



**Universidad Nacional Autónoma de México  
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza**



**Carrera de Psicología**

***DEPRESIÓN: UN ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA  
EN MUJERES***

**Tesis**

**Que para obtener el título de:**

**Licenciados en psicología**

**P R E S E N T A N:**

**Adriana Olivia Sánchez González**

**Sergio David Tinoco Martínez**

**JURADO DE EXAMEN**

**Tutor: Dr. Juan Jiménez Flores**

**Mtro. Edgar Pérez Ortega**

**Dr. Rubén Lara Piña**

**Mtra. Gabriela Carolina Valencia Chávez**

**Mtra. Guillermina Netzahuatl Salto**

**Ciudad de México, 2017**



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.

# ÍNDICE

---

<b>RESUMEN</b> .....	<b>I</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>II</b>
<b>CAPÍTULO I</b>	
<b>DEPRESIÓN: DEFINICIÓN, TEORÍAS Y SÍNTOMAS</b> .....	<b>4</b>
<b>1.1 DEFINICIÓN DEL CONCEPTO DE DEPRESIÓN</b> .....	<b>4</b>
<b>1.2 TEORÍAS DE LA DEPRESIÓN</b> .....	<b>6</b>
<i>1.2.1 Teorías psicodinámicas</i> .....	<b>7</b>
<i>1.2.2 Teoría conductual</i> .....	<b>9</b>
<i>1.2.2.1 Modelo de la disminución del refuerzo positivo</i> .....	<b>9</b>
<i>1.2.2.2 Modelo de entrenamiento de autocontrol</i> .....	<b>11</b>
<i>1.2.2.3 Modelo de solución de problemas</i> .....	<b>12</b>
<i>1.2.3 Teoría cognitiva</i> .....	<b>13</b>
<i>1.2.3.1 Teoría de la indefensión aprendida y su reformulación</i> .....	<b>13</b>
<i>1.2.3.2 Teoría cognitiva de Beck</i> .....	<b>15</b>
<b>1.3 SISTEMAS DE DIAGNÓSTICO Y CLASIFICACIÓN</b> .....	<b>18</b>
<i>1.3.1 Clasificación Internacional de las Enfermedades</i>	<b>18</b>

<i>Décima Edición (CIE-10)</i> .....	
<i>1.3.2 Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales</i>  <i>Quinta Edición (DSM-V)</i> .....	<b>22</b>
<b>1.4 TIPOS DE TRASTORNOS DE DEPRESIÓN, SÍNTOMAS Y NIVELES DE DEPRESIÓN</b> .....	<b>24</b>
<i>1.4.1 Depresión mayor</i> .....	<b>26</b>
<i>1.4.2 Trastorno de depresión recurrente</i> .....	<b>27</b>
<i>1.4.3 Trastorno distímico</i> .....	<b>28</b>
<i>1.4.4 Trastorno bipolar</i> .....	<b>28</b>
<i>1.4.5 Trastorno Ciclotímico</i> .....	<b>29</b>
<b>CAPÍTULO II</b>	
<b>FACTORES DESENCADENANTES DE LA DEPRESIÓN</b> .....	<b>30</b>
<i>2.1. Biológicos</i> .....	<b>30</b>
<i>2.2. Genéticos</i> .....	<b>31</b>
<i>2.3. Psicológicos</i> .....	<b>34</b>
<i>2.4. Sociales</i> .....	<b>38</b>
<i>2.4.1. Circunstancias sociales que aumentan el riesgo</i>	<b>40</b>

.....	
2.4.2. <i>Estereotipos de género</i>	<b>41</b>
.....	
2.4.3. <i>Depresión en mujeres</i> .....	<b>43</b>
<b>CAPÍTULO III</b>	
<b>ESTUDIOS RELACIONADOS CON LA DEPRESIÓN EN MUJERES</b> .....	<b>48</b>
<b>CAPÍTULO V</b>	
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	<b>53</b>
<b>CAPÍTULO VI</b>	
<b>MÉTODO</b> .....	<b>57</b>
6.1. <i>Pregunta de investigación</i> .....	<b>57</b>
6.2. <i>Objetivo</i> .....	<b>57</b>
6.2.1. <i>Objetivos específicos</i> .....	<b>57</b>
6.3. <i>Definición de la variable</i> .....	<b>57</b>
6.4. <i>Participantes</i> .....	<b>58</b>
6.5. <i>Instrumento</i> .....	<b>58</b>
6.6. <i>Tipo de estudio</i> .....	<b>58</b>
6.7. <i>Diseño de investigación</i> .....	<b>59</b>
6.8. <i>Procedimiento</i> .....	<b>59</b>
<b>CAPÍTULO VII</b>	
<b>RESULTADOS</b> .....	<b>60</b>
<b>CAPÍTULO VIII</b>	
<b>CONCLUSIÓN</b> .....	<b>68</b>

