
○ Relación de pareja.....	56

2.9 Modelos explicativos de la depresión	58
⊗ Modelo de Indefensión Aprendida de la depresión	58
⊗ Teoría de la autoeficacia	61
⊗ Modelo cognitivo de la depresión	64
2.10 Investigaciones previas de la depresión	67
Plantzamiento dël problema	69
MÉTOD0	70
• Objetivo general	70
• Objetivos específicos	70
○ Hipótesis	71
○ Variables	72
○ Participantes	73
○ Instrumentos	74
○ Tipo de estudio	76
○ Diseño	76
○ Procedimiento	76
Resultados	77
Discusión	80
Referencias	84
Anxos	87

Los estilos de amor y la depresión en la relación de pareja

El estilo de amor es la manera en que una persona demuestra su afecto a la persona amada, a través de pensamientos, actitudes y acciones (Lee, 1973). Lee, propone seis estilos de amar, tres primarios (eros, ludus y storge) y tres secundarios que surgen de la mezcla de los primarios (ágape, manía y pragma). La depresión es un desequilibrio del estado de ánimo, aunado a signos físicos y mentales que son capaces de obstaculizar las habilidades y capacidades de la persona para desarrollarse de manera funcional (Segal, Teasdale & Williams, 2002). Por ejemplo, las interacciones maritales con un miembro depresivo presentan culpa, aislamiento y desconcierto (Stenberg, 1999), así como negatividad, asimetría y agresión (García-Méndez, Rivera & Reyes-Lagunes, 2009). El objetivo de esta investigación fue establecer las diferencias entre los estilos de amor y la sintomatología depresiva en hombres y mujeres. Participaron de manera voluntaria 221 hombres y mujeres del Distrito Federal y el Estado de México, que respondieron dos instrumentos: el Inventario de Estilos de Amor para Adultos (Ojeda, 2006) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) (Steer, Brown & Beck, 2006). Resultado del ANOVA de un factor se obtuvieron diferencias significativas que señalan que el estilo storge disminuye conforme se incrementa la sintomatología depresiva de mínima ($M = 3.88$) a severa ($M = 3.00$). El estilo de amor ludus, tiende a incrementarse con la depresión, del rango mínimo ($M = 1.70$), al moderado ($M = 2.20$) y severo ($M = 2.55$). De igual forma, el estilo de amor manía, también se acentúa con los niveles de depresión mínima ($M = 2.23$), leve ($M = 2.64$) y severa ($M = 3.08$). Respecto al sexo y los estilos de amor, los hombres mostraron ser más agápicos ($M = 3.23$) que las mujeres ($M = 2.94$), más eróticos ($M = 3.61$) que ellas ($M = 3.32$) y más pragmáticos ($M = 3.20$) ($M = 2.94$). Se concluye que las relaciones amorosas de personas con síntomas depresivos se caracterizan por aislamiento y disminución de la amistad y el afecto, así como por el aumento de conductas obsesivas, celosas y exigentes hacia la pareja. Los hombres refieren un mayor interés por características físicas que las mujeres, y demuestran su amor basándose en ofrecer cuidados y procuración por su pareja de manera altruista y sacrificada, más que las mujeres.

Palabras clave: relaciones, pareja, depresión, amor.

Introducción

El amor es conceptualizado de múltiples maneras a lo largo de la existencia humana, muchas veces explicado en base a la necesidad de reproducción humana, se le considera un descriptor de todos los sentimientos humanos positivos, el lazo que une a las personas en cualquier tipo de relación amorosa: como el amor parental, fraterno y la amistad. Sin embargo, Brenlla, Brizzio y Contreras (2001), lo describen como el sentimiento que motiva a las personas a desear que la persona amada, alcance lo que juzga su bien, procurando el cumplimiento de los deseos, mismo que se convierte en la gratificación de ambos.

Existen diferentes formas de describir y aproximarse al fenómeno *amor*, con las teorías propuestas por Fromm, Stenberg y Lee, sin mencionar todo el repertorio de teorías con el mismo fin. El modelo propuesto por Lee en 1973, continua vigente. En el caso de México, a partir de la teoría de Lee, se han diseñado instrumentos para la medición de los estilos propuestos por el autor. Los estilos de amor son una tipología, que incluye dos cualidades que caracterizaron el estudio del amor: ofreció la capacidad de evaluar el amor humano, y reconoció distintas maneras de amar, mismas que incluyen diferentes formas de sentir, pensar, actuar y expresar el amor, reconociendo sus diferencias en características pero no en valor ni superioridad (Brenlla et al., 2001).

Sin embargo, las relaciones amorosas en ocasiones generan conflictos y problemas que pueden manifestarse de diferente manera, es el caso de la depresión. Además de las relaciones de pareja, existen diversos factores que intervienen en la sintomatología depresiva, Moreira (2007) menciona que la sociedad occidental se caracteriza actualmente por su gran incidencia de depresión, reconociéndose como una enfermedad mental representativa de la

postmodernidad, a nivel de epidemia, se le conoce como “bound-culture”, es decir, síndrome de la sociedad contemporánea occidental. Moreira, asocia el problema al estilo de vida actual, a una sociedad y cultura individualista y capitalista, refiere que éstas son las principales causas de deterioro de la persona en sentido individual, interpersonal, social y laboral.

A través de la historia del estudio y desarrollo del conocimiento de la depresión, parte de diferentes teorías, sin embargo, se reconoce que los factores internos son de gran importancia, pero la experiencia social y cultural, tienen una influencia invaluable en la psique y conducta humana, ya que como Moreira (2007) indica, la cultura tiene la inmensa capacidad de constituir los estados psicológicos normales o patológicos en cada individuo.

En México, 9.2% de la población ha tenido un trastorno depresivo en la vida, y una de cada cinco personas padecerá de depresión antes de cumplir los 75 años. La tasa de prevalencia anual de depresión en México es de 4.8% entre la población general de 18 a 65 años (Wagner, González-Fortaleza, Sánchez-García, García-Peña & Gallo, 2012). De acuerdo con las investigaciones de estos autores, señalan que el estado de la relación de pareja y el estado civil son factores relevantes en la depresión adulta, al aumentar los índices de depresión en personas con conflictos de pareja, separados, viudos o divorciados.

Al ser el amor y la depresión dos de los fenómenos personales y sociales de mayor relevancia dentro de la existencia humana, pueden interactuar e influir en el comportamiento humano, de acuerdo a la manera en que está implicado el estilo de amar de cada persona con la depresión.

De acuerdo con Rivera, Cruz, y Muñoz (2011) la presencia de síntomas depresivos se asocia a modelos negativos del sí mismo y de los otros, es decir, con maneras inseguras de relacionarse con los demás, razón por la que la presencia de sintomatología depresiva puede disminuir la probabilidad de establecer relaciones afectivas y de pareja, limitando el desarrollo social de la persona, al inhibir la capacidad de intercambiar pensamientos y sentimientos íntimos con otra persona altamente valorada.

En este contexto, el amor es de gran la importancia y valor dentro de las experiencias humanas, por lo cual es capaz de ofrecer las mejores sensaciones, pensamientos y conductas

para el individuo, o por el contrario, al ser fallido, la persona puede presentar incertidumbre, tristeza y dolor, con la posibilidad de convertirse en una expresión patológica del estado de ánimo. De manera viceversa, una persona con síntomas depresivos o que ha desarrollado depresión puede tener dificultades para emprender estilos de amor que le permitan una experiencia más positiva y constructiva, así como obstaculizar su capacidad de cultivar sus relaciones interpersonales, al ser capaz de afectar la funcionalidad íntegra de la persona.

Debido a las implicaciones que tiene para las personas y las relaciones amorosas, el objetivo de esta investigación fue establecer las diferencias entre los estilos de amor y la sintomatología depresiva en hombres y mujeres, casados o que viven en unión libre.

Capítulo 1

Amor, Enamoramiento y Teorías del Amor

A través de siglos y lugares, múltiples poetas, filósofos y científicos han buscado ofrecer un significado de la palabra amor, así como la descripción de la experiencia subjetiva de estar enamorado y como se manifiesta este sentimiento en cualquier tipo de relación humana (Firestone, Firestone & Cattel, 2006).

“Difícilmente existe alguna actividad o empresa, que comience con esperanzas y expectativas tan inmensas y fracase tan comúnmente, como el amor” (Fromm, 1983, p. 33). Beck (1993) explica que el amor es el sentimiento más apreciado para la humanidad, nadie podría renunciar al placer, a la alegría y a la estimulación física y mental que provoca sin importar el riesgo que implica debido a la ansiedad, la decepción, desesperación y riesgo de volver a la soledad.

1.1 Semántica del amor

El amor es ese sentimiento inmerso en todas las actividades del ser humano, a pesar de su subjetividad, nada humano existiría sin él. Todas las personas alrededor del mundo saben a qué se refiere, sin embargo el concepto ha sido tan ampliamente definido por las ciencias sociales y filosofía, que no se tiene ninguna descripción semántica radical. El amor a través del tiempo se concibe como el sentimiento más profundo y significativo, es el eje central de la dificultad de explicar su esencia, expresión y concepción (Solares, Benavides, Peña, Rangel & Ortiz, 2011). Díaz-Loving (2010) refiere que “en la relación de dos seres que se aman apasionadamente, con imaginación y ternura, existe algo de incalculable valor; ignorarlo sería una gran tragedia para cualquier ser humano” (p. 13).

Sin embargo, en diferentes investigaciones se ha demostrado la influencia de los valores culturales y socio-estructurales, tales como la diferencia entre cultura en las creencias sobre el amor (Morales & Libia, 2008) por lo que la conceptualización del amor se ha modificado de acuerdo a la cultura de que se trate. Así, el amor evoluciona y trasciende, influido por características ideológicas, costumbres y estereotipos (Ferrer, Bosch, Navarro, Ramis & García, 2008; Fromm, 1983; Morales & Libia, 2008; Ubillos et al., 2008). De este modo, el amor no ha significado siempre lo mismo: el desarrollo social, la cultura y el tiempo, lo han matizado y han hecho que varíe de rostro.

Asimismo el amor es descrito como un proceso tan espontáneo, dinámico y subjetivo que no puede ser dominado con palabras, ya que las palabras solo congelan la subjetividad de la realidad (Rage, 1997). Pero las formas de conquista y expresiones amorosas, se mantienen dentro de las normas sociales, manifestando las constantes de desigualdad en relación a los sexos, las clases sociales y los estereotipos propios de los valores y culturas en que se desarrolla la relación amorosa (Fernández, 1998), por lo cual se reconoce la participación de aspectos objetivos y subjetivos, así como características psicológicas y sociales, dentro de la experiencia del amor.

De manera diferente Thomson (en Stenberg, 1999) describe que en toda las actividades humanas se experimenta el amor a través de los hábitos, reflejos y tareas, a partir de los cuales las personas han desarrollado algún lazo positivo debido a que provocan de manera particular algún tipo de sentimientos, pensamientos y deseos. Sin embargo, Stenberg (1999) corrige al suponer que el amor no es algo unitario, puede ser descompuesto en diferentes elementos a pesar de que la experiencia no permita diferenciar entre cada uno de ellos. Ante estas aseveraciones se puede concluir que aunque el amor pueda ser sentido como una sola experiencia, no lo es, debido a que se vive un conjunto de sentimientos, deseos y pensamientos que en su totalidad, hacen creer a las personas que se encuentran enamoradas.

Para Melendo (2002) el amor es un acto supremo de libertad que da la posibilidad de elección y tener bienestar debido a que la persona es libre de seleccionar a la persona que amará y al proveer el bienestar de esa persona, sentirse él mismo en estado de confort. Por su parte Firestone et al. (2006) expresan que el amor es una forma de vida que crea una predisposición a dar respuestas afirmativas y corroborativas, pensamientos e inclinaciones para actuar sin estar limitado por algún prototipo. El amor ofrece al individuo el valor y la

fortaleza para actuar de la manera que mejor cree para poder perpetuar ese estrado placentero.

Diversos autores describen el amor como una de las mayores fuentes de placer (Beck, 1993; Díaz-Loving, 2010; Firestone et al., 2006; Fromm, 1983). Según Ikeda (en Firestone et al., 2006) el amor tiene dos componentes: el primero es la capacidad de dar felicidad a otras personas, y el segundo, incluye los sentimientos que esa acción provoca en el individuo, porque se experimentan sentimientos de realización y éxtasis al poder ofrecer placer y así también poder recibirlo, fenómeno que permite experimentar el amor y en consecuencia el placer en su sentido más verdadero.

El amor es un acto de voluntad, acompañado por un sentimiento, se ama porque se quiere, porque nuestra voluntad quiere querer (Ubillos et al. 2008). Según Hendrick y Hendrick (1995) el amor es el elemento más poderoso e importante en las relaciones de pareja ya que se desempeña como determinante al influir en otros aspectos que la conforman tales como valores, conexión y expresiones de amor entre los dos integrantes, siendo estos aspectos influyentes también al mismo tiempo a manera de retroalimentación.

Existen concepciones rudimentarias como la que ofrece Tweedie (2004) al expresar que el amor verdadero consiste en dos personas que permanecen unidas hasta la muerte. Sin embargo, se deja fuera de la definición una descripción más precisa, que vaya más allá de la relevancia de temporalidad, como lo refieren diversos autores (Fromm, 1983; Stenberg, 1999), quienes indican que el amor es una emoción vívida, intensa y verdadera por parte de un individuo. La duración de la relación amorosa y su estabilidad dependerá únicamente del esfuerzo que los amantes ofrezcan a su lazo afectivo.

Con base en las perspectivas acerca de lo que es el amor, se observa que además de asumirse como un sentimiento, también se concibe como una conducta y una actitud (Ferrer et al., 2008; Solares et al., 2011). Es una conducta, porque a través de la expresión corporal y de conductas de cuidados para la otra persona, se expresa el vínculo afectivo. Es una actitud debido a que provoca elementos afectivos que crean códigos subjetivos de reacción. Por último, se considera al amor como un sentimiento, porque se perciben diferentes respuestas físicas y psicológicas que ocasionan una atribución favorable ante la otra persona. Así también lo sugiere Firestone et al. (2006) al citar que el amor implica benevolencia, cuidado,

compasión y acción, lo cual expresa la inclusión de los tres conceptos antes mencionados en el concepto del amor.

Por último, es importante reconocer que las diferencias entre cada significado de lo que es el fenómeno del amor depende del contexto, enfoque y punto de vista de cada autor, aspectos que influyen de manera radical en la manera de describirlo en cada expresión. Lee (1973) expresó que al reconocer tantos conflictos entre expertos al definir el amor, es difícil pensar que están intentando definir el mismo fenómeno, y por lo tanto cada investigación en búsqueda de la definición del amor automáticamente excluye importantes porciones de experiencia humana.

1.2 Enamoramiento y amor

Dado que el enamoramiento y el amor son parte de la experiencia amorosa humana han definido el amor como enamoramiento y viceversa o hace referencia al enamoramiento como el “*comienzo del amor*”, pero los dos fenómenos incluyen características distintivas que son importantes diferenciar (Morales & Libia, 2008; Parkes, 2006).

El enamoramiento para Beck (1993) es el amor en su forma más intensa, implica sentimientos y anhelos de manera agudizada, incluye una gran alteración de la conciencia, al provocar sensaciones de desorientación y desviación de la evaluación, es decir, el enamoramiento provoca en la persona la sensación de vivir un sueño eufórico, tomando a veces la fuerza de un trastorno psíquico.

Por otro lado, con la hegemonía de la Psicología Social y la influencia del psicoanálisis, el enamoramiento también se ha explicado desde la sociología, por parte de Alberoni (1980) como un fenómeno colectivo. En el enamoramiento al igual que el movimiento de masas, la persona se encuentra dominada por fuerzas desconocidas, mismas que él no puede controlar y le provocan desinterés en sí mismo, teniendo como único objetivo entregarse a los fines comunes.

El enamoramiento se asemeja a los movimientos colectivos en que la persona atribuye que la experiencia extraordinaria que vive se debe a las virtudes de otra entidad, ya sea un grupo social, una ideología, un líder o un amor. Durkheim (1995) y Alberoni (1980) reconocen al enamoramiento como la forma más simple de un movimiento colectivo, sin

dejar de lado sus diferencias, estipulan que los dos tienen los mismos procesos base, la necesidad, la gran necesidad y la maravilla experimentada hacia el otro.

Elsner, Montero, Reyes y Zeger (2001), diferencian el amor del enamoramiento, definen el enamoramiento como una etapa inicial del amor ajena a la actividad racional donde la atracción se da de manera invisible, regulada por procesos producto del contexto socio-cultural, al valorar cualidades deseadas por la mayoría de su círculo social, a lo que Beck (1993) amplía y propone que el enamoramiento se desencadena a partir de las necesidades psíquicas, preferencias y gustos particulares, como lo pueden ser aspectos físicos y los rasgos personales o sociales. Por otra parte, el amor es producto de una atracción no solo física sino también afectiva donde ha transcurrido el tiempo suficiente para decidir y comprometerse gracias a un periodo de conocimiento de la otra persona así como de autoconocimiento.

De acuerdo a Beck (1993) el enamoramiento es una etapa en la cual la persona que ama magnifica e idealiza las cualidades positivas del amado y al presentarse las alteraciones en la evaluación cognitiva, la persona únicamente es capaz de percibir los atributos positivos y de ignorar o desvalorizar las cualidades negativas de la persona amada. Por lo que Alberoni (1980) sostiene que “se logra amar hasta una herida de la persona amada, trasfigurada por la dulzura” (p.17). Alberoni (1980, 2004) señala que al comienzo del amor, se experimenta un inmenso deseo de una unión tanto corpórea como afectiva con la otra persona, en un intento compulsivo de unirse perpetuamente con esa persona.

Los pensamientos acerca del amor y la persona amada son diferentes en cada pareja y momento ya que el amor es una creación, los amantes no aman el objeto real, sino el que ellos mismos crean y la forma de amar que ellos mismos construyen. Lo que el amante quiere dar y lo que el amado posee son más bien cualidades creadas, imaginadas, que objetos reales (Fernández, 1998).

Aunque el enamoramiento se pueda reconocer como una etapa fantasiosa y la persona únicamente es capaz de percibir ilusiones acerca de la otra persona y de su relación con ella, es importante apreciar que ésta no es una etapa trivial en la experiencia humana, debido a que su papel es el forjar un vínculo enérgico que motiva a los integrantes de la pareja en comprometerse uno con el otro, provocando el desarrollo de nuevos placeres y problemas,

conocimiento de sí mismo y del otro, promoviendo la madurez de la relación íntima dando lugar a la formación de una vida en común, que la pareja reconocerá como amor.

Sin embargo, Alberoni (1980, 2004) y Fromm (1983) subrayan que el enamoramiento puede comprometer profundamente a dos personas pero sin crear a futuro un sentimiento de amor. Fromm (1983) explica que el enamoramiento tiene dos destinos, el amor o el desenamoramiento, lo que dependerá de cómo trascienda la pareja a través de *pruebas de reciprocidad* y *puntos de no regreso*: las primeras se refieren a la capacidad de cambiar, postergar o renunciar a objetos, personas situaciones importantes para el individuo con tal de poder seguir compartiendo tiempo, gustos, intereses y proyectos juntos. Por otro lado los *puntos sin regreso*, se refieren a situaciones, proyectos o momentos que son cruciales para la relación donde si alguno de los integrantes no responde de la manera en como lo espera su pareja, el enamoramiento se disipará, en cambio, si la pareja logra superar esas pruebas, la relación cobrará fuerza a través del establecimiento y madurez del amor.

Parkes (2006) reconoce al amor como el lazo psicológico que une a una persona a lo largo de mucho tiempo, una vez que éste se ha establecido es difícil objetivar su cantidad y al incluir tantas características emocionales, psicológicas y sociales, aunque la relación llegue a quebrar el lazo afectivo nunca se destruirá por completo.

Firestone et al. (2006) recalcan la importancia de saber delimitar cuales son las características que no pertenecen al amor, por lo que el amor nunca deberá ser confundido con apetito emocional, en un intento desesperado para alejar la soledad ni la búsqueda de algún beneficio superficial o basado en una relación de dependencia que haga perder a la otra persona su vitalidad, además de reconocer que el amor no es envidioso, posesivo, dominante ni manipulador. El amor no debe experimentarse con ideales y/o proyecciones con las que se percibe al otro como una persona perfecta, debido a que cuando no se conoce a la persona por completo, la atracción que se experimenta es únicamente el reflejo de la misma persona, es la expresión del amor por uno mismo y no por el otro(a) (Firestone et al, 2006; Rage, 1997).

Sin embargo, Firestone et al, (2006) asegura que actualmente las personas basan sus relaciones sólo en ilusiones y nunca consiguen establecer un amor real, debido a ideas que solo desvalorizan las cualidades del amor, al permitir que el amor dentro de su pareja sea hostil, carente de comunicación, afecto e irrespetuoso, que viola los límites personales del

otro, dando lugar a la pérdida de la dignidad, la independencia e integridad física y emocional de los dos.

1.3 La capacidad de amar

El amor no es únicamente un sentimiento presente dentro de una relación de pareja, sino que muchas de sus cualidades están presentes en diferentes relaciones amorosas las que incluyen el amor por padres, hermanos y amigos (Firestone et al., 2006).

El amar, independientemente a quién, depende directamente del desarrollo holístico de la persona, incluye el ámbito físico, psicológico, emocional y social, se concreta para que una persona pueda realizarse dentro de una relación, después de una retroalimentación y aprendizaje personal que le permita madurar, fenómeno que da lugar a la convivencia, el respeto y la intimidad, aspectos fundamentales dentro de cada relación (Beck, 1993; Firestone et al., 2006; Fromm, 1983; Rage, 1997). De esta manera se asegura que para poder amar, es necesario tener conocimientos acerca de lo que es el amor, así como haberlo experimentado independientemente de si la vivencia fue satisfactoria o no, con la posibilidad de desarrollar confianza en la cercanía de la otra persona (Díaz-Loving, 2010).

Fromm (1983) describe que las dificultades presentes en el amor recaen en que además de necesitar de conocimientos, se necesita de un esfuerzo constante, razón que sustenta que posterior al establecimiento de la relación de pareja, el amor puede prosperar o terminar, lo que depende del esfuerzo y dedicación de cada integrante de la misma. Por lo que “aprender a amar de todo corazón es una empresa que vale la pena, pero requiere una gran dosis de devoción, tiempo y energía” (Firestone et al., 2006, p.28)

Las afirmaciones anteriores son reforzadas por Tweedie (2004) ya que asevera que “en el amor se fracasa porque no se tienen las herramientas adecuadas... ya que así como en las profesiones y oficios, los sueños y los deseos no son suficiente para crear” (p.17). Esta autora hace especial referencia a la diferencia entre *querer amar y amar y que la relación funcione*, porque no es suficiente desear amar completamente a una persona y que la relación con ella funcione, se requiere de esfuerzo y compromiso por parte de ambos.