<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	
-----------------------------------	--

# RESUMEN

---

La depresión es considerada como un problema de salud pública por su elevada prevalencia, ya que tiene la particularidad de afectar en forma negativa las actividades cotidianas, donde incluso eleva el riesgo de suicidio (Mori & Caballero). La prevalencia en la Ciudad de México es de 4,1% en las mujeres en comparación con 1,6% en los varones (Berenzon, Lara, Robles & Medina-Mora, 2013). El objetivo del presente trabajo fue conocer la prevalencia de la depresión en mujeres de la zona oriente del Estado de México con base en la sintomatología, para lo cual se tuvo una muestra de 259 mujeres de 18 a 75 años de edad, de clase trabajadora; para ello se empleó el BDI-II, siendo así un estudio transversal y descriptivo, de diseño no experimental. Los resultados fueron los siguientes: el 30,1% de las mujeres sufría de depresión de leve a grave, con lo que respecta al estado civil se obtuvo que el 28,4% son mujeres casadas y el 28,3% son solteras, no obstante en la ocupación, las mujeres comerciantes representan el 35,5% de las mujeres con depresión. Se puede concluir que una de cada tres mujeres aproximadamente, padece depresión leve, moderada o severa, asimismo no existe diferencia significativa entre mujeres casadas y solteras, pero no así para la ocupación, siendo las mujeres comerciantes quienes padecen más de depresión. Se propone intervenir a nivel general, orientando e informando acerca de la depresión.

Palabras Clave: Depresión, Mujeres, Prevalencia, Sintomatología, BDI-II.

# INTRODUCCIÓN

---

El propósito de la presente investigación es conocer la frecuencia de los componentes de la depresión en la población femenina que viven en la zona oriente del Estado de México, ya que la depresión es considerada como un problema de salud pública por su elevada prevalencia impactando en la calidad de vida de las mujeres; además, tiene la particularidad de afectar en forma negativa las actividades que desempeñan, actuando en detrimento de la propia calidad de vida de sus familiares y atentando contra su salud donde incluso eleva el riesgo de suicidio (Mori & Caballero, 2010).

Beck (2008), define a la depresión como el trastorno que altera el concepto de sí mismo, de su futuro y sus experiencias de un modo idiosincrático del mundo, provocando en el individuo tristeza, soledad, apatía, deseos de escapar, esconderse o morir, pierde el placer por las cosas que antes le causaban placer, el apetito y vigilia aumentan o disminuyen y los movimientos psicomotores son lentos o se agita con facilidad.

Estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) calculan que 350 millones de personas en el mundo padecen depresión, afectando a la población en general (OMS, 2012). La depresión en el mundo, ocupa la cuarta causa de incapacidad en cuanto a la pérdida de años de vida saludable; tanto que en México ocupa el primer lugar de discapacidad para las mujeres y el noveno para los hombres. La prevalencia en la Ciudad de México es de 4.1% en las mujeres en comparación con 1.6% en los varones (Berenzon, Lara, Robles & Medina-Mora, 2013). Éstos estudios demuestran que la depresión es más frecuente en el género femenino que en el masculino, por lo que se le ha considerado un problema prioritario de la salud mental en la



población femenina. Asimismo la depresión femenina puede ser la explicación del porqué cada vez es más frecuente la depresión en niños y adolescentes, puesto que en la sociedad mexicana, tradicionalmente se delega el cuidado de los hijos a la mujer (Lara, 2003).