Muchas personas nunca alcanzan el nivel necesario de madurez emocional que le permita la capacidad de dar amor, por lo que no confiará tampoco en ser capaz de merecerlo, sufre constantemente miedo para recibirlo y aceptarlo (Firestone et al., 2006). La persona capaz de amar es aquella que se ama sanamente a si misma (Rage, 1997) debido a que se requiere de confianza y autoestima para poder permitirse aprender a amar y sentirse amado.

El enamoramiento y el amor dan lugar al inicio de una relación de pareja, sin embargo, es importante reconocer que el amor no es suficiente para hacerla funcionar, ya que como mencionan Beck (1993) y Díaz-Loving (2010) el amor no constituye en sí mismo la esencia de la relación debido a que no provee las cualidades, aptitudes y valores necesarias para sustentarla y hacerla desarrollar de manera madura. Una relación de pareja depende del desarrollo de la capacidad de intercambiar, experimentar y expresar de manera amplia emociones, pensamientos y conductas, de mantenerse cercanos de manera física, emocional así como tolerar la frustración que los conflictos puedan provocar.

1.4 Desarrollo personal, emocional y social, y selección de pareja

Las maneras de interacción iniciales y a lo largo de la vida de una persona así como el contexto socio-cultural donde creció tienen una influencia inmensurable en el desarrollo de habilidades sociales y culturales, la relación entre pares, el autoestima, establecimiento de actitudes y valores, por lo que la experiencia personal se convierte en sistemas de conducta y comportamiento que formarán parte del autoconcepto e inevitablemente, de la personalidad del adulto (Rage, 1997). El desarrollo del individuo a través de su historia, tiene una repercusión clara y concreta en la formación de sus procesos internos, mismos que al transcurrir el tiempo se solidifican y dan lugar a patrones de comportamiento que dirigirán la manera en como la persona interactúa en cualquier tipo de relación interpersonal.

La elección de una persona para compartir emociones, sentimientos y experiencias, se vive como algo único y definitivo, sin ser independiente de experiencias previas ni del futuro, por lo que Elsner et al. (2001) refieren que tanto para amar, ser amado y el elegir una pareja es el fruto de toda la historia y experiencias de una persona.

Para elegir una pareja y para llevar a cabo una relación amorosa positiva y estable se requiere de madurez, misma que se desarrolla gracias a procesos interiores y de socialización trasladadas a la práctica a través de la educación de los padres y de la posterior interacción entre pares y el entorno social (Rage, 1997). Al ser la familia el primer contexto en que la persona se desarrolla, tiene una infinita influencia en las experiencias futuras, por ejemplo, después de establecer una relación con su cuidador primario durante tantos años a través de la dependencia, requiere de una separación gradual que permita al individuo convertirse en una persona única, íntegra y diferente, que le permita el desarrollo de una relación de independencia-dependencia e intimidad con la pareja (Elsner et al., 2001). Por tanto, poder seleccionar una persona que podría ser concebida como pareja, es porque ya se excluyeron a otros, al reconocer a esa persona como alguien con quien puede mostrarse sin temor, puede compartir valores, intereses y formas de enfrentar la vida, sin dejar de lado el lazo afectivo (Beck, 1993; Elsner et al., 2001; Rage, 1997).

Existen 2 hipótesis acerca de la influencia de la relación positiva con la familia de procedencia de algún integrante de la pareja en su capacidad de amar, es decir, por una parte se piensa que mientras más unida haya sido la familia de alguien, mejor será como miembro de una relación íntima. Stenberg (1999) propone que ese tipo de familia aporta modelos positivos acerca de las maneras de dar afecto y así la persona podrá amar y ser amada de manera exitosa. La segunda hipótesis consiste en que una familia integrada demanda tanto amor por parte de la persona que ahora carece de preocupación o interés en ofrecerle el mismo amor a su pareja o en conseguir ser amado con intensidad ~~en gran nivel~~. Sin embargo, Stenberg (1999) menciona que de acuerdo a sus investigaciones el amor dentro de la familia de origen no es un índice de la capacidad de amar en una relación de pareja.

En el proceso para poder establecer una relación, Elsner et al. (2001) remarca también la importancia del grado de desarrollo personal y social en el adulto, refiere que de ello se deduce la capacidad de amar del individuo y del tipo de amor que es capaz de experimentar, de lo que dependerá en gran medida el futuro de sus relaciones amorosas.

El amor es uno de los ejes centrales de la interacción humana por lo que es afectado y afecta de manera íntegra al individuo, influye en todas las esferas de la persona, en lo que pueden llegar a ser y hacer, es decir, influye en la totalidad de la conducta y las proyecciones a futuro de todos los individuos.

1.5 Modelos del amor

Las primeras teorías acerca del amor utilizaban conceptos únicamente globales, subjetivos y vagos para describirlo, sin embargo, hace algún tiempo comenzó la época donde la descripción del amor se ha remplazado por constructos multidimensionales que intentan explicar de manera particular y objetiva esa experiencia humana (Hendrick & Hendrick, 1986).

En los distintos intentos de ofrecer una estructura lógica y objetiva hacia el fenómeno del amor y las experiencias humanas que se desarrollan en torno a éste, se han creado un sin fin de modelos y teorías, que discuten sobre el mismo concepto: aspectos, elementos, síntomas, expresiones y tipología del amor.

♥ *Teoría del amor*

En 1959, Fromm (1983) describió su teoría acerca del amor, misma que tiene como fundamento la angustia que sufren las personas debido a la conciencia que tiene cada quien acerca de su soledad, fenómeno llamado *separatividad*. Dentro de esta teoría, estar separado significa para la persona estar desvalido, que es incapaz de aprehender el mundo así como evitar cualquier tipo de agresión, sensación que provoca una existencia separada de los demás.

La necesidad más relevante para el ser humano es superar su *separatividad* y la angustia que le provoca su percepción de soledad. El conflicto es el mismo en todos los individuos, sin embargo, las maneras de intentar superarlo y poder responder a las necesidad de la vivencia humana son las que varían entre sí, lo que da lugar a una gran variedad de soluciones que dependen del contexto socio-cultural en que se desarrolla el individuo, en donde cada conducta de compensación y/o búsqueda del amor depende del grado de individualización de la persona. Al inicio de la vida los vínculos no se sienten interrumpidos ya que Fromm (1983) supone que su unión y la importancia que le atribuye a la naturaleza le funcionan, debido a que son únicamente vínculos primarios. Sin embargo, al crecer, la persona necesita nuevas maneras de evitar el estado de separatividad.

La única manera de que la persona no sufra ansiedad a causa de sentimientos de soledad y que no busque el amor constantemente, sería a causa de la pérdida de las

facultades mentales, así como la presencia de algún tipo de psicosis que le impida sentir esa necesidad básica (Fromm, 1983).

Uno de los conceptos básicos de la propuesta de Fromm, son los *estados orgiásticos*. Éstos se presentan como un tipo de trance autoinducido en el que gracias a este estado mental, el exterior desaparece y todos los sentimientos de soledad y aislamiento que provoca también. Además al realizar estos rituales de manera grupal, la persona se ve forzada el logro de superar la soledad al percibirse cohesionada al grupo. Algunos ejemplos de conductas orgiásticas son las drogas, el alcohol, el orgasmo sexual, mismos que logran disminuir la intensidad de la ansiedad, aunque gradualmente la angustia comienza a aumentar y la separatividad reaparecerá a menos de que se repita el ritual.

Fromm (1983) concluye que la única manera de superar la separatividad se encuentra en el logro de la unión interpersonal, unión con otra persona, llevando a cabo el impulso más enérgico del ser humano: el amor. Fromm explica que lamentablemente existen formas de unión interpersonal que son llamadas amor cuando en realidad están alejadas de serlo, son únicamente maneras inmaduras de expresarlo:

- *Unión simbiótica pasiva*. La persona que ama pierde su autonomía al transformarse en parte de la otra persona, misma que se encarga de guiarla y protegerla subjetivamente; convirtiéndose en su “todo”, su prioridad por encima de sí mismo, y al establecer esa dependencia, no corre riesgos subjetivos.
- *Unión simbiótica activa*. El sujeto es dominante a tal grado de hacer del otro una parte de sí mismo, situación que lo acrecienta, al percibir la capacidad de dirigir la relación dependiendo a sus necesidades.

En ambos casos, las personas son dependientes de su pareja y ninguna puede vivir sin la otra, al haber perdido su autonomía, a diferencia del:

- *Amor*. Poder activo y motivante que le permite a la persona ser ella misma, mantener su integridad, debido a que fomenta el autoconocimiento y el conocimiento del otro. Se fundamenta en la capacidad de dar, no como un sacrificio sino como el desarrollo de la virtud de ofrecer a quien ama, su

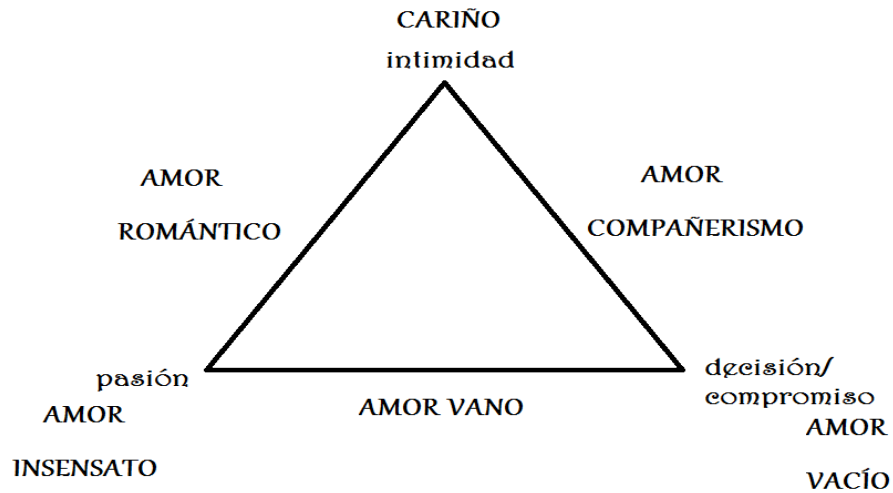
vitalidad. Implica que una persona sea capaz de proveer el cuidado, la responsabilidad, el respeto y aceptación de la persona amada.

El amor es la mejor herramienta para contrarrestar el dolor existencial y la soledad (Firestone et al, 2006; Fromm, 1983). El acto de amar eleva al máximo el potencial humano para desarrollarse en su ambiente, todo comienza con el conocimiento de la otra persona objetivamente, que permite alejar las ilusiones del enamoramiento y la imagen deformada de su personalidad, experiencia que permite conocerse a sí mismo y vivir con sentimientos de seguridad y autorrealización.

♥ *El triángulo del amor*

Stenberg, describió a finales de los 80's una teoría para explicar los elementos del amor y la tipología de éste (McAnulty & Burnette, 2006). Se plantea que el amor está definido por una metáfora geométrica (Serrano & Carreño, 1993). Los componentes son (ver Fig.1): *intimidad* (vértice superior), *pasión* (vértice izquierdo) y *decisión/compromiso* (vértice derecho), se reconoce que triángulos diferentes tienen ángulos diferentes, por lo que diferentes tipos de amor implican la variación de los tres componentes en cada relación amorosa (Feeney & Noller, 2001). Así como cada componente sigue los vértices del triángulo, el área del triángulo indica la cantidad de amor que siente una persona por su pareja, y la forma, dada la composición de sus líneas expresa el equilibrio o dimensión de cada componente.

Fig. 1 Teoría triangular de Stenberg



Cada elemento juega un papel fundamental para poder explicar y describir el amor por 3 razones (Stenberg, 1999):

- a) Los elementos del amor pueden ser categorizados en algunos de los tres componentes: intimidad, pasión o compromiso. Cada elemento resume una gran cantidad de componentes clave del amor.
- b) Los componentes no tienen contexto, se encuentran excluidos de tiempo y lugar. Para cada cultura estos componentes tienen diferente nivel de importancia, por lo que es importante subrayar que ésta es una de las principales aportaciones de Stenberg, debido a que logra diferenciar su teoría de otras previas, por el matiz de universalidad que propone (McAnulty & Burnette, 2006; Stenberg, 1999).
- c) Se eligen estos componentes debido a que son diferentes y altamente relacionados, debido a la influencia que ejercen entre sí. A continuación una descripción de cada elemento:

> ***Intimidad***

La intimidad son los sentimientos dentro de una relación que promueven el acercamiento, el vínculo y la conexión entre las dos personas (Feeney & Noller, 2001; Firestone et al., 2006; Stenberg, 1999) lo que significa tener la confianza de mostrarse a la

otra persona para que conozca su identidad y realidad (Rage, 1997). Stenberg explica que la intimidad incluye 10 características (1999):

- *Deseo de promover el bienestar.* Existe un intento constante de promover que la persona amada esté bien, en ocasiones a expensas de uno mismo, se mantiene una expectativa de reciprocidad.
- *Sentimiento de felicidad.* Cada que los amantes comparten tiempo lo disfrutan altamente, van construyendo recuerdos que fortalecen no sólo a la persona, sino también a la relación.
- *Respeto.* La persona es capaz de reconocer los defectos de su amado y a pesar de ellos no disminuye la alta estima que tiene hacia él.
- *Apoyo de la persona amada en momentos difíciles.* Se sabe que se puede contar con esa persona en situaciones de satisfacción y condiciones adversas.
- *Entendimiento mutuo.* Ambas personas se conocen y saben cómo responder y relacionarse de manera positiva con el otro.
- *Deseo de entrega.* La persona que ama siente la necesidad de entregarle a la persona que ama sus posesiones, sobre todo en momentos de necesidad así como el impulso de entregarse a sí mismo.
- *Entrega de apoyo emocional.* Se apoya de manera incondicional a la persona que ama en momentos difíciles.
- *Comunicación íntima.* La persona que ama es capaz de comunicarse sincera y profundamente, compartiendo sus sentimientos más íntimos con la persona que ama.
- *Valoración de la persona amada.* Sentimiento de la importancia que la persona tiene dentro de sus planes de vida.

Es importante reconocer que no es necesario cubrir con todas las características para experimentar intimidad, debido a que es un sentimiento que unifica y generaliza todos los aspectos.

Rage (1997) propone que la intimidad es el componente más importante en el amor, ya que requiere de tiempo y del esfuerzo de la persona, provoca cambios y expone los

sentimientos más profundos al que se ama, es la causante de la cohesión emocional, pero al mismo tiempo puede crear la sensación de poner en riesgo su integridad psicológica y emocional, al ofrecer tanto de sí al otro.

› ***Pasión***

La pasión es en gran medida la expresión de deseos y necesidades afectivas o de satisfacción sexual (Stenberg, 1999). A pesar de que la pasión se considere la mayoría de las veces únicamente en el aspecto sexual, Stenberg reitera que cualquier forma de despertar psicofisiológico puede generarse gracias a ese elemento. Para Feeney y Noller (2001), la pasión incluye todos los impulsos que provocan la atracción física y sexual, creando la necesidad de tener la presencia de la otra persona y perpetuar su cercanía.

La pasión tiene una relación establecida con la intimidad, porque ambas suelen alimentarse entre sí, una anticipándose a la otra y provocando la aparición del otro sentimiento y viceversa. La interacción entre intimidad y pasión puede variar de acuerdo con la persona y la situación.

Dentro de esta teoría se menciona que para poder mantener la pasión es importante utilizar un refuerzo intermitente, dentro del cual la persona no siempre logra conseguir su recompensa a través de un cierto patrón de conducta (Stenberg, 1999). Si el amante al conseguir satisfacer sus necesidades psicofisiológicas le resulta realmente fácil, es predecible que pronto pierda el interés y atracción que anteriormente le despertaba la persona amada.

› ***Decisión / compromiso***

Para Kelley (en Stenberg, 1999) el compromiso es el nivel en que una persona está dispuesta a acoplarse a algo o a alguien y hacerse cargo de eso hasta el final. Asimismo es importante tomar en cuenta que este elemento depende en mayor nivel de la subjetividad de la persona debido a que difiere en cada uno, en la manera de luchar por algo *hasta el final*, ya que para algunos puede significar hasta que termine la experiencia placentera, los sentimientos de amor o la vida.

El compromiso se divide en dos: *corto plazo y largo plazo* (Stenberg, 1999). El primero se refiere a tomar la decisión de amar a otra persona, y la segunda al compromiso que atañe a la persona por mantener ese amor. Por último, a pesar de que el término

decisión/compromiso no contiene carga afectiva, es un elemento relevante debido a que funciona como “el protector de la relación” (Feeney & Noller; 2001; Stenberg, 1999) cuando se comienzan a perder estos elementos, intimidad y pasión, el compromiso ayuda a atravesar momentos difíciles y se pueden generar estrategias para que el amor resurja.

Tipos de amor

Las posibles uniones y proporciones entre los componentes citados dan lugar a un tipo de amor diferente que depende de la prevalencia de uno de los elementos o ausencia de otro. En la taxonomía de los tipos de amor, Stenberg (1999) explica la existencia de 8 tipos de amor que son aplicables a diferentes tipos de relaciones amorosas y no únicamente las de pareja. Sin embargo, todas las relaciones incluyen los componentes de manera desigual y multifactorial, por lo que puede ser que la pareja amorosa se puede ubicar en intermedio entre dos proporciones de diferentes tipos de amor.

> *Cariño*

Éste tipo de amor surge cuando solo existe intimidad en la relación, sin ninguna presencia de pasión ni decisión-compromiso. Es decir, existe proximidad y conexión con alguna persona, pero no despierta ningún tipo de reacción psicofisiológica, así como la ausencia de compromiso para hacer perdurar la relación por siempre.

> *Amor insensato*

Se refiere a la presencia única de pasión en la relación, es una experiencia ausente de intimidad y decisión-compromiso. Stenberg (1999), lo llama también apasionamiento, donde la persona experimente efectos psicofisiológicos con la simple presencia de la otra persona pero pueden desaparecer tan espontáneamente como aparecieron.

> *Amor vacío*

El amor vacío se basa únicamente en la presencia del componente decisión-compromiso. La persona está convencida de que ama a la otra persona y está comprometida con ese amor pero no hay una conexión, cercanía ni pasión entre las dos personas, característica común en relaciones de larga duración. Aquí Stenberg subraya que al dar el

adjetivo *vacío*, no se refiere al final de la relación, ya que ese *vacío* puede ser llenado con pasión o intimidad, o ambos.

› *Amor romántico*

Se combinan los componentes pasión e intimidad en la relación, las personas además de sentirse atraídos físicamente, también se sienten conectados íntima y emocionalmente el uno con el otro, es un ejemplo de las relaciones que son idealizadas.

› *Amor compañerismo*

Nace de la unión de los componentes intimidad y decisión-compromiso, da lugar a una amistad comprometida de larga duración, debido a que la atracción física se ha deteriorado.

› *Amor vano*

Cuando en una relación amorosa únicamente hay pasión y decisión-compromiso se presenta el amor vano, dentro del cual aún no se ha desarrollado el elemento intimidad debido a que éste requiere de tiempo para poder consolidarse. Por lo regular, este tipo de amor se presenta en relaciones precipitadas donde la pareja únicamente se siente comprometida por la pasión que experimenta y no por una unión emocional, por lo que si al cabo del tiempo no surge el amor, la relación no tendrá muchas probabilidades de perdurar.

› *Amor consumado*

El amor consumado o también llamado completo, se refiere a la presencia y combinación de los tres elementos. Básicamente es el tipo de amor con el que la mayoría de las personas sueñan y por él que se sienten motivadas. Sin embargo, es importante reconocer que tener un amor consumado no es ninguna garantía de que el amor se mantendrá de manera perpetua, ya que requiere de los esfuerzos y madurez de la pareja para poder ser preservado.

> ***El no-amor***

Se presenta cuando ninguno de los tres aspectos toma forma y por lo tanto no se puede llegar a consolidar ningún tipo de cariño y/o amor entre las dos personas, por lo cual es la descripción de una simple interacción casual.

Las relaciones amorosas que tienen mejor pronóstico, son las que se basan en una relación de intimidad, compañerismo, de valoración y respeto por la identidad del otro (Elsner et al., 2001). Las relaciones no muestran una estabilidad en la cantidad de cada elemento, todo depende de las experiencias previas de ambos, esfuerzo e interés por conservar a su pareja, así como el momento del ciclo vital de pareja en que se encuentren.

♥ ***Estilos de amor***

Lee (1973) reconoció las dificultades de conceptualizar el fenómeno así como las características propias del amor, por lo que intentó incluir dentro de su análisis cualquier relación íntima que las personas podría reconocer como una experiencia del amor, ya que existen características, maneras y gustos que para algunos pueden ser parte de la experiencia de amar y para otros no.

Se establece la teoría de los Estilos de Amor con el objetivo de poder describir la experiencia de la mayoría de las personas respecto al amor, por lo que se propone que el amor puede ser dividido en diferentes tipos, de manera análoga a los colores. Lee (1973) elige los colores, ya que estableció que ningún tipo de amor es mejor que otro, simplemente en gustos, la diferencia recae en tipos de relación, preferencias, y experiencias previas.

El amor siempre necesita ser expresado, por lo que Ojeda y Díaz-Loving (2010) refieren que la persona que ama al reconocer el sentimiento busca expresárselo a la otra persona de la mejor manera, es decir, en su estilo propio, utilizando múltiples variantes de cada expresión de amor, por lo que cada búsqueda de proximidad con el otro(a) se muestra de diferente forma. Para Parkes (2006) y Ojeda & Díaz-Loving (2010) las relaciones de la infancia tienen la capacidad de matizar todas las relaciones íntimas futuras, que dan lugar a las conductas y estilo de expresar y vivir el amor en cada persona adulta. Las maneras de

expresar el amor se da posterior a una evaluación cognitiva acerca del interés y deseo de involucrarse con otra persona.

Los Estilos de Amor nacen a partir del estudio de descripciones detalladas de entrevistas sobre relaciones amorosas en lo que John Alan Lee propone una tipología del amor (Feeney & Noller; 2001) donde en base a información acerca de la infancia y las relaciones de distintas parejas, se explican las diversas formas de manifestar el interés de vincularse afectivamente con otra persona, debido al deseo de mantener cercana a la persona amada, al percibirla como su necesidad y medio de satisfacción (Lee, 1973; Ojeda & Díaz-Loving, 2010).

Para Lee (1973) existen dos tipos de patrones de amor: tres básicos, cada uno muy distinto a los otros dos, llamados también *amores primarios*; y 3 estilos de *amor secundarios*, que surgen por la combinación de los primarios, pero esto no significa que sean tipos de amor inferiores, solo una variación de los primeros con características nuevas y diferentes a los estilos que ha creado dicha mezcla.

Estilos de amor primarios

∞ Eros

Palabra utilizada para describir un amor fascinado por imágenes ideales de belleza (Lee, 1973). Éste estilo de amor se basa en una atracción intensa por la pareja, expresada por medio de una gran atracción física e intensidad emocional y síntomas de excitación física. Eros es reconocido en relaciones donde se presentan periodos de conocimiento y se le otorga un gran valor al amor (Hendrick & Hendrick, 1986; Lee, 1973). También se reconocen etapas de éxtasis y expansión que desaparecen en una etapa de “desencantamiento”, razón por la que se le asemeja a la etapa de enamoramiento; aunque también puede presentarse en relaciones de larga duración (Lee, 1973; Solares et al. 2011). Sin embargo, Lee reconoce que los amantes de estilo Eros frecuentemente se decepcionan debido a que sus relaciones se basan en características físicas y de atracción en lugar de características de personalidad.

El deseo sexual presente en Eros es un hecho referente a la persona que ama, donde se expresa al mundo la necesidad y su deseo de ser amado (Lewis, 1960, en Firestone, et al.,

2006). Personas de estilo Eros, puede ser que han experimentado un infancia infeliz, épocas de frustración o carente de amigos cercanos, posible razón por la cual tienen dificultades para ignorar pequeños defectos de su pareja, por lo que los defectos provocan la modificación de su visión idealizada de la pareja y en la mayoría de los casos, el rompimiento de la relación amorosa.

La cultura occidental ha perdido el verdadero significado de la palabra eros, actualmente se utiliza a manera de perversión y degradación sexual, a causa de la separación del concepto de amor y sexo, cuando en realidad el concepto se refiere al deseo de unirse a otra persona con pasión y así crear una nueva experiencia que los haga convertirse en mejores personas de manera profunda (Crosby, 1976).

∞ Ludus

La premisa de éste estilo de amor se basa en que el amor debe ser disfrutado y divertido pero nunca convertirse en una necesidad, por lo que un amante Ludus, se resistirá a depender de su pareja, debido a la idea de que ninguna persona es lo suficientemente importante.

Para Ludus, el amor es un juego de interacción que se puede jugar con una gran diversidad de parejas (Hendrick & Hendrick, 1986). Su objetivo es disfrutar la vida, por lo que pueden tener varias parejas al mismo tiempo, lo que evita involucrarse lo suficiente como para poder establecer una relación amorosa estable, debido a que únicamente se busca pasar un momento agradable. Las personas lúdicas logran mantener ese estilo de vida al no sufrir de ningún tipo de remordimiento mental o emocional, establecen reglas previas para evitar lastimar a sus parejas (Cheung et al., 2002; Lee, 1973).

Por último, el estilo Ludus (Hendrick & Hendrick, 1986; Lee, 1973), lleva a cabo conductas que implican no realizar expresiones afectivas profundas, al ser un amante sin sentimientos profundos por lo que a la vez desconfía de las emociones y los sentimientos de los demás, únicamente halaga características simples, lo que le permite expresar su afecto sin comprometerse afectivamente, además de evitar encuentros continuos con la misma persona, ni realizar planes a largo plazo con nadie para poder mantener su independencia personal y emocional.

∞ Storge

Storge era previamente el concepto que se utilizaba para describir la afección desarrollada entre hermanos o amigos de la infancia. El estilo de amor Storge, se vive de manera estable sin ningún tipo de emoción o espontaneidad posible, sin síntomas fisiológicos o pasión por la otra persona (Lee, 1973). La expresión de afecto se centra en convivir y compartir momentos juntos, evitando momentos de romanticismo y pasión.

Una persona con éste estilo de amar nunca busca conscientemente a su pareja, no se está en búsqueda del amor, se selecciona a una pareja de acuerdo a intereses y actividades en común que puedan compartir y desarrollar juntos, una persona con las mismas actitudes y valores que ellos, ya que conciben la base del amor en la amistad, el compañerismo y la seguridad y a pesar de que no tiene la carga pasional de eros, es un amor sólido e incuestionablemente duradero. (Cheung et al., 2002; Hendrick & Hendrick, 1986; Lee, 1973).

Amantes que llevan a cabo éste estilo de amor, comúnmente poseen recuerdos positivos de su infancia, por lo que disfrutaban relaciones cercanas con su familia, misma con la aprenden a satisfacer sus necesidades afectivas y emocionales.

Estilos de amor secundarios

Surgen de la combinación de los estilos de amor primarios. Los estilos secundarios se asemejan a un compuesto en química (Lee, 1973) debido a que al realizar la mezcla surge una nueva sustancia, con propiedades distintas a las características de los elementos iniciales, y no por eso menos importante. Al unir dos estilos de amor primarios surgen otros con propiedades cualitativamente diferentes, y que igualmente representan formas igualmente válidas de amar (Hendrick & Hendrick, 1986).

∞ Manía

Surge de la mezcla de Eros y Ludus. Lee (1973) utiliza el término Manía para describir un amor obsesivo, celoso e irracional, basado en la obsesión compulsiva por el otro, de manera física y emocional, por el deseo de la exclusividad de la otra persona.

Las personas con un estilo Manía sufren cambios considerables de humor y afecto así como síntomas de ansiedad o actitudes de resentimiento cuando la pareja se encuentra indiferente, enojada o ausente, debido al gran temor que le provoca la idea de poder perder a su pareja.

El amante Manía desarrolla una gran dependencia hacia su pareja debido a su creencia de necesitar estar enamorado. Por lo regular son personas que vivieron una infancia infeliz, emocionalmente alejada de sus padres, por lo que viven de manera insegura y solitaria, buscando en su pareja una razón para vivir (Lee, 1973).

Se concibe el amor como algo doloroso pero anhelado, suelen ser desconfiados por el temor al sufrimiento, lo que provoca que tengan conductas obsesivas y posesivas hacia su pareja, al llevar a cabo este comportamiento sus relaciones tienen tendencia a terminar, situación que corrobora sus pensamientos negativos acerca del amor (Cheung et al., 2002).

∞ Ágape

Al combinar Eros y Storge surge el amor Ágape, que se centra en la idea de que el amor es paciente, nunca demandante o celoso, por lo tanto, el amor se concibe con la obligación de cuidar a la pareja (Lee, 1973). Se concibe que el amor se debe ofrecer sin ningún límite, ser entregado de manera incondicional y no existe ningún interés que influya en el mantenimiento de la relación, dando lo mejor de sí de manera compasiva y altruista (Crosby, 1976; Lee, 1973; Rage, 1997). Un amante Ágape se preocupa exclusivamente por el bienestar de su pareja y, en caso de ser necesario, antepondría las necesidades de ésta ante las suyas pudiendo reconocer cierta abnegación en éste tipo de relación (Cheung et al., 2002; Hendrick & Hendrick, 1986).

En éste estilo, el amante entrega a la persona amada sentimientos profundos y sinceros, sin importar sus defectos ni virtudes, debido a que valora a la persona amada más a que a ninguna otra persona en el mundo (Lee, 1973).

∞ Pragma

Lee (1973) utiliza la abreviatura de Pragmático para definir un estilo de amor centrado en la compatibilidad y en el sentido común, surgido de la combinación de Ludus y Storge. Este estilo se basa en la búsqueda de un compañero de vida perfecto, alguien con quien

establecer una relación perpetua, donde los dos integrantes de la pareja se interesa en satisfacer las necesidades básicas y prácticas del otro; la mayoría de las veces hay ausencia de pasión y atracción pasional hacia la pareja.

El interés del estilo de amor Pragma no se centra en el aspecto físico, sino en cualidades de personalidad, conducta social y desarrollo personal, tomando en cuenta aspectos como lo es la educación, la vocación, las habilidades sociales, los ideales políticos, la religión y la apariencia física, es decir, son amantes enfocados en los atributos, mismo que evalúan por medio de un cálculo racional (Hendrick & Hendrick, 1986; Lee, 1973). Sin embargo, a pesar de que parezca un estilo de amar frío y calculador, una vez que un amante Pragma ha seleccionado a su pareja se permite desarrollar sentimientos más profundos, así como el amor, la intimidad y la pasión a través de los años (Lee, 1973).

Cada relación es única, su diferencia radica en que cada suceso, idea, pensamiento y emoción por la persona que se ama depende del contexto en que el amor se ha desarrollado, así mismo el estilo de amar de cada persona no tiene un estilo puro y radical de los que serán explicados posteriormente, sino una mezcla de características de toda tipología, reconociendo siempre un predominio de uno de ellos en las conductas para amar a su pareja (Lee, 1973; Ojeda & Díaz-Loving, 2010). Además se reconoce que las diferencias recaen en estilos y tipos de amar y no en cantidad (Lee, 1973), gracias a los *estilos de amor*, se pueden reconocer las características del amor que son más relevantes de persona a persona.

En las investigaciones posteriores que utilizaron la teoría de Lee, las más reconocidas fueron realizadas por Hendrick y Hendrick (1986) que llevaron a cabo dos estudios, el primero con la intención de comprobar la existencia de los seis estilos de amar, y el segundo como confirmatorio del primero, pero en una área geográfica diferente, utilizaron su propia escala, elaboraron un instrumento y sus resultados plantearon grandes promesas en las futuras investigaciones acerca del amor.

Por último, Hendrick y Hendrick (1986) se cuestionaron acerca de que si la teoría de Lee, evaluaba realmente la personalidad de una persona o únicamente actitudes temporales, reconocieron por un lado que la expresión emocional es temperamental, siendo así parte de la personalidad de la persona, y así como Eros y Manía son emocionalmente altos, y Ludus, Storge y Pragma son bajos, se podría establecer una predisposición en la personalidad para desarrollar o llevar a cabo algún estilo de amar. Pero también, se reconoce una gran

diferencia entre las respuestas a la escala por parte de personas que se reconocen como “estar enamorados o no” a pesar de estar en una relación o no, por lo que se puede reconocer la influencia que puede ser ocasionada por el género, las experiencias con el amor y la socialización.

1.6 Investigaciones previas de los estilos de amor

Se han realizado diversos estudios alrededor de los estilos de amor que buscan establecer su posible relación con diferentes variables: demográficas, de personalidad o de naturaleza social, en diferentes contextos socio-culturales, lo que da lugar a conclusiones que muestran diferencias a partir del contexto donde se desarrolló cada investigación.

En una investigación realizada por Ferrer et al. (2008) se evaluaron los estilos de amor de cada persona relacionándolo con sus variables sociodemográficas. Reportaron que alrededor del 30% de su población lleva a cabo el estilo Manía, los hombres tienen una tendencia mayor por el estilo Ágape que las mujeres, con lo que se rompe el mito de que la mujer es quien siempre da más de sí en la relación. El estilo Ludus, en general muestra inconformidad por parte de las mujeres, así como de la población que se encuentra en la edad del establecimiento de la pareja (18-29 años), así como en personas que han sufrido ruptura en el matrimonio (entre 45- 64 años). El estilo Pragma es en mayor cantidad presente en mujeres y por último, el estilo Ludus tiene una correlación negativa con la edad, y de manera inversa, el tipo ágape y Pragma tienen una correlación positiva con la edad.

La relación entre estilos de amor y la angustia psicológica que provoca la ruptura de una relación fue estudiada por Cheung et al. (2002) donde se pudo concluir que no existe ninguna diferencia significativa entre los sexos. Sin embargo, se encontró que las mujeres tienen una mayor tendencia a presentar disfunción social y los hombres depresión. Por último, respecto a los estilos de amor se reporta que después de una ruptura dolorosa, mujeres y hombres optaban por un estilo de amor Eros y Ágape, como una manera de protección hacia la relación y hacia su integridad emocional.

Hendrick y Hendrick (1986) encontraron relaciones significativas entre los estilos de amor y variables como género, raza, experiencias previas en el amor, situación actual en el amor y la autoestima. Utilizaron su propia escala, misma que contiene 42 ítems, 7 para cada

estilo, donde algunos hacen referencia específicamente a su relación de pareja y otros a creencias y actitudes acerca del amor. Estos autores reportaron que hay una mayor tendencia masculina hacia el estilo Ludus, pero las mujeres a diferencia de los hombres, tienen preferencia por un estilo Pragma, Storge y Manía. También explican que las personas con alta autoestima suelen ser más Eros, en cambio a las personas con baja autoestima tienen tendencia a un estilo Manía, a causa de su desconfianza de si mismo dentro de la relación.

Resultado de sus investigación basadas en el género y su relación con el amor y el sexo, Hendrick y Hendrick (1995), corroboraron sus conclusiones previas acerca de los estilos que más practican los hombres y las mujeres, así como que la Manía es frecuentemente el primer tipo de amor desarrollado por los adolescentes. Además mencionan que los hombres suelen tener más parejas sexuales que las mujeres, quienes prefieren relaciones estables y en compromiso. Las mujeres reportaron estar más enamoradas que los hombres, Por último, Hendrick y Hendrick, indican que las relaciones de mayor duración están basadas en similares estilos de amor por parte de sus integrantes, razón por la que las personas buscan a alguien con el mismo estilo de amor, por lo que es posible reconocer que el éxito en el amor no depende del estilo de amor preferido, sino en la compatibilidad de los estilos entre los integrantes de la pareja amorosa.

Capítulo 2

Depresión

Los desórdenes del estado de ánimo están representados por la división que considera un estado anímico típico, que experimentan las personas día a día y un estado próximo a un extremo. Sin embargo, se reconoce que el ánimo y el comportamiento de algunas personas es diferente a las maneras reconocidas como *normales* de acuerdo al contexto en que se han desarrollado (Cochran & Rabinowitz, 2000).

Para considerar un estado de humor como patológico, la intensidad de su cambio es tal que debe invadir la capacidad funcional del ser, y que continua de manera persistente y autónoma; en el caso de la depresión es un fenómeno de gran interés social y de salud pública, debido a que repercute en la calidad de vida de quienes la padecen, además de ser una de las principales causas de abandono o baja laboral, así como del deterioro en el ámbito personal y social de la persona (Bosqued, 2005; Chinchilla, 2008).

Todos los seres humanos experimentan en algún momento de la vida sentimientos de tristeza, dolor, desesperación y decepción. En la actualidad, la mayor parte de la gente se preocupa por gran cantidad de aspectos en cada ámbito de su vida que le genera las emociones citadas (Preston, 2002). Es indudable que en algún momento de la vida se presentará algún tipo de tragedia y es completamente natural experimentar dolor, melancolía y tristeza a causa del duelo que provoque esa situación, pero no siempre la tristeza lleva un transcurso normal, es decir, cuando una persona no tiene los recursos psicológicos suficientes para poder superar las situaciones dolorosas, tiene grandes posibilidades de sumergirse en la depresión, ya que la elaboración del duelo, cuando más exterior y grupalmente compartida sea, es menos dolorosa al percibir un grupo de apoyo y soporte,

pero cuanto más inhibida e individual sea, es mucho más lacerante psicológicamente para la persona (Aguirre, 2008).

La mayoría de las personas que desarrollan depresión perciben una sensación de impotencia debido a que se sienten incapaces de superar esa condición que los sumerge en sentimientos profundos de tristeza, desgano, desesperación y culpabilidad (Preston, 2002). En la depresión se sufre en todo el cuerpo, se sufre por vivir, por lo que posiblemente sea la única enfermedad en la que se puede tener deseos de morir como una manera de poner fin a su sufrimiento. Aguirre (2008) define la depresión como un hundimiento vital que suscita la vivencia existencial de la muerte. De acuerdo con Chave-Jones (en Atkinson, 1997) la depresión es una experiencia tan universal como el frío, puede ser tan leve que apenas pueda llamarse depresión o por el contrario, tan aguda que paralice enteramente a la persona.

Actualmente al existir una filosofía hedonista de vida y una preocupación constante por sí mismas, las personas han desarrollado una angustia excesiva por su estado de ánimo, con la certeza de que todo el tiempo deben mantener un ánimo alegre o por lo menos positivamente estable, acompañada de la errónea idea de que todas sus experiencias deben proporcionarles satisfacción, sin ningún tipo de dificultad, tristeza o consecuencia aversiva. Debido a concepciones como ésta, es que la depresión es comúnmente utilizada para justificar los fracasos del hedonismo y la miseria humana, así como su constante indiferenciación con otros sentimientos negativos o la hipotimia, misma que consiste en un estado de ánimo bajo, sin síntomas marcados y constantes como los de la depresión (Bosqued, 2005; Chinchilla, 2008).

Antropológicamente, la depresión afecta a todo el ser humano, el cuerpo y la psique. Es un trastorno psíquico con incidencia en lo somático, que comienza en la psique y se enraíza a la biología de la persona, transformándose así en una enfermedad psicofísica. La depresión es la muestra más básica para conocer y comprender al hombre actual, desde su dimensión más frágil, como ser práctico y mortal, lo que da lugar a una “quiebra biográfica”, en la que se estancan los impulsos por vivir, se olvida el pasado, se vive al margen del presente y se niega la posibilidad de futuro (Aguirre, 2008; Beck, 1976).

2.1 Antecedentes

Constantemente se menciona que la depresión es un fenómeno del ámbito de salubridad y social moderno, sin embargo Calvillo (2003) especifica que ese adjetivo es producto de los tiempos y modos de vida actuales, no porque su aparición sea reciente, debido a que su existencia es indeleble en la historia de la existencia humana.

La depresión es un fenómeno que ha existido siempre, acompaña a los seres humanos a lo largo de la vida. Su registro comienza desde los años 1600 a.C. en Egipto. A partir de esa fecha, acorde a cada época y la transformación de la vida humana, la explicación de las causas y los tratamientos para la depresión son múltiples: desde pocimas, brebajes, cambios de ambiente, hasta llegar a la terapia psicológica y/o psiquiátrica (Aros, 2005; Calvillo, 2003; Josué et al., 2006).

Hay pocas afecciones psíquicas que su descripción clínica sea tan constante a lo largo del tiempo. Las caracterizaciones antiguas incluyen los signos y síntomas cardinales que hoy en día son utilizados para diagnosticar la depresión, tales como el déficit de atención, ensimismamiento y ánimo decaído sin factor reconocido, el autocastigo, conducta autodenigrante, deseo de muerte y los síntomas vegetativos y físicos (Beck, 1976).

De acuerdo a Cochran y Rabinowitz (2000) la columna vertebral a través de la cual se reconoció y se caracterizó la depresión, está conformada por Hipócrates, Kraepelin y Freud. Cada uno dio explicaciones sobre la descripción y causas de la depresión, otorgándole un lugar dentro de las enfermedades que atacan gravemente la unión bidireccional entre el cuerpo y la mente, noción vigente hasta éstos días (Chinchilla, 2008; Preston, 2002). Con las contribuciones de Hipócrates, el comienzo de la historia del entendimiento de los desórdenes del estado de ánimo y la conceptualización de la melancolía se construyó la primera explicación biológica y somática de la depresión (Cochran & Rabinowitz, 2000).

En el transcurso de la historia, el inicio de la atención de la depresión fue a partir de la melancolía. En textos bizantinos y árabes se describía como una “enfermedad difícil de abatimiento: donde el enfermo parece tener en las vísceras espinas; la ansiedad lo atormenta; huye de la luz y de los hombres; prefiriendo las tinieblas y siendo presa del temor...” (Conti, 2007, p.17). Posteriormente la depresión fue reconocida como una perturbación de la mente caracterizada por una gran tristeza sin causa aparente, como una forma de ser o un tipo de temperamento o una alteración de la conducta, a causa de alguna alteración humoral o por un padecimiento mental (Conti, 2007). A lo largo del tiempo se mantuvo ese término para

hacer referencia a todas las expresiones de tristeza profunda, tal y como se ha localizado en la mayoría de escritos griegos y romanos alrededor de los años 100 y 200 d.C. (Alonso-Fernández, 2001; Aros, 2005; Josué et al., 2006).

Hipócrates, el padre de la medicina, proponía que la salud se lograba a través del mantenimiento del equilibrio en el organismo, sin la necesidad de sustancias ajenas al cuerpo, idea base sobre la que propuso la Teoría Humoral, donde si alguno de los humores perdían el equilibrio entre sí, se ocasionaría la presencia de alguna enfermedad. (Aros, 2005; Conti, 2007; Josué et al., 2006). Hipócrates propuso la existencia de 4 humores: *Sanguíneo*, característico de personas irritables y coléricas, su exceso provocaría cardiopatías; *Bilioso*, propio de personas melancólicas y taciturnas, responsable de patologías hepáticas y digestivas; *Linfático*, relacionado con temperamentos aislados y poco comunicativos, y por último el *Atrabiliario*, parte de personas de mal carácter o ansiosas, además de personas con actitudes espontáneas y agresivas.

Aristóteles también era un creyente de que al ser la bilis negra de temperatura baja, en exceso provocaría rigidez en el cuerpo y depresión o ansiedad en el alma; en caso de tornarse caliente, se presentarían etapas de éxtasis, una manera de explicar en épocas remotas la existencia del trastorno bipolar (Chinchilla, 2008). De acuerdo a la teoría humoral, la cura consistía en ofrecer alimentos especiales, realizar gimnasia, masajes, baños y en el caso de los árabes, se utilizaban estimulantes orgánicos para contrarrestarla. A pesar de que la teoría humoral fue descrita en los siglos a.C., su máximo desarrollo se dio en los siglos XV y XVI (Aros, 2005).

Alrededor de la Edad Media, los deprimidos eran considerados, al igual que todos los enfermos mentales, como personas *locas*, siendo así recluidas, discriminadas y sometidas a un sin número de maltratos (Conti, 2007). A finales del siglo XIX el concepto de melancolía fue desplazado por completo con el concepto de depresión, propuesto por Samuel Johnson (Calvillo, 2003; Conti, 2007).

Kraepelin contribuyó también en la diferenciación de tipos de depresión, reconoció que la depresión endógena y reactiva, se diferencian en síntomas respecto a la calidad, así como a las variaciones diurnas de intensidad del ánimo, el trastorno de sueño que se presente, la reactividad al medio y presencia de síntomas biológicos. Se asumió que los depresivos reactivos se tornan asténicos, hipersensibles, con baja autoestima, con ánimo disfórico, sin trastornos del sueño ni culpabilidad. Los depresivos endógenos se caracterizan

por características opuestas (Chinchilla, 2008). Kraepelin también hizo referencia a la importancia que ocasionaban los fenómenos transculturales, principalmente en el aspecto sintomático, aceptando la diferenciación de los síntomas de cultura a cultura (Aguirre, 2008).

En el siglo XIX, con el nacimiento de la psiquiatría, devino la descripción de la tristeza patológica entendida como altamente grave, con los rasgos caracterológicos de una persona bajo el signo del pesimismo, la culpa y el dolor moral, así como otro tipo de manifestaciones psicopatológicas menores que se integraron dentro del término depresión (Conti, 2007). Finalmente el concepto de depresión terminó englobando todos los estados de tristeza patológica que previamente recibían la denominación de melancolía, con lo que se otorgó la posibilidad de diferenciar los estados anímicos decaídos y de inhibición que son de carácter neurótico y no psicótico, de los casos de depresión que comienzan de manera neurótica (sin causa aparente), hasta los casos reactivos a algún tipo de pérdida. Mapother (1962, en Conti, 2007) citó que “el grado de factores externos e internos cooperan de manera infinitamente invariable, en la génesis de los trastornos mentales” (p.9).