En esta misma línea, Méndez (2012), explica que la depresión materna es un factor que genera problemas conductuales y anímicos en niños, por lo cual es necesario detectar a tiempo la sintomatología depresiva en las madres para prevenir de manera inmediata y al mismo tiempo disminuir la presencia de algún tipo de depresión en los niños, que pueda ocasionarle una alteración en su desarrollo físico y emocional.

De acuerdo con Lara (2003) existe relación entre la depresión en mujeres y otros factores como los biológicos, condiciones de desarrollo en la infancia, sucesos vitales, condiciones de género femenino y circunstancias sociales, cada uno de ellos tienen diversas consecuencias, los cuales se desarrollan más adelante en el presente trabajo.

Pese al impacto que tiene este trastorno y a la población a la que puede afectar, una gran proporción de estas personas no acude a tratamiento, retrasa la búsqueda de ayuda o bien no recibe la asistencia adecuada. Las personas que manifiestan este trastorno buscan ayuda profesional; sin embargo, no recibe un tratamiento adecuado (Berenzon et al., 2013).

Para fundamentar el objetivo planteado, en el primer capítulo del presente trabajo se revisa el concepto de depresión y los cambios que ha tenido de antaño hasta la actualidad, también se revisa tres teorías (psicodinámica, conductual y cognitivo) que explican mejor a la depresión así como su clasificación que los manuales otros autores señalan, describiendo su sintomatología en cada uno de ellos así como los niveles de depresión.

En el segundo capítulo se describe los factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales con la finalidad de explicar por qué se desencadena la depresión tanto en mujeres como en

hombres y argumentar porque es importante realizar el trabajo con la población femenina en la zona oriente del Estado de México y porque es tan elevada la prevalencia a diferencia de los varones.

En el capítulo cuatro se plantea algunos estudios actuales relacionados sobre la depresión en mujeres con el objetivo de observar cómo se comporta el fenómeno en otros países, el cual nos sirve para y reflexionar sobre la importancia, el conocimiento que la población debe de conocer la depresión y sugerir nuevas estrategias para implementarlas en las zonas urbano-marginas.

# CAPÍTULO I

## DEPRESIÓN: DEFINICIÓN, TEORÍAS Y SÍNTOMAS

---

En el presente capítulo se revisa el concepto de depresión así como la evolución que ha tenido este trastorno a lo largo de la historia y las teorías que han tratado de explicarla. Asimismo, se expone el empleo de las diversas clasificaciones diagnósticas que ayudan a organizar y promover la comprensión del trastorno, así como los tipos, síntomas y niveles de depresión.

En primera instancia, la dificultad del tema es que no existe una definición conceptual de depresión como tal, ya que cada autor la define de acuerdo con el objetivo de su investigación, basándose particularmente en la sintomatología. A continuación se presenta una revisión de diferentes aproximaciones al concepto de depresión desde la antigüedad hasta hoy en día.

### **1.1. Definición del concepto de depresión**

En el presente apartado se revisa la historia de la depresión ya que aproxima al entendimiento de la misma, haciendo un breve repaso por algunos de los autores más relevantes o datos que han resultado interesantes sin llegar hacer un recorrido cronológico. Asimismo, cómo los investigadores han conceptualado y explicado el trastorno desde su aparición hasta la actualidad, retomando tres modelos explicativos: psicodinámicos, conductuales y cognitivos.

En el Siglo IV a.C., se creía que los trastornos mentales estaban determinados por causas naturales, como un desequilibrio de los *humores* corporales. Hipócrates afirmaba que la bilis negra era la causante de la melancolía. A lo largo de la Edad Media, San Agustín (Siglo V d.C.),

---

aseguró que todas las enfermedades de los cristianos debían ser asignadas a los demonios. Sin embargo, en el renacimiento volvieron a considerar las causas naturales, pero ahora, desarrollando tratamientos más humanos.

A lo largo del Siglo XV, las descripciones de las experiencias y las manifestaciones de los trastornos del estado de ánimo han cambiado muy poco, desde entonces, la sintomatología de la depresión constituye un hilo común entre las descripciones antiguas y las contemporáneas. Por el contrario, la clasificación y el tratamiento han cambiado drásticamente a lo largo de los años (Caballo, Buela-Casal & Carrobes, 1995).