Actualmente, en el siglo XXI, se han desarrollado estudios, descripciones objetivas y tipologías para una mejor comprensión de la depresión, de estrategias y técnicas de atención psicológica a personas con depresión, se han generado antidepresivos en la medicina psiquiátrica y también se recurre al uso de Terapia Electroconvulsiva (TEC) (Aros, 2002; Bosqued, 2005; Chinchilla, 2008; Preston, 2002).

2.2 La era de la depresión

Desde hace varios años se observa un aumento en el nivel de la prevalencia de la depresión alrededor del mundo, por lo que se le reconoce como el resfriado de las perturbaciones psíquicas (Burns, 1980) pero a pesar de ser un fenómeno universal, es importante reconocer que su incidencia es desigual en las culturas, a causa de que los conceptos de normalidad y anormalidad son diferentes, por lo que el reconocimiento de síntomas relevantes o “preocupantes” depende del contexto socio-cultural, de tal modo que la diversidad culturales el principal soporte a las distintas formas de diagnosticar la depresión (Aguirre, 2008).

Segal, Williams y Teasdale (2002) indican que la depresión es un padecimiento a nivel mundial, sin embargo, se puede observar una mayor prevalencia en la sociedad occidental. Aros (2005) y Atkinson (1997) explican que esta situación se debe al estilo de vida que se caracteriza por la constante prisa, falta de comunicación, una reducida bolsa de trabajo, el aislamiento y el aumento de estereotipos sociales que provocan angustia y ansiedad en la mayoría de la población, situaciones que afectan el desarrollo y estado anímico de las personas.

Se reconoce que la sociedad occidental es profundamente depresiva, debido a que tiene un alto índice epidemiológico, asemejándose a un fenómeno social propio. La sociedad occidental en su afán de ser una sociedad más competitiva e individualista, la hacen más proclive a tener personas que se hunden en la depresión (Aguirre, 2008; Calle, 1999).

Entre los principales factores que intervienen en el aumento de la incidencia de la depresión, se encuentran las siguientes características (Alonso-Fernández, 2001):

- *Estrés crónico.* Se presenta una sobrecarga emocional ocasionada por el trabajo, el tráfico de las grandes ciudades, y las dificultades económicas.
- *Incomunicación.* Entre relaciones cercanas hay un descenso de confianza y comunicación lo que provoca frecuentes situaciones de soledad.
- *Ruptura de las tradiciones culturales.* El seguimiento de las costumbres se han ido modificando, lo que ocasiona la pérdida de características tales como los valores, sin prever a las personas de lazos que favorezcan y promuevan la cohesión grupal ni social.
- *Aumento del uso de fármacos.* Existe un gran apego al uso de medicamentos para aliviar cualquier tipo de dolor y malestar, por lo que es común que los efectos secundarios ocasionados, afecten el estado general de la persona, y uno de ellos es la depresión.
- *Consumo de drogas.* Pertenecer a una sociedad depresiva da lugar a otro fenómeno, donde los integrantes buscan situaciones y sustancias que eleven su ánimo a un nivel eufórico y así explican el consumo elevado de drogas estimulantes y de adicciones psicológicas, transformándose en una sociedad llena de adicciones (Aguirre, 2008; Sanín, 1984). Actualmente las drogas son de uso común y cotidiano entre jóvenes y adultos que pueden ser afectados por cuadros depresivos a causa del consumo de

drogas legales e ilegales. Sin embargo en algunos casos el uso de sustancias nocivas se utiliza como “remedio” al dolor emocional (Bosqued, 2005; Sanín, 1984).

- *Aumento de la esperanza de vida.* El aumento de la duración del ciclo vital se ha reconocido como un factor que aumenta los casos de depresión, al sufrir enfermedades propias de la edad avanzada, que en conjunto con la pérdida de habilidades y capacidades, provocan sentimientos de inutilidad, impotencia y frustración. Además la pérdida de lazos familiares, se asocian también a sentimientos de soledad, minusvalía y aislamiento (Chinchilla, 2008).

A causa del gran índice de casos y sus consecuencias, se sustenta el aumento de atención proporcionada a éste fenómeno y la modificación en la magnitud de la percepción del problema, ya que las personas que sufren depresión y que trabajan tienen tiempo de pérdida de productividad 5 veces más a las personas que no presentan depresión, así como ausencia laboral por grandes periodos. Se reconoce que el nivel de afectación funcional es semejante al localizado en pacientes con enfermedades críticas como el cáncer o el SIDA, y aproximadamente del 15-30 % de los deprimidos se suicidan (Segal et al., 2002).

También se reconoce una mayor incidencia en personas ente 25 y 65 años, sin embargo, cada día se incrementa su presencia en casos infantiles o gerontológicos, así como una doble proporción de casos en mujeres respecto a hombres (Alonso-Fernández, 2001; Bosqued; 2005). Para Aros (2005) la cuarta parte de la población mundial sufrirá algún tipo de depresión a lo largo de su vida, y la mayoría de esas personas la padecerán en más de un momento de su vida. Lamentablemente, a pesar de que hay mucha difusión e importancia hacia lo que es la depresión, existe mucha desinformación, debido a que la mayoría de las veces se le denomina como depresión a otro tipo de estados anímicos o situaciones (Bosqued, 2005; Calvillo, 2003; Josué et al., 2006).

Los casos de depresión y trastornos del afecto en la población mundial, no es porque este fenómeno se haya modificado, sino porque los requisitos para vivir en la actualidad, han modificado las expectativas de las personas, la magnitud de sus sentimientos y estados anímicos, debido a que “la patología de una época depende de los ideales que se dan dentro de ella y esos ideales determinan la manera en que los individuos, física y psíquicamente, se sitúan en la realidad” (Calvillo, 2003, p.10). Una de las principales razones por las que la

depresión ocupa hoy los primeros lugares de los problemas de salud y dada su trascendencia social, económica y laboral, Calvillo describe el siglo XIX como la era de la depresión.

2.3 Semántica de la depresión

El término *depresión* se refiere a un algo o una porción que ha perdido la continuidad respecto a lo demás que lo rodea, y particularizándolo a la psicología se refiere a la presencia de un abatimiento moral que hace especial diferenciación respecto a un estado de ánimo previo más positivo (Calvillo, 2003). Por su parte, Atkinson (1997), ofrece una descripción de carácter subjetivo al señalar que la depresión es el peor dolor no físico que puede experimentar una persona.

Aunque la depresión sea entendida por la mayorías de las personas como un estado de ánimo “triste” o “bajo” extremo, es importante reconocer que la depresión no es una característica única, sino que consiste en un conjunto de elementos que la definen como una condición del ser humano que se presenta a través de un estado de ánimo decaído persistente o una pérdida de interés en conjunto con signos físicos y mentales, tan serios y dañinos que son capaces de obstaculizar las habilidades de la persona para desarrollarse de manera holística (Aros, 2006; Atkinson, 1997; Beck, 1976; Calvillo, 2003; Cochran & Rabinowitz, 2000; Martínez & Waysel, 2009; Segal et al., 2006).

Según Bosqued (2005) la depresión es fundamentalmente una alteración del estado de ánimo, un trastorno afectivo-cognitivo que tiñe de tono pesimista todos y cada uno de los aspectos de la vida. Una persona deprimida observa el mundo con un matiz de desgano y sin motivación, viéndose afectada su cognición, sus actitudes y comportamientos.

En general, se puede decir que existe un cambio negativo en el modo de pensar y percibir lo que se está experimentando, por lo que el comportamiento y la existencia de la persona se organiza en torno a una vida llena de dolor moral y/o dolor por vivir, ambos insensibles al consuelo (Alonso-Fernández, 2001; Bosqued, 2005).

La depresión es una condición incapacitante que provoca un grave desequilibrio emocional, interfiere en la vida cotidiana, las relaciones familiares, sociales y laborales de los individuos, se incrementan notablemente los riesgos para padecer enfermedades físicas, se llega incluso a ser letal, a causa de que entre lo psíquico y el cuerpo existe una gran influencia recíproca (Chinchilla, 2008; Preston, 2002). Se reconoce que el hombre es corporalidad

viviente y anímica, y todas las cosas que perturben su alma, pueden alterar el cuerpo (Chinchilla, 2008).

La persona deprimida sufre confusión al percibir un gran contraste entre la imagen que tiene de sí misma y los hechos objetivos, ya que a pesar de tener cualidades positivas más desarrolladas que otros, posee culpa por no poder aprovecharlas. Se hunde en la depresión por la evaluación de los aspectos que no logra aprovechar hasta los niveles autoimpuestos, a pesar de que éstos sean irracionales y poco objetivos, respecto a sus cualidades, habilidades y condiciones externas, y a pesar del sufrimiento que le causan sus ideas masoquistas y autodenigrantes, es incapaz de reconocer la falsedad y rigidez de sus pensamientos (Beck, 1976).

El individuo deprimido ofrece suficientes razones que sirven de base para reconocer que la depresión es una enfermedad peligrosa, por la capacidad de propiciar que la persona se ubique en contra de los instintos más básicos de la raza humana, como ir en contra del principio de conservación, el instinto sexual y materno (Beck, 1976; Preston, 2002).

La depresión debe ser visualizada de manera holística debido a que está claramente establecido que son múltiples los factores causales que influyen en su aparición (Josué et al., 2006). La depresión se presenta a causa de factores desencadenantes que pueden ser o no reconocidos, sin embargo, la principal causa se asocia a las situaciones que implican algún tipo de pérdida, ya sea física o psicológica (Preston, 2002; Clavillo, 2003).

Este fenómeno debe ser observado como una interacción más de la mente y el cuerpo, ya que a pesar de que aparentemente el eje afectado sea el afectivo, el estado anímico de la persona repercutirá de manera negativa en sus relaciones intrapersonal e interpersonal y en su condición física lo que da lugar a la aparición de otros estados emocionales como la irritabilidad y la ansiedad o vulnerabilidad ante enfermedades.

2.4 Depresión y tristeza

La vida humana es una línea compuesta por diferentes situaciones que ocasionan que sea una larga sucesión de estados de ánimo y afecto, mismos que dependen de la madurez forjada en la personalidad, a causa de las vivencias propias de la persona. De acuerdo con Chinchilla (2008), debe comprenderse que los estados de ánimo van desde el *júbilo-euforia*

hasta la *tristeza-infelicidad*. Un estado de ánimo común tiene fluctuaciones entre esos dos polos, incluye días con cuadros patológicos de breve duración.

La depresión es comúnmente indiferenciada de otros adjetivos para describir estados de ánimo o momentos de vida decaídos o desagradables, ya que los límites entre depresión como enfermedad y las vivencias normales de aflicción y duelo del ser humano no son claros, por lo que es de gran relevancia diferenciar entre el experimentar momentos de tristeza común y la presencia de depresión (Conti, 2007; Segal et al., 2002).

Por décadas, la gente ha utilizado con gran cotidianidad el término depresión para describir, sin medida, una disminución en su estado de ánimo habitual, como estados melancólicos, abatidos, de hastío, de tristeza o apáticos, sin darse cuenta que la depresión es un estado de desánimo que perdura largos intervalos de tiempo y que impide de manera radical la capacidad del sujeto para realizar sus actividades cotidianas (Beck, 1976; Freden, 1986).

Calle (1999) explica que la tristeza es un estado inherente a los seres humanos, que varía en intensidad y constancia en el estado de ánimo dependiendo de las capacidades de la persona como la autoestima, las creencias, el locus de control y la resiliencia. Se presenta en la vida de las personas por diferentes factores y motivos, por ejemplo, experimentar una situación adversa, una expectativa truncada, un recuerdo o sentimiento nostálgico. Estos eventos pueden provocar algún momento esporádico de tristeza, hasta llegar a ocasionar la sensación de vivir un gran dolor emocional.

La tristeza tiene como función inspirar, revelar y motivar a las personas a favorecer su situación, se pone en práctica pensamientos, actitudes y conductas que favorezcan la adaptación al momento aversivo que se está viviendo, según la percepción de la persona, por lo que su principal función es potenciar las cualidades constructivas de las personas, con lo que se favorecen sus relaciones intra e interpersonales y valores como la tolerancia a la frustración y la empatía (Calle, 1999). Sin embargo, cuando la tristeza se torna patológica, limitante y destructiva, se convierte en depresión, al reconocer su capacidad de limitar y empobrecer la personalidad, el carácter y la vida cotidiana del individuo.

Para Preston (2002) la depresión se distingue de la tristeza en que la primera se refiere a la percepción de un dolor inmenso y prolongado, que tiene la capacidad de impedir la funcionalidad del individuo, razón por la que se le reconoce como un fenómeno destructivo, al contrario, la tristeza es un pesar que conduce a la persona por una experiencia emocional

que tiene por meta la superación del dolor y el desarrollo de habilidades que favorecen la resiliencia. Por último, la depresión implica conflictos en la interacción social, la conducta y el funcionamiento mental y biológico.

La transformación de tristeza a depresión depende de múltiples elementos como la personalidad, los factores psico-socio-culturales y determinados sucesos aversivos que experimentan las personas debido a que la tristeza da lugar a síntomas que pueden dirigir al individuo a desarrollar depresión. Cuando la tristeza se comienza a agudizar repercute en el estado físico y psicológico de la persona, es decir, existen indicios de un estado de ánimo anómalo que se pueden experimentar de manera normal, pero al cabo de un tiempo y una evolución patológica, conducen a la aparición del trastorno (Atkinson, 1997; Calle, 1999):

- **Melancolía reincidente:** Se presentan momentos de nostalgia y melancolía de manera constante, incluso cuando no hay presencia de un factor desencadenante externo.
- **Psicastenia:** Se refiere a un estado de fatiga psíquica, que influye en la anergia, dando lugar a falta de vitalidad y motivación, ocasionada por intervalos de altos niveles de ansiedad, seguidos de momentos de escasa motivación e interés por cualquier tipo de tarea o actividad.
- **Insatisfacción profunda:** Refiere la presencia de una desilusión de la persona a cualquier tipo de situación que previamente lo motivaba y hacia experimentar un estado de ánimo agradable, es decir, los estímulos o situaciones que antes le interesaban y satisfacían, simplemente ya no tienen ningún impacto en la persona.
- **Angustia existencial:** Estado que se reconoce por experimentar sentimientos de desertización, vacío e impotencia ante el entorno en el que el sujeto está inmerso, dando lugar a preguntas existenciales, desesperación y declaraciones creadas en base a su experiencia inconforme.
- **Negligencia:** También llamada indolencia, representada por la pérdida de interés de la persona por su vida, dando lugar al descuido en todos los aspectos, dejando de lado la constancia en la procuración de su situación personal (incluyendo la higiene y aliño), social y laboral.

- **Tedio vital:** una existencia monótona y sin novedad se impone a la persona, la cual ha perdido su capacidad de asombro, espontaneidad; percibiendo su vida en un tiempo y espacio que no tienen nada nuevo que ofrecerle.
- **Ansiedad:** Uno de los principales componentes dentro de las épocas de tristeza. Sin embargo es también uno de los principales factores desencadenantes de episodios de depresión, al haber experimentado largos periodos de ansiedad excesiva previamente.
- **Irritabilidad:** Se reconoce un aumento creciente en la susceptibilidad de la persona, mostrando un estado mayor de sensibilidad dando lugar a pensamientos negativos, reacciones extremas, temores y sospechas paranoides.

Los síntomas descritos son experimentados de manera normal en diferentes grados a lo largo de la vida de las personas, sin embargo, cuando alguno o algunos de éstos reinciden, se prolongan o se intensifican notablemente y la persona es incapaz de superarlos, se torna en un caso crítico que requiere atención especializada.

Por lo tanto, al usar el concepto de depresión de manera indiferenciada, pierde la caracterización con esencia de un problema clínico, debido a que involucra una combinación de características, síntomas o elementos emotivos, cognitivos y conductuales que al perderse, provoca la anulación de su repercusión en la salud y en el equilibrio de todos los ámbitos que cubren la vida de la persona (Bandura, 1997; Beck, 1976; Segal et al., 2002).

2.5 Sintomatología

El comienzo sucede cuando de manera gradual o repentina, de acuerdo con los factores inmersos, las personas pierden el interés y la emoción que antes solían inspirarlos e interesarlos, por lo que el cambio en el estilo de vida es el indicador principal y más claro de cuando está presente un episodio de depresión (Atkinson, 1997; Segal et al., 2002).

Para Beck (1976) todos los síntomas de la depresión pueden resumirse en aspectos básicos, clasificando sus características en cinco categorías: alteración del estado de ánimo, concepto negativo de sí mismo, deseos regresivos y de autocastigo, trastornos vegetativos y cambios en el nivel de actividad.

La depresión se diagnostica cuando un número considerable de síntomas se presentan al mismo tiempo en un intervalo mínimo de 2 semanas, incapacitando a la persona para participar de manera activa en su medio (Cochran & Rabinowitz, 2000; Segal et al., 2002). A continuación se describen los signos y síntomas más relevantes en un caso de depresión (Aros, 2006; Atkinson, 1997; Bosqued, 2005; Calvillo, 2003; Cochran & Rabinowitz, 2000; Freden, 1986; Martínez & Waysel, 2009; Preston, 2002).

- › *Estado de ánimo deprimido.* La persona experimenta todos sus sentimientos, actividades y relaciones con tristeza y pesimismo, siendo éste el síntoma principal.
- › *Anhedonia.* Se presenta una pérdida de placer en actividades que previamente producían alegría, motivación e interés, lo que resulta en indiferencia, enojo, apatía o frustración. Según Beck (1976) la insatisfacción comienza a elevarse y extenderse en casi todos los aspectos de la vida, además de las necesidades básicas o impulsos biológicos.
- › *Llanto.* Se pueden presentar largos o cortos periodos de llanto de manera repetitiva o únicamente las ganas de llorar.
- › *Sensación de fatiga.* Se percibe un cansancio excesivo que no es coherente con los esfuerzos realizados en las actividades, por lo que la falta de energía ocasiona que la persona observe sus deseos, metas u obligaciones como objetivos inalcanzables.
- › *Sonrisa estereotipada.* Algunas personas depresivas utilizan la sonrisa como un gesto inexpresivo, que utilizan para enmascarar su sufrimiento a la percepción de los demás.
- › *Ideación negativa.* Existe una percepción negativa y pesimista respecto al pasado, al presente y al futuro, así como de sí mismo y de las personas cercanas a él. Es decir, existen repercusiones en la manera en cómo se desenvuelve en sus relaciones interpersonales más estrechas. Los sentimientos de miedo y los pensamientos paranoides, comunes en la depresión refuerzan los pensamientos negativos de sí mismos.
- › *Discomunicación.* La persona pierde su función en la comunicación humana, tanto como receptor y como emisor, es incapaz de comprender mensajes externos, emite palabras de manera escasa con lo que propicia su aislamiento.

- › *Alteraciones del sueño.* Se reconocen complicaciones en conciliar el sueño o mantener la estabilidad del sueño, o por el contrario puede presentarse hipersomnía, donde la persona siente una excesiva necesidad de dormir, siendo ésta una situación menos común.
- › *Déficit de atención.* Comienzan dificultades para concentrarse y focalizar la atención, por lo que la persona puede distraerse fácilmente y ser incapaz de concretar tareas.
- › *Alteración del apetito.* Al igual que en el caso del sueño, el apetito puede aumentar o disminuir de manera considerable, presentándose una pérdida del apetito o una compulsión por comer continuamente, puede ser común el consumo de dulces lo que puede resultar en una pérdida o ganancia de peso.
- › *Pérdida de la percepción del tiempo.* El tiempo transcurre de manera lenta y tediosa, con lo que se corroboran las ideas acerca de la pesadez, monotonía y dificultad de la vida.
- › *Pensamiento rumiante.* Debido a la falta de motivación, el pensamiento se torna lento, decaído y reiterativo, dando lugar a la dominancia de dudas, vacilaciones y obsesiones.
- › *Inseguridad.* A causa de la ideación negativa, al ser afectada la percepción del entorno y de sí mismo, la persona se siente incapaz de afrontar situaciones aparentemente complicadas, por lo que tiene dificultad para poder desenvolverse en situaciones habituales o en la toma de decisiones.
- › *Preocupación excesiva.* Los problemas tienden a ser percibidos con gran exageración, a causa de todas las distorsiones cognitivas creadas y ubicadas en la psique de la persona
- › *Conductas agresivas.* La persona manifiesta de manera intermitente sentimientos de irritabilidad, hostilidad, desconfianza y celos que algunas veces pueden desembocar en gritos, insultos o agresiones que funcionan como un desahogo al aislamiento y la soledad.
- › *Menor interés en relaciones interpersonales.* Debido a la apatía, anergia, pesimismo y baja autoestima, la persona comienza a aislarse y alejarse de los demás, aun de aquellos con quienes ha establecido lazos afectivos fuertes.

- › *Pérdida del sentido del humor.* Este síntoma no consiste en la incapacidad de la persona para entender o expresar situaciones divertidas, sino que su humorismo, su atención e interés, no responden de manera habitual (Beck, 1976).
- › *Pérdida del deseo sexual.* No existe deseo ni capacidad de mantener relaciones sexuales con la pareja, principalmente a causa de dificultades, como disfunción eréctil por parte del hombre o dolor por parte de la mujer.
- › *Anergia.* Existe una falta de estimulación interna, debido a la deficiencia de las motivaciones e intereses que provocan en la persona sentimientos de apatía, hastío y aburrimiento. Asimismo puede experimentar desgano y fatiga en la mayoría de las actividades, incluyendo las cotidianas o las más sencillas. En un caso más grave se puede presentar una falta de reactividad a los estímulos externos e insensibilidad lo que provoca un estado de embotamiento. El intenso dolor anímico y la ansiedad ocasiona éstas sensaciones que únicamente propician el aislamiento de la persona en su ámbito social y laboral.
- › *Distorsión de la imagen corporal.* A menudo el deprimido tiene una imagen distorsionada de su aspecto físico, piensa que su cuerpo ha cambiado repentinamente de forma y continuamente está en búsqueda de pequeños defectos, aunque no exista una prueba real de ello.
- › *Psicosomatización.* La persona manifiesta sufrir dolores o malestares en cualquier parte del cuerpo, como diarrea, molestias vagas y trastornos digestivos, mismos que no tienen ninguna base orgánica. Es importante reconocer que la persona no inventa sus malestares, simplemente la afectación no es fisiológica sino psíquica.
- › *Temores hipocondríacos.* Puede presentarse una preocupación exagerada e injustificada por la salud propia, asociando también, cualquier tipo de malestar a una enfermedad grave.
- › *Culpabilidad.* La mayoría de las veces se muestra de manera injustificada, reconoce que se debe en mayor proporción a un exceso de sensibilidad a todo tipo de expresiones y situaciones negativas que la persona se atribuye a sí misma. Se incluye en este signo la autoacusación y la autocrítica.
- › *Deseos de muerte o suicidio.* En casos agudos de depresión las personas al experimentar una vivencia dolorosa y al no comprender la razón del por qué, con

desesperación recurren a una salida, no fácil, pero eficaz. En la depresión leve es común la presencia de pensamientos y deseos de “desaparecer” o “dejar de existir” a causa de la dificultad con la que se percibe la vida. Pero por otro lado, en la depresión profunda o grave, la persona puede tener deseos de morir y en algunos casos suelen llevarlos a la práctica lo que conlleva la presencia de intentos o actos suicidas que pueden reconocerse de dos maneras: como un deseo pasivo o un deseo activo, es decir, como un pensamiento obsesivo sin contenido volitivo o un plan meticulosamente preparado (Beck, 1976).

Los síntomas de depresión, al igual que cualquier tipo de enfermedad o padecimiento, se viven de manera diferente en cada individuo y es importante reconocer que su curso o la acentuación de alguno, depende de la fisiología y el ambiente de cada individuo, ya que la depresión afecta de una manera distinta a cada persona en cuanto a gravedad, nivel de disfuncionalidad y duración de la sintomatología (Aros, 2005; Atkinson, 1997; Martínez & Waysel, 2009). Los síntomas depresivos son la muestra del empobrecimiento impulsivo, emocional, ideativo y volitivo que se traduce en el descenso de la actividad ocupacional del sujeto (Alonso-Fernández, 2001).

Es importante reconocer que al ser la depresión un fenómeno tan complejo, la mayoría de las personas que la experimentan, lo hacen como una combinación multivariable de síntomas, no todos al mismo tiempo y con la misma intensidad, pero que se presentan dependiendo de factores personales, sociales y biológicos.

El estado anímico influye de manera negativa en el sistema inmunológico (Atkinson, 1997; Josué et al., 2006; Preston, 2002) lo que resulta en que la persona no pueda afrontar alguna posible enfermedad y se encuentre en riesgo de contraer enfermedades y problemas de salud de mayor riesgo.

Muchas veces las personas que atraviesan por una etapa depresiva que afecta su funcionalidad, no logran reconocerlo o aceptarlo, a este fenómeno se le conoce como tener *nula conciencia de enfermedad*. En este contexto, es necesario que la gente se allegue de una cultura donde se reconozca que la depresión es una enfermedad y no una parte necesaria de una vida sana (Burns, 1980).

Los periodos de tristeza sobrevienen a la vida humana con regularidad, por lo que algunas veces diferenciarlos de una depresión leve será algo complicado para el individuo, y

el experimentar una depresión grave por primera vez, puede desconcertar a la persona acerca de los cambios que se presentan de manera física, psicológica y social, además de la complicación de reconocer su estado psicológico a causa del deterioro de sus habilidades sociales (Atkinson, 1997; Chinchilla, 2008; Segal et al., 2002).

2.6 Tratamiento de la depresión

Respecto al tratamiento de la depresión, el uso de medicamentos antidepresivos es muy común y casi indispensable desde el punto de vista médico, sin embargo, ha recibido críticas negativas. Por ejemplo, su uso no es realmente decisivo en la evolución de la enfermedad, debido a que se ha podido sustentar que únicamente del 60% al 65% de las personas muestran una mejoría definitiva como resultado del tratamiento farmacológico, sin tomar en cuenta que la dependencia a los fármacos impiden que la persona se capacite y utilice sus recursos psicológicos para hacer frente a la depresión y sobre todo, que el uso de medicamentos no podrá prevenir un futuro intento de suicidio (Beck, Rush, Shaw & Emery, 2005).

Cuando un caso de depresión se reconoce como una enfermedad fundamentalmente biológica, entonces el único tratamiento viable sería a través de medicamentos antidepresivos. Sin embargo, la depresión reactiva, que surge a causa de factores externos, es también tratada farmacológicamente, por lo que es un tratamiento equivoco al ofrecer un medio que sólo atiende la depresión de manera interna, sin reconocer los factores (externos) que están implicados principalmente (Aguirre, 2008).

Segal et al. (2002) realizaron estudios que compararon los resultados obtenidos utilizando antidepresivos y la terapia cognitiva. Reportaron que la terapia cognitiva ofrece un menor índice de recaídas, lo que se relaciona con que la terapia psicológica propicia la creación de recursos personales de afrontamiento, tolerancia a la frustración y resiliencia, y una vez obtenidas éstas habilidades, es indudable la construcción de una protección psíquica ante la depresión.

Los antidepresivos son útiles por su capacidad para modificar los síntomas de manera positiva, pero es igual de útil para ocultar y desvalorizar las causas interpersonales de la depresión (Atkinson, 1997; Calvillo, 2003). Por último, Segal et al. (2006) explican que las

personas depresivas o con tendencias depresivas, requieren de herramientas que les ofrezcan nuevas alternativas, asociadas a la estimulación que les permita enfrentarse a su entorno y al ámbito de su propia mente y de sus pensamientos.

Desde la terapia psicológica, después de una íntegra comprensión de la depresión y la aplicación de estrategias seguras y eficaces que permita la rehabilitación de la persona, es necesario llevar una profilaxis genuina y duradera para evitar futuras oscilaciones extremas del estado anímico y psicológico, lo que permitirá que la persona reevalúe sus valores y actitudes que son básicas para el desarrollo de su depresión (Burns, 1980).

Se concluye que los medicamentos utilizados para contrarrestar los síntomas de la depresión, que aunque pueden ofrecer a la persona la capacidad volitiva y moral para enfrentarse a su vida y buscar las causas de su situación, no son la solución más óptima ya que el tratamiento farmacológico deja de lado vacíos de relevancia social y personal en la atención integral y humanista a la depresión (Calvillo, 2003; Segal et al., 2006).

2.7 Tipología de la depresión

Es de gran importancia reconocer que la depresión tiene un pronóstico invariable, debido a que las posibilidades de padecerla, incrementan o disminuyen a lo largo del ciclo vital (Atkinson, 1997; Segal et al., 2006). Por lo que es importante reconocer las causas, que igualmente dan lugar a distintas características y que son utilizadas para diferenciar los tipos de depresión.

A mediados de los años 70's, existían discrepancias acerca de la naturaleza y etiología de la depresión, algunos especialistas sostenían que era un trastorno psicógeno, otros opinaban que era un padecimiento que se desarrollaba a causa de factores orgánicos, y había quienes aceptaban la existencia de dos tipos de depresión, la psicógena y la orgánica (Beck, 1976). Al presente, la depresión es catalogada como reactiva o endógena (Aros, 2005; Atkinson, 1997; Bosqued, 2005; Chinchilla, 2008; Preston, 2002; Seligman, 1975). En la *depresión endógena*, intervienen factores internos como la personalidad y/o de la constitución fisiológica de cada persona, es decir, intervienen en mayor cantidad factores genéticos. La *depresión reactiva* emerge a causa de un evento o situación que afecta el psiquismo de la persona (Chinchilla, 2008).

- *Depresión endógena*

La depresión endógena surge sin factores aparentemente definidos, las causas se sustentan por factores biológicos y propios de la personalidad del individuo.

Se tienen varias versiones del concepto endógeno, Una primera versión sostiene que el sustrato heredo-constitucional es tan severo que por sí mismo, sin necesidad de acontecimientos que lo propicien genera la depresión. Una segunda versión asegura que existen situaciones donde la depresión endógena necesita ser activada, condiciones que dan lugar al fenómeno *kindling*, donde después del primer episodio depresivo los factores externos no tienen tanta carga facilitadora y dejan de ser provocadores, es decir, las personas genéticamente predispuestas, su umbral de resistencia disminuye, lo que facilita la aparición de sintomatología depresiva de manera cada vez más constante (Chinchilla, 2008).

Existen situaciones donde lo endógeno es menos severo y necesita ser provocado. Los acontecimientos serán los causantes de un rompimiento del equilibrio inestable o de labilidad funcional de lo somático-psíquico (Chinchilla, 2008, p.8). Puede haber en juego factores sociales significativos para la persona, así como propios de la personalidad, en especial de carácter neurótico que crean notablemente una fragilidad e inestabilidad en su estado de ánimo común.

Por otro lado, la mayoría de los autores (Aros, 2005; Bosqued, 2005; Chinchilla, 2008; Preston, 2002; Seligman, 1975) reconocen en gran medida la importancia de las características propias del individuo, por lo que se les llaman “internas”, ya que no son palpables para la sociedad, pero que pueden dar lugar a la predisposición para un episodio depresivo. Estas características son de dos tipos: de condición biológica y de situación de vida.

Respecto a la *condición biológica*, se citan los antecedentes familiares, la presencia de algún padecimiento inmunodepresor (como lo son el cáncer, la insuficiencia renal, el sida y las afecciones endocrinas), la edad avanzada y la deficiencia funcional en el encéfalo que presenta niveles bajos de neurotransmisores respecto a receptores adrenérgicos y niveles de serotonina (Alonso- Fernández, 2001; Chinchilla, 2008; Josué, et al., 2006).

En lo referente a la *situación de vida*, se menciona el reconocimiento de la influencia de la *personalidad* en el sentido y evaluación de los factores externos, lo que propicia la

presencia de la depresión. Los factores de personalidad son moldeados por la familia y la sociedad, por lo que principalmente la conducta de los padres con los hijos, puede ocasionar una predisposición a la depresión (Alonso-Fernández, 2001; Aros, 2005). Se observa una mayor probabilidad de presentar episodios depresivos al desarrollar una personalidad con rasgos neuróticos, donde la neurosis, se refiere al conflicto interno que proviene de la deficiente manera en que se ha construido la personalidad del individuo, durante la interacción temprana con sus padres (Aguirre, 2008).

Las características determinantes que se relacionan con la depresión, son baja autoestima, dependencia excesiva, obsesión-compulsión, baja tolerancia a la frustración, inseguridad, necesidad de aprobación ajena, rasgos histéricos, agresividad, pasividad, sumisión, comportamientos sobre adaptativos, tendencia a evitar responsabilidades y liderazgo (Alonso-Fernández, 2001; Aros, 2005; Bosqued, 2005; Chinchilla, 2008). Por otro lado, la tendencia a la perfección induce a las responsabilidades que la persona se auto-adjudica, o el hecho de pretender seguir modelos imposibles de conducta, acarrear en la persona sentimientos de culpabilidad, que también lo hace proclive a presentar depresión (Segal et al., 2006).

De acuerdo con Chinchilla (2008) además de ser más acentuada que la tristeza normal, la depresión endógena se caracteriza por ser la más vaga de las depresiones, la más difícil de comprender y reconocer, debido a la calidad de su contenido, es decir, la dificultad de encontrar las razones y causas. Se complica por ser tan indefinida. Es importante explicar que en mayor proporción, la depresión endógena puede tornarse bipolar y presentar ciclos temporales de sucesiones entre la manía y la depresión (Bosqued, 2005; Chinchilla, 2008; Preston, 2002; Seligman, 1975)

Atkinson (1997) señala que en los casos donde se reconoce una depresión endógena es más útil el uso de antidepresivos, sin embargo, precisa que muchas veces se diagnostica un caso como depresión endógena, sin ningún suceso que la propicie, y al pasar la evolución de los medicamentos, se puede reconocer que únicamente lo que la persona necesitaba era encontrar la manera de expresar un suceso que no se había atrevido a socializar previamente, por lo que, erróneamente se puede etiquetar de depresión endógena a algunos casos de depresión reactiva.

- *Depresión reactiva*

La mayoría de las personas con depresión, independientemente de presentar algún tipo de predisposición biológica, tienen asociados como principal factor desencadenante, algún tipo de conflicto de carácter interpersonal y/o social (Alonso-Fernández, 2001; Josué et al., 2006). Cuando se habla de depresión por causas externas, se hace referencia a que el padecimiento se presenta por la intervención de uno o varios factores del entorno de la persona, razón por la que se le asocia a variables psico-socio-culturales.

La depresión reactiva, llamada así porque la persona no puede enfrentarse con la realidad y se refugia en la depresión (Atkinson, 1997) se presenta como resultado de un evento doloroso, específico y determinante. Puede ser un suceso psicológico o emocional, repentino y obvio, o gradual e insidioso, el cual provoca un cambio en la percepción y en la situación vital del individuo (Aros, 2005; Preston, 2002).

La depresión se puede presentar en reacción a un acontecimiento psicológico o emocional, o a una serie de ellos, que varían de un individuo a otro, razón por la que dos personas que presencian o experimentan sucesos aversivos similares, responden de manera diferente, una puede continuar con su vida sin ninguna secuela del evento aversivo, mientras que otra puede tener una crisis depresiva.

Se reconocen como principales factores externos de la depresión: pérdidas físicas y psicológicas, separación; cambios de domicilio, la jubilación, el concebir un hijo, el desempleo, la aparición de una enfermedad u operación quirúrgica, situaciones de estrés o angustia, a causa de un exceso de responsabilidades o trabajo, una dificultad económica, conflictos constantes en la relación de pareja o dolor crónico, y situaciones traumáticas, por ejemplo, accidentes, desastres naturales, ser víctima de violencia física o abuso sexual, o una enfermedad crónica (Alonso-Fernández, 2001; Aros, 2005; Preston, 2002).

La depresión al ser desencadenada por un defecto o anomalía física, psicológica o social, activará en la persona de manera constante la creencia de que está predestinada a una vida de sufrimiento (Beck et al., 2005). Aros (2005) y Bosqued (2005) refieren casos donde la depresión se puede producir después de grandes periodos de ansiedad o estrés, lo que provoca en el individuo sentimientos de cansancio y frustración que desembocan en un cuadro depresivo. Según Atkinson (1997) las situaciones complicadas y estresantes ocasionan

un agotamiento excesivo, especialmente en personas que tienen la tendencia a dar su máximo esfuerzo y recursos para lograr sus objetivos, siempre de manera idealizada.

2.8 Factores potenciales de la depresión

Existen factores que se reconocen con mayor relevancia por su influencia potencial para afectar a la persona y ubicarla en un papel vulnerable de manera psíquica y afectiva frente a la depresión, los factores mayormente citados son el género, la infancia y la relación de pareja.

- *Género:*

La cultura y los factores sociales marcan las pautas que se responsabilizan y dirigen la divergencia de las conclusiones establecidas alrededor de la depresión y el género, para ejemplificar esto Cochran y Rabinowitz (2000) y Chinchilla (2008) explican que en un estudio longitudinal, se encontró que los niños de 5-10 años no muestran diferencias consistentes respecto a casos de depresión de acuerdo a la variable género, la diferenciación de 2:1 mujer y hombre, establecida hoy a nivel mundial comienza a resaltar mientras obtienen una edad mayor. De acuerdo con (Bandura, 1997) la desproporción de depresión entre hombres y mujeres comienza para la mujer a partir de la adolescencia a causa de sufrir una modificación morfológica corporal más radical, debido a que es un periodo crítico para el desarrollo de capacidades simultáneas para el manejo de las fuertes demandas que provocan los cambios biológico, educativos y sociales.

Se propone que la pertenencia al sexo femenino es uno de los principales riesgos demográficos para la depresión. Por otro lado, se plantea que la clase social, el nivel cultural y la raza no se han vinculado claramente con la depresión (Josué et al., 2006; Sanín, 1984). Actualmente el papel hormonal en la depresión ha ganado mayor popularidad, al reconocer la vulnerabilidad de los estados de ánimo y los grandes cambios de humor a causa del periodo premenstrual, etapa posparto y menopausia, en el caso de las mujeres. Asimismo, también se reconoce que la testosterona juega papeles decisivos en la depresión particularmente en edades pre-púberes a causa del comienzo de la aparición de las

características sexuales secundarias (Bandura, 1997; Chinchilla, 2008; Cochran & Rabinowitz, 2000).

Además existen otras características que son relevantes para explicar una mayor prevalencia en casos femeninos; por ejemplo, los estereotipos para la mujer son arduamente impuestos por la sociedad, y se ha reconocido su impacto negativo en la vida de las mujeres al grado de poder compararlo de manera análoga con los síntomas de depresión, como lo es la sumisión, la dependencia y falta de iniciativa. Éstas cualidades se perpetúan a lo largo de la vida, primero “debiendo” mostrar esas características hacia los padres, luego la pareja y cualquier persona que se perciba como merecedor de cuidado o superioridad (Chinchilla, 2008). Así mismo Atkinson (1997) y (Chinchilla, 2008) precisan que la presión y la crítica social se reflejan fuertemente en las conductas de la mujer, ya que la sociedad siempre ha criticado de manera extrema la manera en cómo una mujer desempeña sus roles, actualmente, a pesar de que la mujer ha tomado papeles más estables y relevantes dentro del ámbito social y laboral, nunca se le ha podido desligar de sus obligaciones domésticas ni de sus roles, respecto a la procuración del bienestar de la pareja e hijos.

Por otro lado, (Martínez & Waysel, 2009) han centrado sus investigaciones en la depresión en el hombre, aseguran que gran parte de la población masculina la sufre pero de manera diferente a la reconocida y a pesar de que la proporción de mujeres que sufren de depresión es en relación de dos a uno, 2 de cada 3 suicidios por depresión son cometidos por hombres. Se asocian las causas a la cultura en que los hombres se desarrollan, siendo ésta caracterizada por establecer roles para los hombres que solo cubren cualidades de fuerza, resistencia y poder, por lo que las muestras de emoción, de afecto así como la debilidad física y psicológica quedan fuera de cualquier posibilidad de actitud o conducta. Cochran y Rabinowitz (2000) proponen que los hombres han desarrollado un lenguaje diferente para la expresión de los estados de ánimo, incluyendo los depresivos, realizan grandes esfuerzos para que estos estados y emociones puedan pasar de manera desapercibido por la mayoría de quienes los rodean.

Otro factor relevante en la aparición de la depresión aunado al género tiene que ver con el aspecto económico, asociado al estado marital, el desempleo y los problemas económicos, afectan en mayor cantidad a los hombres, las mujeres son afectadas por aspectos de calidad subjetiva, como lo es el cuidado de los hijos y los problemas familiares en mayor cantidad (Chinchilla, 2008).

- *Infancia*

De acuerdo con Beck et al. (2005) y Bandura (1997) algunas experiencias tempranas proporcionan la base para formar esquemas negativos respecto de sí mismos y que solo estarán sometidos a comprobación en situaciones posteriores, lo que conlleva a la autoestima, los valores, las cualidades, actitudes y creencias de sí mismo.

La infancia es reconocida como uno de los mayores factores para desarrollar depresión en la edad adulta, ya que la vida infantil puede crear cicatrices que no se desvanecerán a través del crecimiento y el desarrollo, a causa de padres o situaciones que provocan que el niño introyecte ideas altamente exigentes y devaluatorias (Atkinson, 1997). Ideas tales como que el valor de una persona no está en ser como es realmente, y/o que debe hacer las cosas siempre de manera correcta para poder ser merecedor de aceptación y amor. Así también se reconoce que todo niño que sea criado por algún padre depresivo, tiene altas posibilidades de desarrollar una visión depresiva del mundo, criando a un niño desproveído, a causa del ejemplo, de capacidades adaptativas para su desarrollo personal (Chinchilla, 2008).

Hace décadas, la pérdida parental temprana se asociaba en gran medida con el padecimiento depresivo en la edad adulta, incluso como un duplicador o triplicador de las posibilidades; sin embargo, en la actualidad no se ha podido avalar esa afirmación, ya que los únicos acontecimientos infantiles “difíciles” que se asocian de manera estable con el aumento de riesgo, es la baja autoestima, el abuso sexual y físico, y una percepción de un rol insignificante dentro de la familia (Chinchilla, 2008).

De la misma forma, también el estilo de crianza afecta notablemente el futuro de la persona; por ejemplo se encuentran los *padres sobreprotectores*, que siembran en su hijo sentimientos de baja autoestima, dependencia y miedos infundados, esto puede dar como resultado un adulto sensible al fracaso y con grandes posibilidades de desarrollar depresión. Por otro lado, los *padres represores o exigentes*, a causa de sus estrategias culpabilizadoras y ansiógenas, criarán niños con un elevado sentido de autocrítica y tendencia a la culpa, por lo que se puede inferir que en su adultez supeditarán sus deseos a los de los demás y desarrollarán sentimientos y conductas de intolerancia a la frustración. Y es así como el pensamiento de una persona con tendencia a la depresión aparece bastante impuesto a sí mismo, desarrollando constantemente ideas negativas acerca de sí mismos y de su vida (Beck et al., 2005).

- *Relación de pareja*

En primer lugar, la presencia de sintomatología depresiva puede disminuir la probabilidad de establecer relaciones afectivas y de pareja (Rivera, Cruz & Muñoz, 2011). Además, se reconoce que el estado de ciertas relaciones amorosas de pareja tiene una correlación significativa con la posible presencia de depresión en alguno o los dos integrantes de la pareja (Bandura, 1997), a veces puede presentarse en manera de retroalimentación donde si uno de los integrantes se encuentra deprimido, los conflictos tenderán a aumentar así como el estrés, provocando una disminución en la capacidad de resolver los problemas, esto favorece aún más la situación vulnerable del individuo.

En el caso de la relación de pareja, la depresión se asocia en mayor nivel con la mujer porque ellas ofrecen mayor importancia a características de intimidad y conexión emocional, por lo que las pérdidas afectivas las perturban más, siendo así que se aprecien sus requerimientos como una dependencia afectiva. Asimismo, la ausencia física o afectiva de la pareja, afecta la percepción de los sentimientos del otro y la percepción del soporte social que apoya a la persona, lo que provoca episodios de ansiedad y posteriormente de depresión (Martínez & Waysel, 2009).

El matrimonio es un factor benéfico para la pareja, en la salud física y mental de ambos sexos, sin embargo dicho efecto no es equitativo, es menor en las mujeres, a causa de asimetrías tradicionales que consisten en una desigual distribución de responsabilidades. Existe un mayor impacto perjudicial en la salud cuando la relación se torna negativa, por lo que la depresión sería una expresión de impotencia, debilidad enmascarando una protesta que cuestiona la asimetría y el poder dentro de la relación (Moreno, Rodríguez, Carrasco & Sánchez, 2009).

Respecto al matrimonio, Bandura (1997) sustenta que un matrimonio disfuncional es uno de los mayores factores para presentar depresión, la cual es provocada por la percepción de falta de habilidades para solucionar continuas diferencias y situaciones como la monotonía y costumbre, ya que las personas se sienten incapaces de producir cambios en la relación que puedan dar lugar a un nivel más óptimo de satisfacción en ambas personas. Son múltiples los factores sociales que pueden predisponer a una persona para presentar un episodio depresivo, ya que cada evento negativo tendrá diferente tipo de repercusión, lo que dependerá del desarrollo ontológico de la persona, por lo que la acumulación de factores

propiciarán que la persona carezca recursos y habilidades, personales y sociales, para afrontar pérdidas o situaciones aversivas.

El matrimonio puede ser la causa principal de la depresión, las personas insatisfactoriamente casadas tienen una mayor predisposición a deprimirse: el 50% de las mujeres insatisfechas con su relación de pareja son depresivas; y tanto hombres como mujeres inmersos en relaciones negativas o destructivas tienen una probabilidad de 25% mayor de deprimirse, a diferencia de parejas funcionales y positivas, por lo que Kramer (1998) destaca que la relación entre desafecto marital y depresión es más que común y estable.