Durante el Siglo XVII d.C. las ideas de Descartes sobre la independencia de la mente y cuerpo ayudaron a tener un enfoque objetivo y empírico. De esta forma, los conceptos acerca de los trastornos mentales pueden verse como un péndulo que oscila entre dos polos: el sobrenatural y el empírico.

En este mismo Siglo, surgió por primera vez el concepto de *depresión*. Esta palabra deriva del latín de *premere* (apretar, oprimir) y *deprimere* (empujar hacia abajo). Richard Blackmore en 1725, habló de “estar deprimido en profunda tristeza y melancolía”. Robert Whytt, en 1764, relaciona “depresión mental” con “espíritu bajo”, hipocondría y melancolía (Korman & Sarudiansky, 2011).

El concepto moderno de la depresión pueden atribuirse a finales del Siglo XIX, concretamente con las observaciones de Kraepelin, quien dividió las formas funcionales de la enfermedad mental en dos subgrupos: enfermedad maníaco-depresiva y demencia precoz. La primera, se trataba de un rango completo ya que abarcaba desde las manifestaciones leves hasta las más graves. Utiliza por primera vez el término “locura depresiva” sin desprenderse del término melancolía para designar la enfermedad “depresión” y denominar un estado de ánimo

(Korman et al., 2011). Por su parte Adolf Meyer (1957) contemporáneo de Kraepelin y fundador de la psiquiatría Americana, propuso eliminar totalmente el término melancolía y reemplazarlo por el de depresión (Pereña, 1995).

Sin embargo, como se mencionó al principio del capítulo no existe una definición conceptual de depresión, cada autor la define dependiendo del objetivo de sus investigaciones y regularmente se basa en la sintomatología, como se observa en las siguientes citas.

Skinner (1953), define a la depresión como el resultado del debilitamiento de la conducta y de aquella interrupción de secuencias establecidas que habían sido reforzadas positivamente por el ambiente social; del mismo modo, Lewinshon (1985), manifiesta que es el resultado final de cambios iniciados por el ambiente en la conducta, el afecto y las cogniciones (Caballo 1998).

Para Ortiz (1997; como se citó en Serrano, Rojas & Ruggero, 2013), es un conjunto de síntomas aunados al estado de ánimo bajo; los síntomas típicos son insomnio, falta de apetito, estado de ánimo triste, fatiga, sentimientos de culpa o inutilidad, entre otros. En un sentido más restrictivo, lo que se entiende como trastorno depresivo, no es sólo un síndrome depresivo, sino un cuadro clínico completo con una duración determinada, con un patrón de síntomas exigibles para su diagnóstico.

Para la American Psychological Association (APA, 2016), las personas con depresión experimentan pérdida de interés y placer en las actividades cotidianas, aumento de apetito o pérdida de peso significativo, insomnio o exceso de sueño, falta de energía, falta de concentración, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva y pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.

De acuerdo con Beck (1983), y para fines del presente estudio, la depresión es el trastorno que altera el concepto de sí mismo, de su futuro y sus experiencias de un modo idiosincrático del

mundo, provocando en el individuo tristeza, soledad y apatía, tiene deseos de escapar, esconder o morir, pierde el placer por las cosas que antes le causaban placer, su apetito y vigilia aumenta o disminuye y sus movimientos psicomotores son lentos o se agita con facilidad.

Ahora bien, la depresión es un problema de múltiples facetas caracterizado por un amplio número de síntomas que pueden o no estar presentes en las personas. No todas las depresiones obedecen a la misma causa, por ello en la actualidad existen diferentes enfoques que han tratado de explicar la etiología. A continuación se describe algunas teorías explicativas sobre la depresión.

## **1.2. Teorías de la depresión**

En este apartado se revisan las ideas principales de las teorías psicológicas que han ayudado a explicar la etiología de la depresión. Estas teorías propuestas difieren en algunos aspectos, pero lo principal es el concepto de depresión que manejan, reflejando así la diversidad y complejidad con que presentan los trastornos del estado de ánimo. Las teorías que explican la depresión son: la psicodinámica, la conductual y la cognitiva (Belloch, Sandín & Ramos, 1995).