De acuerdo con Jones y Asen (2004), los roles de género en la relación de pareja juegan un papel decisivo, por lo que dependiendo de la dinámica de pareja será el funcionamiento y la capacidad de resolución de problemas en la relación, ejemplificados en conflictos por los hijos y estilos de crianza, casos de violencia, expresión del afecto, problemas financieros, confianza, abuso de poder en la relación y las costumbres de cada integrante que desembocaran en presencia de depresión, sino se desarrollan las estrategias de resolución de problemas adecuadas.

La depresión por conflictos en la relación de pareja es asociada con el comienzo de la relación (Kramer, 1998). Según Kramer, las personas eligen a su pareja de manera inmadura y en momentos de euforia pasando por alto cualidades estables y el panorama general de la situación, un ejemplo de ello son las relaciones basadas en cualidades superficiales, ya que ponen en manifiesto la intención de ocultar las inseguridades personales, a través de la belleza, el poder, la clase, la riqueza o los logros de la pareja, que al paso del tiempo no serán suficientes, ya que las personas con alteración del estado del ánimo son más propensas a hacer malas elecciones y arrepentirse de ellas.

Un estado de ánimo deprimido tiene grandes repercusiones en la persona, provocando que permanezca con una persona que lo afecta negativamente, como en el caso de violencia; o que por otro lado, la motive a separarse de una pareja apropiada, a causa de pensamientos negativos y la desvalorización de todo su entorno. Kramer (1998) asegura que las quejas de incompatibilidad en la pareja, por parte de una persona de deprimida carecen de valor. Por lo tanto, cuando la causa de la depresión no se ubica en la relación de pareja, los componentes de cohesión en la relación son afectados y desvalorizados, poniendo en riesgo el futuro de la relación.

La presencia de sintomatología o episodios depresivos en algún miembro de la pareja, no se debe atribuir de manera completa a la pareja, ya que Jones y Asen (2004), a través de sus investigación ha podido reconocer que una persona deprimida por la situación de su relación de pareja, siempre tendrá en su pasado algún factor detonante o un previo padecimiento de depresión, señalando que se requiere además de la situación actual, una predisposición personal o social.

2.9 Modelos explicativos de la depresión

Así como en la mayoría de los fenómenos psicológicos y sociales, existen diferentes modelos o teorías psicológicas para poder explicar la etiología y desarrollo de la depresión. Aunque se plantea que las teorías más adecuadas para explicar el fenómeno de la depresión provienen del aspecto psico-social, también se reconocen las contribuciones desde el enfoque conductual. A continuación se abordarán los modelos explicativos mayormente reconocidos.

⊗ Modelo de Indefensión Aprendida de la depresión

Para Seligman (1975) la indefensión es el “estado psicológico que se produce frecuentemente cuando los acontecimientos se perciben incontrolables” (p.27), y haga lo que se haga, los resultados siempre serán los mismos; por lo que se reconoce que para poder comprender éste modelo, se debe partir de los conceptos de *control* y *descontrol*.

De acuerdo con Seligman (1975), el descontrol sucede cuando el curso de la situación es incontrolable y el resultado es independiente a todas las respuestas voluntarias del sujeto; las *respuestas voluntarias* son aquellas que pueden ser modificadas dependiendo del valor que la persona le otorgue a la recompensa y el castigo ofrecido, por lo que habrá una tendencia a repetirlas si ofrecen una recompensa atractiva para la persona; pero en un caso contrario, donde el resultado sea aversivo o indiferente para la persona, ésta no se esforzará por ofrecer respuestas para obtenerlo, y en caso de existir o haber desarrollado un sentimiento de indefensión, la motivación para emprender respuestas voluntarias e involuntarias se atenúa o anula.

La mayoría de los conocimientos sobre los que Seligman (1975) creó su teoría fueron obtenidos a partir de experimentos de laboratorios con la participación de animales como perros y ratas, encontró que la indefensión no es una característica únicamente humana, sino también animal, por lo que ésta se debe considerar como un principio explicativo de la depresión, la ansiedad y la muerte repentina, ya que cuando se aprende que el medio es incontrolable, se presentan consecuencias negativas en el comportamiento, a causa de sentimientos tales como la frustración y la ansiedad de manera constante, tanto en animales como humanos.

Es un modelo basado en el enfoque conductista, se sustenta en tres elementos fundamentales como lo es: la *información de la contingencia*, *representación mental de la contingencia* (aprendizaje, expectativa o creencia) y *conducta*. La primera se refiere a la información no estímulo que ofrece el ambiente de manera objetiva, la segunda tiene el papel crucial, ya que se refiere a la representación cognitiva creada por una contingencia real o imaginaria entre el estímulo o situación y las consecuencias que provocará u ocasionará para el sujeto mismo; y la conducta, si existe una contingencia negativa o aversiva se mostrarán respuestas tales como el debilitamiento motivacional, cognitivo y emocional, propios de la depresión.

Al percibir una independencia entre respuesta-consecuencia, la persona sufrirá tres tipos de perturbaciones: motivacionales, cognitivas y emocionales (Seligman, 1975). Las *motivacionales*, al presentarse un suceso traumático, la expectativa de alivio será la motivadora para ejercer algún tipo de respuesta específico. Sin embargo, en la ausencia de ese tipo de creencias, la probabilidad de llevar a cabo conductas adaptativas disminuirá. Las *cognitivas*, donde un aprendizaje previo que establezca que una respuesta es independiente a su resultado, obstruirá la capacidad de aprender una nueva contingencia, llamado también *interferencia proactiva*. Por último las *emocionales*, donde un acontecimiento traumático que ocurre por primera vez produce un intenso estado emocional llamado miedo, mismo que se activará en cada repetición de una situación similar. Todas las perturbaciones anteriores darán como resultado que “la persona aprenderá que no puede controlar el trauma, después de un tiempo el miedo disminuirá y será sustituido por la depresión” (Seligman, 1975, p. 85).

La depresión es una etiqueta utilizada para los sujetos pasivos que perciben una incapacidad total para poder aliviar su sufrimiento y que su sentir aumenta al perder constantemente fuentes importantes de apoyo, así mismo son personas que se perciben

como impotentes, con sentimientos de aversión hacia sí mismas, con una perspectiva negativa de su condición actual y futura (Bandura, 1997; Beck, 1976; Seligman, 1975).

De acuerdo con el modelo de indefensión aprendida, por medio de cuatro tipos de pruebas es como se demuestra el hecho de que dos fenómenos son semejantes, es decir, la indefensión y la depresión, ya que gracias a la comparación es cómo no sólo se comprueba si un modelo es adecuado, sino también se contribuye a precisar la definición y las características de un fenómeno. Seligman (1975) explica la depresión reactiva a través de la indefensión aprendida:

- *Síntomas conductuales y fisiológicos.* Existen seis síntomas de la indefensión en paralelo con la depresión, como la disminución de respuestas voluntarias, disposición cognitiva negativa (interferencia proactiva), curso temporal (cuando sólo ha existido un suceso traumático la probabilidad de persistir es menor; si se presentan múltiples situaciones aversivas semejantes, la indefensión persistirá), agresión disminuida (el status de dominancia disminuye), pérdida de apetito y cambios fisiológicos como hiperactividad o ansiedad.
- *Etiología.* La indefensión aprendida es causada por el aprendizaje de que las respuestas y las consecuencias son independientes, es decir una creencia de que la acción y el esfuerzo son inútiles, por lo que el individuo se percibe indefenso, especialmente por causas tales como: pérdidas físicas, psicológicas o afectivas, fracasos, enfermedades, dificultades o envejecimiento.
- *Curación.* La exposición forzada al hecho de que las respuestas voluntarias producen un reforzamiento positivo, es la forma más eficaz de romper con la indefensión aprendida, ya que se asume que si las mismas causas que originan la indefensión o depresión, son invertidas provocarán la recuperación, ya que de manera narcisista las metas y objetivos están de nuevo al alcance. Este aspecto se apoya en la Terapia Cognitiva de Beck que busca cambiar las expectativas negativas del paciente deprimido por otras más optimistas (Seligman, 1975,p.146)
- *Prevención.* Ambos fenómenos se pueden prevenir gracias al dominio previo de las circunstancias aversivas, evitando el descontrol, ya que las personas caracterizadas por percibir control sobre las circunstancias y su entorno, así como una visión optimista

serán capaces de sobrepasar las circunstancias de manera adaptativa (Bandura, 1997).

Bosqued (2005) resalta que tal como la indefensión, la impotencia es también un proceso de aprendizaje que se puede desaprender de una manera en que el sujeto recupere el sentimiento de control, a través de situaciones donde se demuestre a sí mismo que sus actos pueden modificar el rumbo de las circunstancias y por lo tanto, de las consecuencias en un fin positivo o negativo. Por lo tanto, la persona al recuperar el control y el valor de sus conductas, podrá observar el entorno de manera objetiva y con propuesta de superación, alejándose de un estado patológico.

⊗ Teoría de la autoeficacia

A lo largo de toda la historia, las personas siempre se han esforzado por lograr conseguir el control de los eventos que afectan sus vidas. Según Bandura (1997) desde épocas primitivas los seres humanos ya buscaban la manera de controlar su vida y el destino de ésta, ya que en esas épocas a pesar de su limitado entendimiento del comportamiento del mundo, intentaban contactar a seres supernaturales, a los que se les asumía la responsabilidad de la vida humana, y al ofrecerles rituales y algunos códigos de conducta, éstos en respuesta les darían protección en contra de poderes supernaturales, es decir, protección frente a situaciones en las que se percibían indefensos. Actualmente perduran ciertas creencias que siguen el mismo objetivo, las personas aún realizan rituales o acciones supersticiosas para favorecer su futuro; lamentablemente muchos logros o metas obtenidas se asocia a instancias externas y no a las capacidades y esfuerzos de la persona.

El desarrollo del conocimiento de la historia humana ha influido positivamente en la capacidad para predecir eventos y ejercer control sobre ellos, situación que le ha ofrecido cierta seguridad a las personas de poder controlar su propio destino, así como poder manipular su entorno y cambiar las condiciones de vida, por lo que el ejercicio del poder humano cada día abarca más dominios, construyendo tecnología física y alterando drásticamente como deben vivir día a día, lo que le ofrece a cada individuo innumerables beneficios personales y sociales (Bandura, 1997). Así mismo, a través de las acciones

colectivas, la gente puede modificar el carácter y las proactivas de su sistema social y así lograr mejorar sus vidas.

La capacidad de previsualizar las consecuencias o los posibles sucesos futuros, fomenta el desarrollo de conductas adaptativas; en cambio la incapacidad de prever y ejercer influencia en las situaciones adversas provocan en la persona sentimiento de aprensión, apatía y desesperación; a diferencia de la capacidad de asegurar consecuencias deseadas y prevenir las indeseables, incentivo de gran manera el desarrollo y ejercicio del control personal (Bandura, 1997).

La conducta, desde la perspectiva social cognitiva, no puede ser comprendida completamente a partir únicamente de factores sociales o psicológicos, por lo que Bandura (1997) propone el *modelo de la triada de causalidad recíproca*, donde la influencia social opera a través de procesos internos y así dar respuestas y sus respectivas acciones. Este modelo es representado a través de un triángulo con tres factores que intervienen en el comportamiento: *B*, representa la conducta; *P*, factores internos (cognitivos, afectivos y eventos biológicos) y *E*, el entorno. Estos factores se encuentran bajo una influencia recíproca, pero de diferente magnitud, donde su fuerza e contribución varían lo que dependerá de las actividades y las circunstancias en cuestión.

Bandura (1997) llama *agencia* a los actos realizados intencionalmente y que la persona atribuye a sí misma. El nivel de motivación, estado de ánimo y las acciones de las personas están basadas en lo que ellas creen, y no en lo que es objetivamente cierto; todo esto basado en mecanismos de agencia personal, a través de los cuales las personas hacen atribuciones causales a su funcionamiento psicosocial, por lo que dentro de los mecanismos no hay ningún aspecto más relevante o dominante que las creencias de las personas. En cambio, si la persona se cree capaz de producir efectos deseados gracias a sus actitudes y acciones, tendrán mayor motivación para llevar a cabo sus actos, es decir, las creencias de eficacia son la base fundamental de llevar a cabo cualquier acción.

La autoeficacia se refiere a “las creencias de las capacidades de uno mismo, de organizar y llevar a cabo el transcurso de acción que se requieren para conseguir logros deseados” (Bandura, 1997, p.3). Los eventos sobre los cuales las personas ejercen influencia son múltiples, en los que se puede necesitar la regulación de la emoción y motivación, procesos de pensamiento, estados de ánimo y acciones o cambiar los cambios del medio, dependiendo del objetivo de la persona para conseguir o llevar a cabo sus planes.

Las creencias propias acerca de su eficacia tienen diferentes efectos, en primera, influyen en los cursos de acción que las personas eligen qué tanto esfuerzo implican, cuánto tiempo resistirán a las dificultades, obstáculos y posibles fracasos, su resiliencia a la adversidad, patrones de pensamientos que auto-ayudan o auto-dificultan, cuánto estrés y depresión se experimentará al afrontar las demandas de su entorno y el nivel del logro, que valdrá la pena, por lo que el impacto de la eficacia personal en la calidad de la vida, depende de los propósitos en que se utilice, pudiendo ser de manera positiva o negativa (Bandura, 1997).

Los efectos no son características de los actos dentro de los mecanismos de agencia; sino consecuencias de ellos, algunas acciones son realizadas con la creencia de obtener un objetivo deseado; sin embargo, si los resultados no son los deseados a causa de factores externos o internos, de manera indiferenciada, la persona los agrega a su agencia.

Bandura (1997) describe que las personas eficaces toman ventaja rápidamente dentro de las oportunidades, evadiendo restricciones y adaptando sus conductas; las personas ineficaces son menos aptas para explotar sus oportunidades de crecimiento personal y social, así como fácilmente desalentadas a causa de restricciones e impedimentos. Las personas que se perciben como ineficaces por lo regular sus pensamientos y conductas están regidos por el *determinismo*, que se refiere a que los efectos de los actos esta basados en la sensación de que los resultados están establecidos por causas independientes a los esfuerzos o acciones que puedan realizar.

Diferentes factores se asociación en gran nivel con la auto-ineficacia, ya que la percepción de la incapacidad de influir en las consecuencias y en las condiciones sociales afectan la vida de las personas, aumentando sentimientos de futilidad, abatimiento y ansiedad. Las personas experimentan ansiedad cuando se perciben así mismos como incapaces de afrontar los eventos o consecuencias aversivas. Asimismo, las personas se entristecen o pueden llegar a deprimirse por su tendencia a percibir grandes recompensas y no recibir el beneficio esperado, así como casos donde las personas se vuelven tan crónicamente preocupadas con su incapacidad de conseguir sus deseos y su sensación de inutilidad, que perciben que la búsqueda de satisfacciones personales es infructuoso.

Los individuos depresivos muestran un sesgo atencional al emprender nuevos proyectos o actividades, debido a su visión pesimista de las pérdidas probables futuras. Se debe reconocer que las personas no se deprimen únicamente por los recuerdos y creencias

negativas fundamentadas en el pasado, de hecho, su desesperanza sobre el futuro es una de las principales características de la depresión (Bandura, 1997; Beck, 1976). Es decir, un bajo sentido de eficacia crea distorsiones respecto a cómo las personas reconocen, organizan y recuerdan sus experiencias relevantes, por lo cual la depresión.

A través del modelo de la triada de causalidad recíproca, se explica la depresión debido a que los tres factores contribuyen a su aparición y su evolución, ya que es fácil que las situaciones adversas permanezcan y provoquen constantemente sentimientos de inutilidad y abatimiento en la mayoría de las situaciones de la vida de las personas ineficaces, a causa del desarrollo de negativos sistemas de percepción y comportamiento (Bandura, 1997). Además, son personas no flexibles consigo mismos, atribuyendo éxitos a causas deterministas o desvalorizándolos; y culpándose fácilmente de sus fracasos. Por lo que se producen épocas prolongadas de pesimismo que únicamente provocan inhábiles recursos de afrontamiento contra la depresión.

Por último, Bandura (1997) reconoce que la autoeficacia positiva funciona como un protección en contra de las situaciones adversas de la vida y las reacciones depresivas que éstas provocan, ya que propone que las personas no deprimidas tiene una creencia exagerada en su eficacia social y su capacidad de obtener resultados positivos, además de ser capaces de atribuir el éxito y fracaso a sí mismos, tomando una posición responsable y constructiva ante ellos.

⊗ Modelo cognitivo de la depresión

El modelo cognitivo de la depresión surgió a partir de observaciones clínicas e investigaciones de Beck desde el año 1963, característica que le ofreció un progreso positivo al modelo y a la terapia derivada. Éste modelo postula tres conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico de la depresión: *la triada cognitiva, la organización estructural del pensamiento y los errores del procesamiento de la información* (Beck et al., 2005).

- Triada cognitiva

La *triada cognitiva*, consiste en tres patrones cognitivos principales que median la manera idiosincrática en cómo la persona deprimida se considera a sí misma, a su futuro y sus experiencias (Beck et al., 2005). El primero se basa en la atribución que

hace la persona deprimida de sí misma a causa de sus experiencias desagradables, puede ser que debido a uno de sus defectos, ya sea psíquico, moral o físico, la persona se desvalorice y asuma que carece de los atributos cruciales para conseguir la felicidad (Beck, 1976; Beck et al., 2005). El segundo patrón se refiere a la tendencia a interpretar las experiencias de manera negativa, por lo que el individuo percibe que el mundo le hace demandas exageradas y los retos de su vida son imposibles de cumplir, razones por las que reacciona a sus fracasos con frustración y desesperanza. El último, alude a una visión negativa del futuro, por lo que la persona espera únicamente penas, frustraciones y privaciones de manera indeterminada e indefinida (Beck et al., 2005; Seligman, 1975).

Sustentándose en los patrones de pensamiento negativo, Beck et al., (2005), explican la aparición de los signos y síntomas de la depresión; por ejemplo, los síntomas motivacionales, incluyendo la anergia y el suicidio que se deben al pesimismo y la desesperación; y los síntomas físicos se deben a su sensación de futilidad, es decir, su visión negativa al futuro que produce la inhibición psicomotriz.

- La organización estructural del pensamiento

La *organización estructural del pensamiento*, se explica a través de patrones cognitivos estables o *esquemas*, que son la base para transformar los estímulos (visuales, auditivos o gráficos) en cogniciones, gracias a las cuales la persona puede reconocer, diferenciar y codificar a los estímulos con los que se enfrenta (Beck, 1976; Beck et al., 2005).

Un esquema idiosincrático puede permanecer inactivo por años y activarse por *inputs ambientales específicos*; en la depresión, la conceptualización de las situaciones se distorsionan debido a que las personas han adoptado “esquemas inadecuados prepotentes” y mientras estos continúen activándose, serán evocados para un número mayor de estímulos, aunque no tengan una relación lógica, por lo que los pensamientos de la persona serán más perseverantes y se le dificultará cada vez más emprender actividades mentales objetivas y voluntarias (Beck et al., 2005).

Éste elemento tiene la capacidad de explicar también el por qué una persona deprimida mantiene actitudes que lo hacen sufrir y son contraproducentes para su

desarrollo y bienestar, inclusive si existen elementos positivos en su vida que podrían motivarlo para tomar actitudes positivas.

- Errores del procesamiento de la información

Los errores sistemáticos dentro del pensamiento son los que avalan las creencias negativas del paciente y que tienen la capacidad de anular cualquier evidencia objetiva. Beck (1976) Beck et al. (2005) y Burns (1980) reconocen seis errores básicos en el pensamiento depresivo:

-Inferencia arbitraria: La persona tiene la determinación para resolver o concluir una situación, a pesar la ausencia de pruebas o de tener pruebas que contradicen su posición, decisión y opinión.

-Abstracción selectiva: Se refiere a la atención focalizada únicamente en un aspecto, ignorando otros aspectos de igual o mayor relevancia en la situación, así como aspectos ya evidentes.

-Generalización excesiva: La persona construye una creencia o esquema radical que aplica a hechos aislados o relacionados de manera indiscriminada.

-Maximización y minimización: Al evaluar la importancia y magnitud de un aspecto, la persona tiende a exagerar sus cualidades negativas o desvalorizar sus cualidades positivas.

-Personalización: La persona se atribuye a sí misma, a sus defectos o acciones, situaciones negativas externas sobre las que ella tiene poca o nula influencia.

-Pensamiento dicotómico absolutista: también llamado por Burns (1980), el pensamiento *todo o nada*, que se refiere a la tendencia de clasificar de manera radical, los aspectos o las situaciones, de acuerdo a dos categorías completamente opuestas, lo que hace de este pensamiento, la base de una personalidad perfeccionista.

Debido a las maneras anteriores de elaborar los pensamientos, la concepción de las experiencias de la persona se torna de una manera desorganizada y primitiva, es decir, unidimensional, integral, absolutista, moralista e irreversible, por lo que sus respuestas emocionales seguramente serán negativas y exageradas, a causa de su incapacidad de emitir

juicios lógicos, objetivos y globales (Beck et al., 2005). De acuerdo con el modelo cognitivo de la depresión, se concluye que “el depresivo es una persona que tiende a interpretar sus experiencias en términos de privaciones o de derrotas, y como algo irreversible... considerándose a sí mismo como un perdedor y una persona predestinada” (Beck et al., 2005, p.24).

Este modelo será la base para llevar a cabo la investigación presente.

2.10 Investigaciones previas de la depresión

Se han desarrollado diversas investigaciones alrededor de la depresión, relacionándola con variables relevantes dentro de la relación de pareja, como la satisfacción marital, el poder y la intimidad.

En una investigación realizada por Rivera et al.(2011), se propuso caracterizar las relaciones de pareja en el período de la adultez emergente, y así establecer una relación entre la satisfacción con la relación de pareja y los estilos de apego, así como la presencia de síntomas depresivos y el miedo a la intimidad. Los resultados indicaron que la satisfacción con la relación disminuye por el grado de ansiedad y el miedo a la intimidad. Sin embargo, exponen que la depresión, ni en los hombres ni en mujeres afecta su satisfacción con la relación, lo cual explican a causa de que los síntomas que presenta su población no eran depresión mayor.

En la investigación desarrollada por Lemmens, Buysse, Henne, Eisler, Demyttenaere (2007), se realizó una comparación entre 67 parejas, las cuales contaban con un integrante de con síntomas depresivos, y otro grupo de parejas aparentemente sanas. Se encontró que los pacientes deprimidos reportaron más angustia psicológica, dificultades de apego y menos satisfacción marital que sus parejas y las parejas no patológicas. Asimismo, las parejas clínicas reportaron menos comunicación constructiva mutua y mayor comunicación tímida en su relación comparada con las parejas no clínicas. Por último, las mujeres deprimidas mostraban altos niveles de síntomas psicológicos como ansiedad y timidez; a diferencia de los hombres que mostraron ser menos ansiosos y tímidos.