### **1.2.1. Teorías psicodinámicas**

Antes que Freud, Abraham (1912), estudió la depresión de una forma más extensa, sin embargo, ambos coincidieron en señalar algunos rasgos comunes en los pacientes con depresión entre ellos se encuentra: la reacción a la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente, un estado de ánimo profundamente doloroso, sin interés alguno por el mundo exterior, pérdida en la capacidad de amar, e inhibición de todas las funciones (Polaino-Lorante, 1985; como se citó en Villardón, 1993). Freud y Abraham son pioneros en articular un modelo psicológico para intentar comprender y explicar los fenómenos melancólicos, que en la actualidad serán denominados depresivos (Korman et al., 2011).

Freud desarrolló el trabajo de: Duelo y Melancolía, en el cual sugirió que así como el duelo resulta de la pérdida por muerte, la melancolía surge por la pérdida de otro tipo. Como no todos los deprimidos habían sufrido una pérdida real, explica que existen otras pérdidas internas a las que llamó pérdida de objeto (Martínez, 2008).

Los estados de ánimo, de acuerdo con Freud es una forma de adaptación que funciona como mecanismo de defensa, formulo el concepto de la depresión como una manifestación de hostilidad contra la persona o el objeto de amor perdido, por haber desaparecido (Martínez, 2008), por ende, sugiere que la depresión normal es el resultado de una pérdida simbólica, los eventos son vistos de algún modo como si se estuviera quitando el amor o la estima de individuos importantes (Bennett, 2003).

En 1928 Sandor Rado, en su trabajo: *El Problema de la Melancolía* (1928, p. 420), propuso un nuevo modelo de la depresión. Profundizó en el estudio de las fuertes demandas de gratificación narcisista, orientando su investigación hacia la autoestima, concepto que vendría a ser eje de los trabajos posteriores. Comparaba al depresivo con el niño pequeño cuya autoestima depende directamente del amor y aprobación de los padres y no de los logros personales, mostrando la consecuencia de su intolerancia a la frustración. Una persona segura de sí misma afronta estas experiencias sin sucumbir ante ellas (Ávila, 1990).

La posición de Rado amplía la hipótesis del narcisismo, haciendo énfasis en la débil autoestima del melancólico y sus demandas de apoyo narcisista al mundo externo. Los autoreproches del melancólico son exigencias dirigidas a recuperar el amor del objeto amoroso.

Posteriormente, Bibring y Jacobson (1953), modificaron la teoría de Freud, sugieren que la pérdida de autoestima es de importancia en los trastornos depresivos. También señalan que, todos los individuos tienen representaciones mentales de quienes son importantes en su vida,

incluso, ellos mismos. Entonces, en las representaciones de las personas existe el ego ideal, que es la imagen mental de lo que se quiere ser. De esta forma, señalan estos autores, el grado de autoimagen debe de corresponder con el ego ideal, que contribuye y constituye otra parte del amor propio. Así, la disminución en la confianza y en la autoestima son síntomas importantes de la depresión (Gelder, Gath & Mayou, 1993).

En la actualidad, afirman que las personas depresivas son aquellas que, desde pequeñas perdieron un objeto amado ya sea por muerte, separación o rechazo por lo que se volvieron sensible a la sensación de abandono o pérdida ya sea real o imaginario. Las pérdidas tempranas hacen que la autoestima o autovaloración dependa de la aprobación y el afecto de los demás, por lo que se ven incapacitados a enfrentar cualquier situación de crítica, abandono o rechazo. Estas pérdidas infantiles, de acuerdo con Sanz (1995), sirven como factor de diátesis, provocando en la edad adulta depresión, si el individuo experimentará una nueva pérdida, sea real o simbólico.

En conjunto, la teoría del psicoanálisis enfatiza en que sí la mayoría de los individuos que son propensos a sufrir una depresión, se basa en una aportación continua de cariño, respeto y aprobación por parte de las personas importantes en sus vidas, de esta forma, el distanciamiento o ruptura de una relación con estas personas crea una amenaza para el individuo en riesgo y, por lo tanto, puede conducir a una depresión (Martínez, 2008).

Sin embargo, resulta difícil someter a prueba empíricamente parte de los conceptos y teorías psicoanalíticas, en especial las que tiene que ver con las teorías clásicas, ya que presentan dificultades metodológicas por tratarse de conceptos intrapsíquicas y tener lugar en la etapa de la infancia. Por otra parte, en las últimas formulaciones de la teoría psicodinámica, se mencionan patrones de pensamientos e interpretaciones de los acontecimientos, ciertas estructuras



cognitivas-afectivas que influyen en el desarrollo de la personalidad y permanencia en la depresión.