La investigación realizada por Moreno et al. (2009) tuvo por objetivo el evaluar la asociación existente entre el poder, la satisfacción marital y la depresión. Propusieron que el

efecto de éstas variables es mayor en el grupo de personas deprimidas, obteniendo una correlación negativa entre la satisfacción marital y la sintomatología depresiva, así como en el poder y la persona deprimida. De todos los componentes de la relación de pareja, se asociaron de manera destacada la falta de intimidad, menor muestra de afecto y mayor agresión física y pasiva, con la sintomatología depresiva. El ajuste marital actúa como protector frente al impacto negativo de las situaciones estresantes y depresivas de la vida diaria, por lo tanto Moreno et al. Explican la depresión femenina a través de la interacción de situaciones aversivas, falta de intimidad y la percepción de desigualdad en la pareja.

Con base en investigaciones previas Marchand y Hock (citado en Marchand-Reilly & Reese-Weber, 2005) se sugiere que los síntomas depresivos en los miembros de un matrimonio funcionan como predictores de conductas conflictivas. En el caso de las mujeres, predice la presencia de dependencia afectiva y de la presencia de síntomas depresivos en sus parejas.

Por su parte, Soriano (2009) reconoció que la desigualdad es uno de los principales factores desencadenantes de la depresión en la pareja, al ocasionar los más graves conflictos en el matrimonio. Obtuvo resultados que señalan que las personas con distimia o menor nivel de depresión se integran en relaciones amorosas más simétricas, mientras que las depresivas mayores o severas tienen mayor tendencia a buscar la complementariedad. Así también explico que la presencia de asimetría en la pareja, a causa del desarrollo personal y profesional de cada integrante, explica las mayores desigualdades dentro de la relación, así como que una de las principales consecuencias de la depresión en el matrimonio, es el deseo de separación, manifestado a través del aislamiento, situaciones de tensión y de hostilidad. También señalo que la depresión está asociada con la formación de alienaciones y triangulaciones dentro de las familias, las cuales son protagonizadas por el padre depresivo con un hijo de tendencia depresiva igualmente.

Planteamiento del problema

El amor es conceptualizado como un sentimiento de matiz positivo capaz de transformar las relaciones sociales, así como la personalidad y conducta de los amantes. Sin embargo, las formas de conquista y expresiones de amor, se mantienen dentro de las normas sociales que ponen de manifiesto un conjunto de factores como la desigualdad en relación, los estereotipos y los valores de la culturas en que se desarrolla la relación amorosa (Fernández, 1998). Se infiere que las personas no tienen un estilo puro de amar, despliegan una mezcla de características de la tipología, reconociendo siempre un predominio de uno de los estilos en las conductas para amar a la pareja (Lee, 1973). Por otro lado, la depresión es una condición del ser humano que se caracteriza por su capacidad de interferir en las habilidades y capacidades de la persona para desarrollarse de manera funcional en el aspecto intrapersonal, interpersonal y laboral (Bosqued, 2005; Preston, 2002; Segal, Williams & Teasdale, 2002).

Asimismo, Stenberg (1999) asegura que las personas con tendencia a la depresión demuestran tener una menor satisfacción en sus relaciones amorosas, además de que esa misma situación afecta la relación y el afecto entre la pareja. Además asegura que las relaciones con personas deprimidas se tornan difíciles, en primer lugar debido a que la otra persona puede llegar a desarrollar culpa por el estado de infelicidad de su pareja, en segundo lugar la persona se siente comprometida por mejorar el estado anímico de la otra persona, y por ultimo al no conseguir los efectos deseados la persona puede tornarse frustrada, impotente y no amada, desencadenando poco a poco mayores consecuencias que afectan en general la relación de pareja a causa de la insatisfacción ya no sólo de uno, sino de los dos integrantes.

Además, se ha reconocido que las interacciones maritales con uno de sus miembros depresivos, se distingue por la negatividad, asimetría y agresión, predomina en sus discusiones un estilo de comunicación perjudicial y negativo, lo que disminuye la posibilidad de una solución constructiva de los problemas e incrementa las conductas destructivas y los sentimientos negativos (García-Méndez, Rivera & Reyes-Lagunes, 2009).

- Pregunta de investigación

¿Existen diferencias entre los estilos de amor y la sintomatología depresiva en hombres y mujeres?

MÉTODO

- **Objetivo general**

Establecer las diferencias entre los estilos de amor y la sintomatología depresiva en hombres y mujeres.

- **Objetivos específicos**

- Describir las diferencias del estilo de amor eros y la sintomatología depresiva en hombres y mujeres.
- Describir las diferencias del estilo de amor ludus y la sintomatología depresiva en hombres y mujeres.
- Describir las diferencias del estilo de amor storge y la sintomatología depresiva en hombres y mujeres.
- Describir las diferencias del estilo de amor manía y la sintomatología depresiva en hombres y mujeres.
- Describir las diferencias del estilo de amor ágape y la sintomatología depresiva en hombres y mujeres.
- Describir las diferencias del estilo de amor pragma y la sintomatología depresiva en hombres y mujeres.

○ **Hipótesis**

H1. Existen diferencias estadísticamente significativas entre el estilo de amor eros y la sintomatología depresiva en hombres y mujeres.

Ho. No existen diferencias estadísticamente significativas entre el estilo de amor eros y la sintomatología depresiva en hombres y mujeres.

H2. Existen diferencias estadísticamente significativas entre el estilo de amor ludus y la sintomatología depresiva en hombres y mujeres.

Ho. No existen diferencias estadísticamente significativas entre el estilo de amor ludus y la sintomatología depresiva en hombres y mujeres.

H3. Existen diferencias estadísticamente significativas entre el estilo de amor storge y la sintomatología depresiva en hombres y mujeres.

Ho. No existen diferencias estadísticamente significativas entre el estilo de amor storge y la sintomatología depresiva en hombres y mujeres.

H4. Existen diferencias estadísticamente significativas entre el estilo de amor manía y la sintomatología depresiva en hombres y mujeres.

Ho. No existen diferencias estadísticamente significativas entre el estilo de amor manía y la sintomatología depresiva en hombres y mujeres.

H5. Existen diferencias estadísticamente significativas entre el estilo de amor ágape y la sintomatología depresiva en hombres y mujeres.

Ho. Existen diferencias estadísticamente significativas entre el estilo de amor ágape y la sintomatología depresiva en hombres y mujeres.

H6. Existen diferencias estadísticamente significativas entre el estilo de amor pragma y la sintomatología depresiva en hombres y mujeres.

Ho. No existen diferencias estadísticamente significativas entre el estilo de amor pragma y la sintomatología depresiva en hombres y mujeres.

○ **Variables**

Independientes

- Sexo

Definición conceptual

El sexo se refiere a una realidad compleja basada en componentes claramente biológicos como lo son los genes, las hormonas y el cerebro, que se manifiesta a través de un polimorfismo sexual que permite mostrar un desarrollo psicosocial a lo largo del ciclo vital del individuo (Barbera & Martínez, 2004).

Definición operacional

Hombres y mujeres que participan en la investigación.

- Depresión

Definición conceptual

Conjunto de elementos que dan lugar a una condición del ser humano que se presenta a través de un estado de ánimo decaído persistente o una pérdida de interés en conjunto con signos físicos y mentales que obstaculizan la capacidad funcional de la persona (Beck, 1976).

Definición operacional

Respuestas a los ítems de la escala BDI-II.

Dependientes

- Estilo de amor

Definición conceptual

Las diversas formas de manifestar el interés de vincularse afectivamente con otra persona, debido al deseo de mantener cercana a la persona amada, incluyendo emociones, pensamientos, sentimientos y conductas (Lee, 1973).

Definición operacional

Distribución de los participantes en los 6 estilos de amor de acuerdo al Inventario de Estilos de Amor para Adultos.

○ Participantes

Participaron 221 personas, 104 hombres y 117 mujeres del Distrito Federal y el Estado de México, con un rango de edad de 22 y 55 años ($M = 37$, $DE = 6.62$). El nivel de escolaridad fue el siguiente: primaria 18; secundaria 59; con formación técnica 41; preparatoria 62; licenciatura 40 y con estudios de posgrado, uno (ver figura 2).

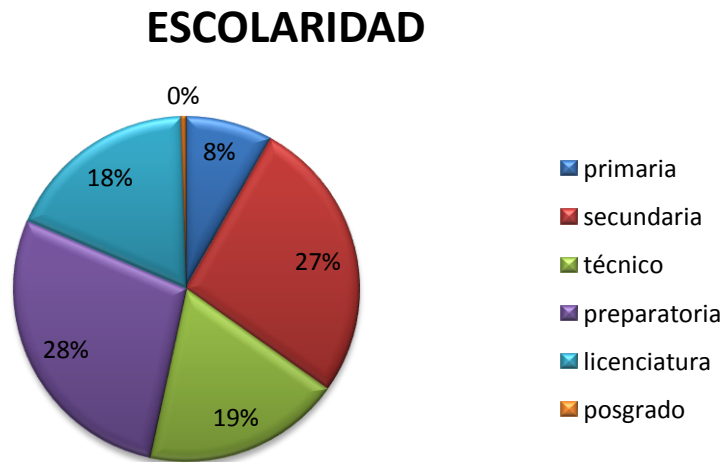


Figura 2. Distribución de los participantes por escolaridad

En relación a la ocupación, se constituye por 60 amas de casa, 70 empleados, 33 comerciantes, 39 profesionistas, 13 obreros y 6 estudiantes (ver figura 3).

OCUPACIÓN

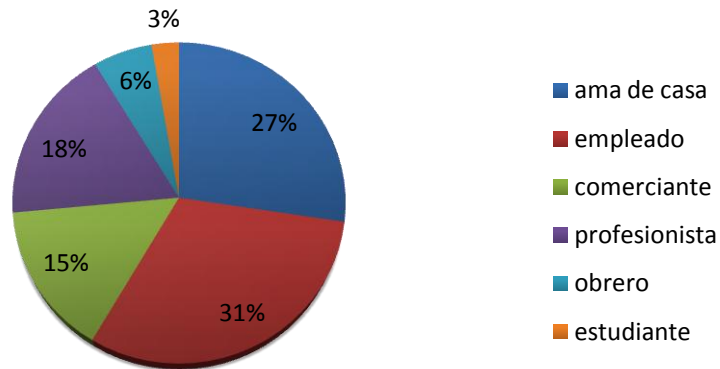


Figura 3. Distribución de los participantes por escolaridad.

147 participantes estaban casados y 73 vivían en cohabitación, todos con hijos, de uno a 6 ($M = 2$). El tiempo de relación osciló desde los 2 hasta los 34 años ($M = 14$, $DE = 5.87$). La muestra fue no probabilística intencional.

○ Instrumentos

1. Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) (Beck, Steer & Brown, 2006).

Tiene por objetivo el detectar la presencia de síntomas depresivos y cuantificar su gravedad. Contiene 21 ítems, cada uno consiste en un conjunto de cuatro aseveraciones ordenadas de acuerdo a un valor de 0-3, es decir, de menor a mayor intensidad respectivamente, donde la persona debe elegir la opción que describa de manera más precisa de su estado actual. La puntuación total se distribuye en rangos relacionados con la gravedad de la sintomatología depresiva:

- ⊗ 1-13 Depresión mínima
- ⊗ 14-19 Depresión leve
- ⊗ 20-28 Depresión moderada
- ⊗ 29-63 Depresión severa

2. Inventario de Estilos de Amor para Adultos (IEAA) (Ojeda, 2006).

El objetivo del inventario es evaluar los estilos de amor que prevalecen específicamente en la población mexicana, utilizando como base la Teoría de Estilos de Amor de Lee (1973). Contiene 82 reactivos para evaluar los seis estilos de amor, en escala Likert con cinco intervalos de respuesta que van de 1 = totalmente en desacuerdo a 5 = totalmente de acuerdo. Los coeficientes de confiabilidad Alfa de Cronbach de los factores varían de .73 a .91. La Tabla 1 presenta los factores, sus definiciones y reactivos.

Tabla 1
Factores de los estilos de amor

Estilo de amor	Definición	Reactivos
Eros	Estilo de amor que le otorga un valor mayor al atractivo físico, por lo que experimenta gran pasión y emoción al encontrarse con su pareja.	2, 3, 4, 8, 10, 14, 21, 26, 40, 41, 50, 54, 68, 78
Ludus	Se manifiesta con la relación con muchas parejas para cultivar numerosas experiencias de amor. No busca estabilizarse con una sola pareja.	1, 7, 22, 32, 44, 52, 60, 65, 70, 76, 81
Storge	Un estilo que prefiere la amistad y el afecto en lugar del amor, por lo cual busca en la pareja momentos agradables, relajados y compatibilidad de actividades.	16, 18, 19, 23, 24, 25, 28, 33, 35, 38, 42, 43, 46, 47, 49, 55, 56, 57, 59, 61, 62, 64, 66, 67, 71, 72, 73, 75, 79, 80, 82
Manía	Un amor caracterizado por una obsesión intensa hacia la pareja, es	11, 12, 15, 20, 37, 39, 45, 69, 74

celoso y obsesivo, exigiendo ser amado con la misma intensidad con la que él lo hace.

Ágape	Un amor basado en cuidados y procuración de la pareja de manera altruista y generosa, con características de sacrificio por el otro.	9, 29, 30, 34, 36, 48, 53, 58, 63, 77
Pragma	Un estilo de amor manifestado por la elección cuidadosa de la pareja, donde se busca la compatibilidad física, así como de intereses y costumbres de manera analítica y consciente.	5, 6, 13, 17, 27, 31, 51

○ **Tipo de estudio**

De campo de comprobación de hipótesis (Kerlinger & Lee, 2002).

○ **Diseño**

Dos muestras independientes (Kerlinger & Lee, 2002).

○ **Procedimiento**

En el Distrito Federal y el Estado de México, se acudió a hogares así como escuelas con previa autorización de los funcionarios del plantel, donde se consiguió la colaboración voluntaria de los participantes. Se procedió a realizar una breve explicación grupal de los objetivos de la investigación, así como de la confidencialidad de sus datos, por lo que los participantes otorgaron su firma de consentimiento informado y posteriormente respondieron ambos instrumentos, finalizando con el agradecimiento de su valiosa participación.

Resultados

Para comprobar las hipótesis que plantean diferencias entre los estilos de amor y los niveles de sintomatología de depresión, se realizó un análisis estadístico ANOVA simple, donde se obtuvieron diferencias en tres estilos de amor: storge $F(3, 179) = 6.584, p < .001$; en ludus $F(3, 192) = 10.973, p < .001$ y manía $F(3, 198) = 9.250, p < .001$.

Resultado de la prueba post hoc de Scheffé, se obtuvo con las medias que cuando el nivel de depresión es mínima, el estilo de amor storge se mantiene ($M = 3.88$) y cuando el nivel de depresión es severo ($M = 3.00$) tiende a disminuir. El estilo de amor ludus, con depresión mínima presenta un puntaje bajo ($M = 1.70$) que tiende a incrementarse con la depresión moderada ($M = 2.20$) y severa ($M = 2.55$). El estilo de amor manía, con depresión mínima, su puntaje es bajo ($M = 2.23$) y aumenta con depresión leve ($M = 2.64$) y severa ($M = 3.08$) (ver figura 4).

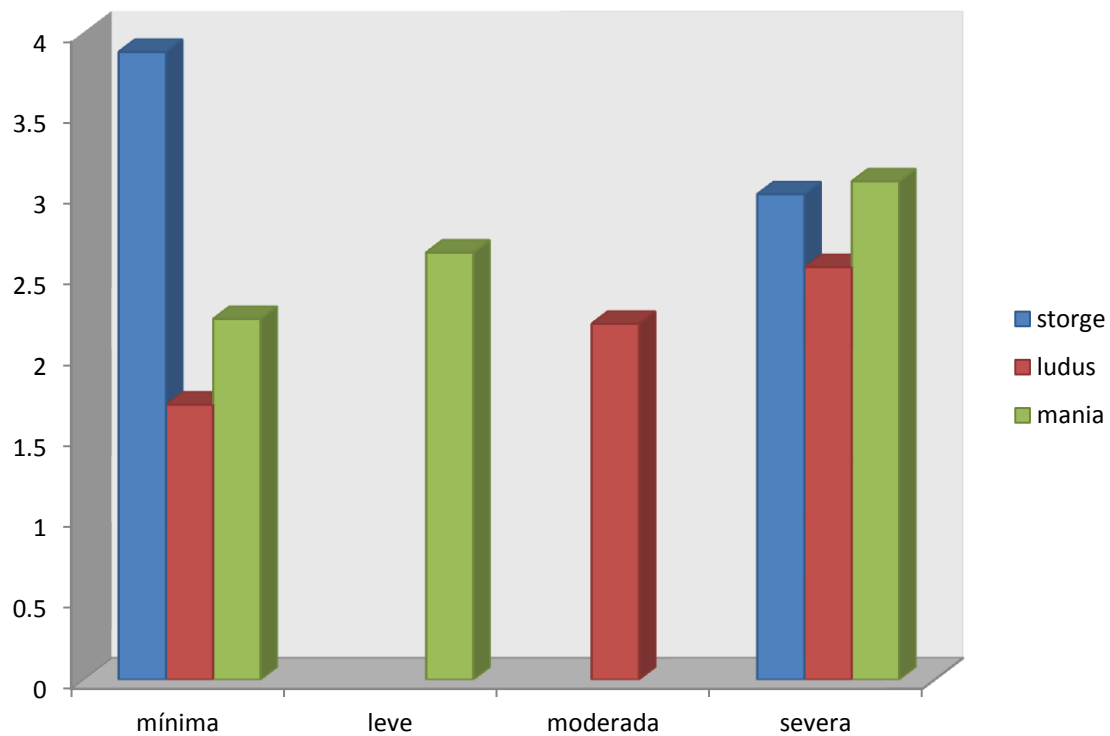


Figura 4. Estilos de amor y niveles de depresión

Para realizar el contraste de la segunda hipótesis que indica diferencias entre los estilos de amor en hombres y mujeres, se realizó una prueba t de Student para muestras independientes. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el estilo de amor ágape ($t = 6.56, p < .001$); eros ($t = 2.84, p < .01$) y pragma ($t = 2.90, p < .01$).

Los hombres son más ágápicos ($M = 3.23$) que las mujeres ($M = 2.94$), y son más eróticos ($M = 3.61$) que ellas ($M = 3.32$). También en el amor pragma, los hombres puntúan ($M = 3.26$) más alto que las mujeres ($M = 2.94$) (ver figura 5).

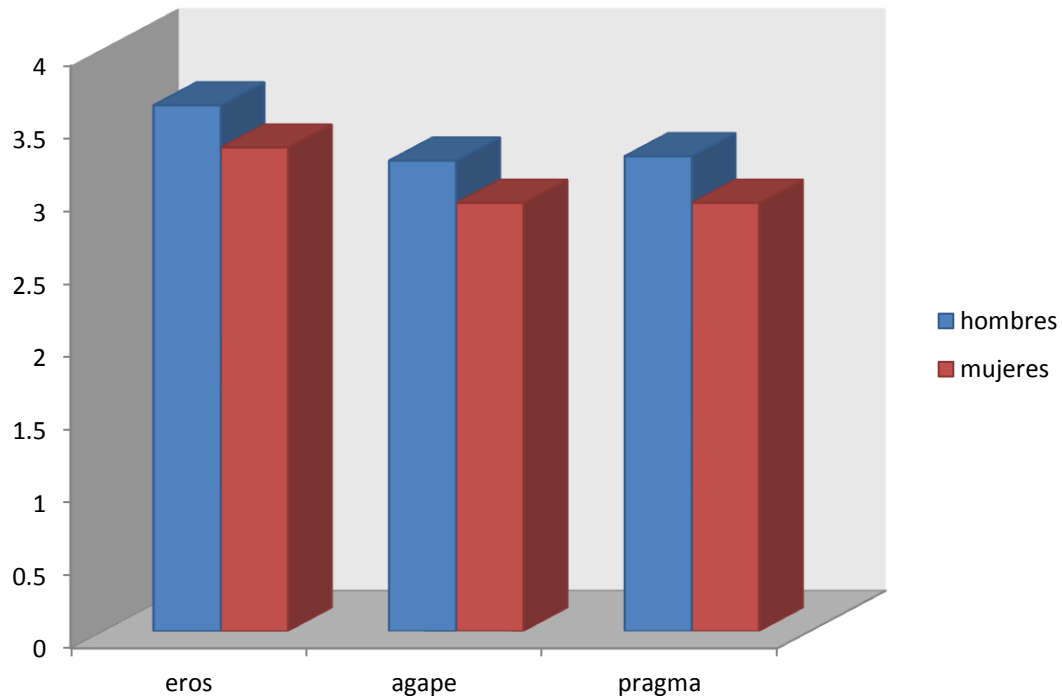


Figura 5. Estilos de amor en hombres y mujeres

Como se puede observar, las mujeres tienden a ser menos apasionadas que los hombres, sus intereses se diferencian de ellos en que dejan de prestar atención a los aspectos prácticos (intereses comunes, estabilidad económica, entre otros) y tienen una menor disposición a demostrar su afecto de manera incondicional.

Discusión

De acuerdo con los resultados obtenidos se reconoce que los estilos de amor storge, ludus y manía se encuentran de manera desigual significativa en distintos niveles de sintomatología depresiva, tanto en hombres como mujeres.

El estilo de amor storge, disminuye de manera gradual su incidencia en personas con síntomas de depresión severa, lo que plantea que el amor centrado en la amistad y el afecto, es menor a medida que la persona sufre más síntomas de depresión. La búsqueda de convivencia y compartir actividades con la pareja se disipa, tal y como Soriano (2009) señala que, las relaciones con integrantes deprimidos tienen mayores manifestaciones de aislamiento, tensión y hostilidad y de acuerdo con Moreno et al. (2009), a medida que la depresión se presenta en un integrante de la pareja, los componentes de la relación, como la intimidad, tienden a disminuir en frecuencia e intensidad. Lemmens et al. (2007), reportaron que la comunicación constructiva en la pareja disminuye con tan solo uno de los integrantes deprimidos.

Respecto al estilo de amor ludus, cuando la presencia de sintomatología depresiva aumenta, la búsqueda de numerosas experiencias de amor también, así como el intento de no estabilizarse afectivamente con otra persona. Las personas con tendencia a la depresión se muestran de manera desinteresada afectivamente con su pareja, sin intenciones de compromiso, como una protección afectiva ante el mundo (Moreno et al., 2009). De igual forma Cheung et al., (2002), sostienen que las personas depresivas tienen una tendencia a percibir a los demás como personas insuficientemente importantes, a manera de protección para su integridad emocional.

A medida que los niveles de depresión se elevan, la inclinación por el estilo manía también. Las personas con sintomatología severa tienen una mayor tendencia a expresar su amor de manera obsesiva, celosa y exigente hacia la pareja, de acuerdo con Moreno et al. (2009) quienes presentan síntomas depresivos se asocian a relaciones negativas, y viceversa. Estos resultados también son coherentes con los hallazgos de Cheung et al. (2002), quienes refieren que las personas que optan por el estilo manía conciben el amor como algo doloroso pero anhelado, mostrándose desconfiados por el temor al sufrimiento, lo que propicia las conductas obsesivas y posesivas hacia la pareja, y consecuencias negativas que corroboran sus pensamientos negativos acerca de su existencia y el amor, a causa de su estado de depresión. También Marchand y Hock (en Marchand-Reilly & Reese-Weber, 2005) reconocieron que los síntomas depresivos se asocian en mayor nivel a las conductas negativas.

Al realizar la evaluación de las diferencias entre hombres y mujeres, y los seis estilos de amor, se encontró que los hombres ejercen con mayor frecuencia los estilos eros, ágape y pragma, que las mujeres. Esto significa que dentro de las relaciones de pareja, los hombres tienen una mayor tendencia a llevar a cabo un estilo de amor que otorga un valor elevado al atractivo físico y, que experimenta gran pasión y emoción por su pareja; por lo que se reconoce los hombres centran el amor en características físicas y superficiales, resultado que coincide con lo descrito por Hendrick y Hendrick (1995) quienes aseguran que el centrar el amor en esas características, es una de las principales razones por las que los hombres tienen más parejas sexuales que las mujeres.

Estos datos concuerdan con los supuestos que consisten en que los hombres tienden a reportar de mayor manera sus deseos sexuales que las mujeres. Regan y Atkins (2006) atribuyen éstas diferencias al proceso de socialización, denotan que tal comportamiento se debe a los diferentes patrones de reforzamiento y castigo que hombres y mujeres reciben por su actitud y conducta sexual, asociados a la existencia de creencias normativas acerca de la masculinidad y feminidad, que reconocen a los hombres como personas con un deseo sexual constante y a veces incontrolable; y por otro lado, a las mujeres como personas *no-sexuales* que deben contener toda expresión de pasión y sexualidad.

Los resultados acerca del estilo amor ágape señalan una mayor inclinación masculina, es decir, que actualmente los hombres expresan su amor basándose en ofrecer cuidados y procuración por su pareja de manera altruista y sacrificada, tal y como lo han señalado

previamente Ferrer et al. (2008), rompiendo el mito que consiste en que la mujer siempre ofrece más de sí misma a sus relaciones amorosas, ya que asegura que los hombres creen que el amor se debe entregar de manera ilimitada, desinteresada e incondicional.

También se obtuvo información que describe a los hombres como personas que realizan una elección analítica y consciente de la pareja, buscando la compatibilidad física, de intereses y costumbres. El estilo pragma, fue atribuido por Ferrer et al. (2008) al estilo de amor en mujeres. Sin embargo, se puede asociar éste hallazgo a otro tipo de variables de la muestra como lo es la edad, y en éste caso al estado civil y duración de la relación de pareja actual, donde todos los participantes se encuentran casados o en unión libre, y tienen hijos; por lo que se puede inferir que los hombres implicados en relaciones estables reconocen que para desarrollar una relación constructiva y funcional se requiere de características más allá de los aspectos eróticos y superficiales, tal y como refiere Rivera et al. (2011), al señalar que en el transcurso de la adultez, los hombres comienzan a modificar su percepción de los aspectos relevantes en la relación de pareja, teniendo la capacidad de reconocer la necesidad elegir una pareja de acuerdo a la situación global y de las expectativas futuras.

Al obtener resultados que señalan que los hombres ejercen en mayor nivel los estilos de amor eros, ágape y pragma, se infiere la influencia de estereotipos socio-culturales, en primer lugar, al establecer que el comportamiento de las mujeres debe ser de manera distante ante las experiencias emocionales y pasionales con la pareja; y actualmente la búsqueda de la mujer por cambiar los patrones que encierran en la conducta femenina el continuo cuidado y sacrificio de la mujer por el hombre y la familia, manifestándose conductas agápicas en las mujeres en menor nivel que en los hombres.

Conclusión

A través de la información expuesta y los datos obtenidos se reconoce el importante papel que juegan los factores socio-culturales y la experiencia personal, en el desarrollo de depresión en algún momento de la vida, en caso de su aparición cuando se tiene una relación de pareja, los estilos de amor de la persona se caracterizarán por pensamientos, actitudes y conductas predominantemente negativas que afectan el estado psicológico de la pareja y por ende el desarrollo de la relación.

Por lo tanto, la principal aportación de ésta investigación es el establecimiento de la influencia de la sintomatología depresiva en las relaciones de pareja que puede deteriorarse en aspectos de afecto, intimidad, convivencia, comunicación y satisfacción. Es importante resaltar que una de las características de la muestra es que los participantes son casados o viven en unión libre, con un promedio de 14 años de convivencia, esto es, la etapa de su ciclo de vida es de una relación a largo plazo, donde las expectativas, las metas y los intereses de los integrantes de la relación difieren de una relación que apenas inicia.

REFERENCIAS

- Aguirre, Á. (2008). Antropología de la depresión. *Revista Mal-estar*; 8 (3), 563-601.
- Alberoni, F. (1980). *Enamoramiento y Amor*. España: Gedisa.
- Alberoni, F. (2004). *El misterio del enamoramiento*. España: Gedisa.
- Alonso-Fernández, F. (2001). *Claves de la depresión*. España: Cooperación.
- Aros, C. (2005). *Vivir sin depresión*. España: Océano.
- Atkinson, S. (1997). *Salir de la depresión*. España: San Pablo.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy. The exercise of control*. USA: Freeman & Company.
- Barbera, E. & Martínez, B. (2004). *Psicología y género*. España: Pearson.
- Beck, A. (1976). *Diagnóstico y tratamiento de la depresión*. EUA: Merck Sharp & Dohme International.
- Beck, A. (1993). *Con el amor no basta*. México: Paidós.
- Beck, A. T., Steer, R.A. & Brown, G. K. (2006). *BDI-II. Inventario de Depresión de Beck*. Argentina: Paidós.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. & Emery, G. (2005). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. España: Desclée de Brouwer.
- Bosqued, M. (2005). *Vencer la depresión. Técnicas psicológicas que te ayudarán*. España: Desclée de Brouwer.
- Brenlla, M., Brizzio, A. & Contreras, A. (2001). Actitudes hacia el amor y el apego. *Psicodebate*, 4, 7-23.
- Burns, D. (1980). *Sentirse bien*. España: Paidós.
- Calderón, C., Fornis, M. & Varea V. (2010). Implicación de la ansiedad y la depresión en los trastornos de alimentación de jóvenes con obesidad. *Nutrición Hospitalaria*, 25 (4), 641-647.
- Calle, R. (1999). *Superar la depresión*. España: Martínez Roca.
- Calvillo, F. (2003). *La depresión entre mitos y rumores*. España: Biblioteca Nueva.
- Cheung, M., Farmer, S., Grant, K., Newton, R., Payne, S., Perry, M., Saunders, J., Smith, C. & Stone, N. (2002). Diferencias entre los estilos de amar que tienen hombres y mujeres y sus reacciones de estrés postraumático tras la ruptura de su relación. *European Journal of Psychiatry*, 16 (4), 204- 215.
- Chinchilla, A. (2008). *La depresión y sus máscaras*. Argentina: Médica Panamericana.
- Cochran, S. & Rabinowitz, F. (2000). *Men and Depression*. USA: Academic Press.
- Conti, N. (2007). *Historia de la depresión. La melancolía desde la antigüedad hasta el siglo XIX*. Argentina: Polemos.
- Crosby, J. (1976). *Illusionment and disillusionment: the self in love and marriage*. EUA: Wadsworth.
- Díaz-Loving, R. (2010). Una Teoría Bio-Psico-Socio-Cultural de la pareja. En R. Díaz-Loving & S. Rivera (Eds.) *Antología Psicosocial de la pareja. Clásicos y Contemporáneos*. (pp.11-34). México: Miguel Ángel Porrúa y Universidad Nacional Autónoma de México.
- Durkheim, E. (1995). *La división del trabajo social*. (3a ed.). España: Akal.
- Elsner, P., Montero, L., Reyes, E. & Zeger, B. (2001). *La familia: una aventura*. Chile: Alfaomega.
- Feeney, J. & Noller, P. (2001). *Apego Adulto*. España: Desclée.
- Fernández, C. (1998). El arte de amar: un análisis sociológico. *R.E.I.S*, 84, 125-146

- Ferrer, V., Bosch, E., Navarro, C., Ramis, M. & García, E. (2008). El concepto de amor en España. *Psicothema*, 20(4), 589- 595.
- Firestone, R., Firestone, L. & Cattel, J. (2006). *Sexo y amor*. México: Manual Moderno.
- Freden, L. (1986). *Aspecto psicosociales de la depresión*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Fromm, E. (1983). *El arte de amar*. Argentina: Paidós.
- Hendrick, C. & Hendrick, S. (1986). A Theory and Method of Love. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(2), 392- 402.
- Hendrick, C. & Hendrick, S. (1995). Gender differences and similarities in sex and love. *Personal Relationships*, 2(1), 55-65.
- Josué, L., Torres, V., Urrutia, E., Moreno, R., Font, I. y Cardona M. (2006). Factores psicosociales de la depresión. *Revista Cubana de Medicina Militar*: 35 (3), 1-7.
- Kerlinger, F.N. (1988). *Investigación del comportamiento. Técnicas y metodología*. México: Editorial Interamericana.
- Lee, J. (1973). *The color of love*. EUA: Prentice-Hall.
- Lemmens, G. M., Buysse, A., Heene, E., Eisler, I., and Demyttenaere, K. (2007). Marital satisfaction, conflict communication, attachment style and psychological distress in couples with a hospitalized depressed patient. *Journal compilation Blackwell Munksgaard*, 19, 109-117.
- Marchan-Reilly, J., and Reese-Weber, M. (2005). Husbands' and Wives' Attachment Orientations and Depressive Symptoms: Predictors of Positive and Negative Conflict Behaviors in the Marriage. *Journal of Adult Development*. 12 (1), 85-88.
- Martínez, P. & Waysel, K. (2009). Depresión en adolescentes embarazadas. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 14 (2), 261-274.
- McAnulty, R. & Burnette, N. (2006). *Sex and sexuality*. EUA: Greenwood.
- Melendo, G. (2002). *Ocho lecciones sobre el amor humano*. México: Instituto de Ciencias para la Familia.
- Morales, E. & Libia, B. (2008). El amor como concepto filosófico y práctica de vida. *Revista digital Universitaria*, 9(11), 1-9.
- Moreira, V. (2007). Significados Posibles de la Depresión en el Mundo Contemporáneo. *PSYKHE*, 16 (2), 129-137.
- Natera, G., Juárez, F., Medina-Mora, M. & Tiburcio, M. (2007). La depresión y su relación con la violencia de pareja y el consumo de alcohol en mujeres mexicanas. *Revista Mexicana de Psicología*, (24) 2, 165-173.
- Ojeda, A. & Díaz-Loving, R. (2010). Una Teoría Bio-Psico-Socio-Cultural de la pareja. En R. Díaz-Loving & S. Rivera (Eds.) *Antología Psicosocial de la pareja: Clásicos y Contemporáneos*. (pp.543-572). México: Miguel Ángel Porrúa y Universidad Nacional.
- Ojeda, A. (2006). Inventario de Estilos de Amor para Adultos (IEAA). En M. L. Velasco y M. Luna (Eds.) *Instrumentos de evaluación en terapia familiar y de pareja* (pp. 201- 222). México: Pax.
- Parkes, C. (2006). *Love and Loss*. EUA: Routledge.
- Preston, J. (2002). *Como vencer la depresión*. México: Pax
- Rage, E. (1997). *Ciclo vital de la pareja y la familia*. México: Plaza y Valdez.
- Regan, P. C. & Atkins, L. (2006). Sex differences and similarities in frequency and intensity of sexual desire. *Social Behavior and Personality*, 34, 95-102.

- Rivera, D., Cruz, C. & Muñoz, C. (2011). Satisfacción en las Relaciones de Pareja en la Adulthood Emergente. El Rol del Apego, la Intimidad y la Depresión. *Terapia psicológica*, 29 (1), 77-83.
- Sanín, A. (1984). Depresión y toxicomanía. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 16 (3), 459, 462.
- Segal, Z., Williams, J. & Teasdale, J. (2002). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for depression*. USA: The Guilford Press.
- Segal, Z., Williams, J. & Teasdale, J. (2006). *Terapia cognitiva de la depresión basada en la consciencia plena*. España: Desclée.
- Seligman, M. (1975). *Indefensión. En la depresión, el desarrollo y la muerte*. España: Debate.
- Serrano, G. & Carreño, M. (1993). La teoría de Stenberg sobre el amor: Análisis empírico. *Psicothema*, 5 (suplemento), 151- 167.
- Solares, S., Benavides, J., Peña, B., Rangel, D. & Ortiz, A. (2011). Relación entre el tipo de apoyo y el estilo de amor en parejas. *Enseñanza e investigación en Psicología*, 16(1), 41-56.
- Stenberg, R. (1999). *El triángulo del amor: Intimidad, amor, compromiso*. España: Paidós.
- Tweedie, J. (2004). *En nombre del amor: Un estudio sobre el deseo sexual*. Inglaterra: Océano.
- Ubillos, S., Zubieta, E., Páez, D., Deschamps, J.C., Ezeiza, A. & Vera, A. (2008). Amor, cultura y sexo. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 4, (8-9).
- Wagner, F. González-Fortaleza, C., Sánchez-García, S., García-Peña, C. & Gallo, J. (2012). Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud Mental*, 35, 3-11.

Anexos

Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de enunciados. Por favor, lea cada **uno** de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las **últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el enunciado 16 (Cambio en los Hábitos de Sueño) y el enunciado 18 (Cambios de Apetito).

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo.
- 2 Estoy triste todo el tiempo.
- 3 Estoy tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto a mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que estoy siendo castigado.
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con Uno mismo

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual.
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores.
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.
- 2 Querría matarme.
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo.
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 siento ganas de llorar pero no puedo.

11. Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12. Pérdida de interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3 Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.
- 2 Encuentro muchas más dificultades que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No me siento que yo no sea valioso.
- 1 Me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme.
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Perdida de energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía de la que solía tener.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado.
- 3 No tengo suficiente energía para hacer nada.

16. Cambios en los hábitos de sueño

- 0 no he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.

1a Duermo un poco más de lo habitual.
1b Duermo un poco menos que lo habitual.

2a Duermo mucho más de lo habitual
2b Duermo mucho menos que lo habitual.

3a Duermo la mayor parte del día.
3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormir.

17. Irritabilidad

- 0 No estoy más irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios de apetito.

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.

1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.

2a Mi apetito es mucho menor que antes. 2b
Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.

3a No tengo apetito en absoluto.
3b Quiero comer todo el tiempo.

19. Dificultad de concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por largo tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o fatiga

- 0 No estoy cansado o fatigado que lo habitual
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Perdida de interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Ahora estoy menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente en interés en el sexo.

Inventario de Estilos de Amor para Adultos (IEAA)

INSTRUCCIONES

El presente cuestionario forma parte de una investigación enfocada a conocer las situaciones que vivimos en la relación de pareja. Marque con una **X** el número que mejor corresponda a la forma de interactuar con su pareja(s). Por favor, dé una sola respuesta por pregunta y conteste todas. Gracias.

TOTALMENTE DE
ACUERDO (5)
DE ACUERDO (4)
NI DE ACUERDO, NI EN DESACUERDO (3)
EN DESACUERDO (2)
TOTALMENTE EN DESACUERDO (1)

1.	Disfruto tener varias parejas.	1	2	3	4	5
2.	Siento un gran deseo sexual.	1	2	3	4	5
3.	Busco la manera de seducir a mi pareja.	1	2	3	4	5
4.	Mi pareja me despierta mucha pasión.	1	2	3	4	5
5.	Mi relación de pareja la he planeado cuidadosamente.	1	2	3	4	5
6.	Me conduje cautelosamente antes de comprometerme con mi pareja.	1	2	3	4	5
7.	Soy muy coqueto(a) con personas del sexo opuesto.	1	2	3	4	5
8.	Las conductas dirigidas a conquistar me excitan sexualmente.	1	2	3	4	5
9.	Haría cualquier cosa por complacer a mi pareja.	1	2	3	4	5
10.	Me gusta acariciar a mi pareja.	1	2	3	4	5
11.	Busco la manera de controlar a mi pareja.	1	2	3	4	5
12.	Soy desconfiado (a) ante lo que me dice mi pareja.	1	2	3	4	5
13.	Planeé cuidadosamente mi vida antes de elegir a mi pareja.	1	2	3	4	5
14.	Mi pareja me atrae sexualmente.	1	2	3	4	5
15.	Celo mucho a mi pareja.	1	2	3	4	5
16.	En nuestra relación amorosa desarrolló una buena amistad.	1	2	3	4	5
17.	Para elegir a mi pareja, eché mano de mi inteligencia.	1	2	3	4	5
18.	Mi pareja y yo somos compatibles.	1	2	3	4	5
19.	Supe elegir a mi pareja.	1	2	3	4	5
20.	Constantemente superviso lo que hace mi pareja.	1	2	3	4	5
21.	Me encanta el juego del amor.	1	2	3	4	5
22.	Me mantengo al lado de mi pareja por temor a quedarme solo.	1	2	3	4	5
23.	Mi pareja es mi mejor amigo (a).	1	2	3	4	5
24.	En nuestra relación de pareja, lo que más hacemos es compartir actividades.	1	2	3	4	5
25.	Me siento preocupado ante las preocupaciones de mi pareja.	1	2	3	4	5
26.	Siento un gran deseo sexual por mi pareja.	1	2	3	4	5

TOTALMENTE DE ACUERDO (5)
 DE ACUERDO (4)
 NI DE ACUERDO, NI EN DESACUERDO (3)
 EN DESACUERDO (2)
 TOTALMENTE EN DESACUERDO (1)

27.	Antes de comprometerme con mi pareja, consideré lo que ella (él) estaba planeando en su vida.	1	2	3	4	5
28.	Nuestro amor es realmente una amistad profunda.	1	2	3	4	5
29.	Antes que yo, esta mi pareja.	1	2	3	4	5
30.	Mi pareja es más importante que yo.	1	2	3	4	5
31.	Elegir a una pareja requiere una conducta planeada.	1	2	3	4	5
32.	Pienso que debería tener muchas parejas.	1	2	3	4	5
33.	El amor que existe en la relación es producto de lo mucho que simpatizamos mi pareja y yo.	1	2	3	4	5
34.	Me sacrifico por mi pareja.	1	2	3	4	5
35.	Mi pareja y yo nos entendemos.	1	2	3	4	5
36.	Usualmente estoy dispuesto (a) a sacrificarme para no obstaculizar las metas que se propone mi pareja.	1	2	3	4	5
37.	Discuto frecuentemente con mi pareja por su comportamiento.	1	2	3	4	5
38.	Siento un gran afecto por mi pareja.	1	2	3	4	5
39.	Pido a mi pareja "cuentas" de todo lo que hace.	1	2	3	4	5
40.	Cuando tengo cerca de mí a mi pareja, me emociono.	1	2	3	4	5
41.	Pienso continuamente en formas de coquetear con mi pareja.	1	2	3	4	5
42.	Gracias al cariño que nos tenemos mi pareja y yo, nos amamos.	1	2	3	4	5
43.	Mi pareja es compatible conmigo.	1	2	3	4	5
44.	Mis sentimientos hacia mi pareja son inestables.	1	2	3	4	5
45.	Desconfío de mi pareja.	1	2	3	4	5
46.	Me mantengo cerca de mi pareja el mayor tiempo posible.	1	2	3	4	5
47.	Creo que mi pareja es el amor de mi vida.	1	2	3	4	5
48.	Toleraría todo por el bien de mi pareja.	1	2	3	4	5
49.	Me siento seguro (a) de la pareja que elegí.	1	2	3	4	5
50.	Busco la manera de tener goce sexual con mi pareja.	1	2	3	4	5
51.	Pienso que en una relación de pareja, debe ser uno muy analítico.	1	2	3	4	5
52.	Trato de mantener a mi pareja un tanto incierta (o) de mi compromiso con ella (él).	1	2	3	4	5
53.	Preferiría sufrir yo, antes que ver sufrir a mi pareja.	1	2	3	4	5
54.	El simple hecho de ver a mi pareja me excita.	1	2	3	4	5
55.	Mi pareja y yo nos llevamos bien.	1	2	3	4	5
56.	Nuestro amor surgió del gran afecto que sentimos el uno por el otro.	1	2	3	4	5

TOTALMENTE DE ACUERDO (5)
 DE ACUERDO (4)
 NI DE ACUERDO, NI EN DESACUERDO (3)
 EN DESACUERDO (2)
 TOTALMENTE EN DESACUERDO (1)

57.	Siento seguridad con mi pareja.	1	2	3	4	5
58.	Primero satisfago las necesidades de mi pareja, antes que las mías.	1	2	3	4	5
59.	Mi pareja y yo, alimentamos día a día una gran amistad.	1	2	3	4	5
60.	Fácilmente me cansa una relación de pareja; por eso, constantemente busco nuevas relaciones.	1	2	3	4	5
61.	Mi pareja y yo tratamos de empatar nuestros tiempos para compartir actividades.	1	2	3	4	5
62.	Los lugares a los que asistimos mi pareja y yo para divertirnos son por acuerdo mutuo.	1	2	3	4	5
63.	Sólo vivo para mi pareja.	1	2	3	4	5
64.	Me gusta jugar con mi pareja.	1	2	3	4	5
65.	Me gusta tener muchas parejas.	1	2	3	4	5
66.	Quiero permanecer al lado de mi pareja el mayor tiempo posible.	1	2	3	4	5
67.	Mi relación de pareja es muy divertida.	1	2	3	4	5
68.	En mi relación de pareja, siento la necesidad de llegar a la consumación sexual.	1	2	3	4	5
69.	Siento celos por todo lo que hace mi pareja.	1	2	3	4	5
70.	Creo que hay que conocer mujeres/hombres de todo tipo.	1	2	3	4	5
71.	Me conmueve ver a mi pareja preocupado.	1	2	3	4	5
72.	Mi pareja y yo tenemos "química".	1	2	3	4	5
73.	Me siento bien cada vez que ayudo a mi pareja.	1	2	3	4	5
74.	Creo que mi pareja me debe consultar antes de tomar cualquier decisión.	1	2	3	4	5
75.	Pienso que soy inteligente por haber elegido a la pareja que tengo.	1	2	3	4	5
76.	Considero que no hay mujer/hombre que se me resistan.	1	2	3	4	5
77.	Todo lo mío es de mi pareja.	1	2	3	4	5
78.	Hago todo lo que sea necesario por proteger a mi pareja.	1	2	3	4	5
79.	En todo momento, muestro atención por el bienestar de mi pareja.	1	2	3	4	5
80.	Estoy dispuesto (a) a apoyar a mi pareja en todo lo que se le ofrezca.	1	2	3	4	5
81.	Considero que debemos tener varias parejas, pues sólo vivimos una vez.	1	2	3	4	5
82.	Me siento a gusto cuando convivo con mi pareja.	1	2	3	4	5