No obstante, la siguiente teoría que se explica es la conductista para concluir con la teoría cognitivista, ya que de acuerdo con Beato (1993), el estudio de la depresión debería de considerarse como un caso concreto de la propia evolución que se experimenta de un paradigma conductista hacia un paradigma cognitivista. A continuación se exponen las ideas básicas de las teorías conductuales para explicar la depresión.

### **1.2.2. Teorías conductuales**

A partir de los años 30, el conductismo fue sustituyendo al psicoanálisis, llegando a dominar en las décadas de los cuarentas el ámbito de la psicología. El conductismo delimitó clara y operantemente su objetivo de estudio, concretamente se ocupó de las conductas observables, y las analizaba partiendo del supuesto de que el hombre desempeñaba un papel pasivo (Beato, 1993).

El modelo conductual sugiere que la depresión es fundamentalmente un fenómeno aprendido relacionado con interacciones negativas entre la persona y su entorno (por ejemplo relaciones sociales negativas o baja tasa de refuerzo). Estas interacciones con el entorno pueden influenciar y ser influenciadas por las cogniciones, las conductas y las emociones; todas ellas pueden ser recíprocas.

En la actualidad existen varios modelos conductuales de la depresión: la disminución del refuerzo positivo, entrenamiento de autocontrol, el modelo de solución de problemas de Nezu, todas ellas tiene ligeras matizaciones, las teorías conductuales enfatizan la idea original de Skinner (1953), de que la principal característica de las conductas depresivas es una reducción generalizada en la frecuencia de las conductas.

### 1.2.2.1 Modelo de la disminución del refuerzo positivo

Uno de los pioneros en estudiar el fenómeno depresivo dentro de un marco clínico/experimental fue Charles Ferster (1965). Explicó que la principal característica de la depresión es la reducida frecuencia de conductas reforzadas positivamente que sirven para controlar el medio, por el contrario, se produce un exceso de conductas de evitación o escape ante estímulos aversivos. Adicionalmente, señala cuatro procesos que aislados o en combinación podrían explicar la patología depresiva:

- 1) cambios inesperados, súbitos y rápidos que supongan pérdidas de fuentes de refuerzos o de estímulos discriminativos importantes para el individuo,
- 2) programas de refuerzo de gran coste, que requieren grandes cambios de conducta para producir consecuencias en el medio,
- 3) imposibilidad de desarrollar repertorios conductuales debido al surgimiento de espirales patológicas en las que una baja tasa de refuerzos positivos, provoca una reducción de conductas, y
- 4) repertorios de observación limitados.

Con base en esto, Ferster (1965), opinaba que muchas de las conductas depresivas permitían al individuo evitar los estímulos aversivos o las situaciones desagradables en que podría esperar una nueva reducción de refuerzos positivos, de tal manera que tales conductas se mantienen por reforzamiento negativo (Caballo, 1998).

En este mismo sentido, la depresión para Lewinsohn (1975), puede ser el resultado de la *reducción del refuerzo positivo* contingente a las conductas del paciente. El total de refuerzo positivo que consigue un conjunto en función de: 1) el número de acontecimientos que son potencialmente reforzadores para la persona, 2) el número de hechos potencialmente

reforzadores que tienen lugar y 3) el conjunto de habilidades que posee una persona (por ejemplo, habilidades sociales) para provocar refuerzo para sus conductas provenientes del entorno.

Posteriormente esta misma teoría se reformuló, sin embargo, esta última implica el fenómeno de la secuenciación de conexiones causales, que comienza cuando surge un acontecimiento potencialmente evocador de depresión, el cual interrumpe los patrones de conducta automáticos del sujeto, produciendo todo ello una disminución de la tasa de refuerzo positivo y/o un número elevado de experiencias aversivas. Como consecuencia de todo ello, se produce un aumento de la conciencia de uno mismo (estado en el que la atención se dirige a uno mismo) la autocrítica y las expectativas negativas, traduciéndose todo ello en un aumento de la disforia con consecuencias de todo tipo conductuales, cognitivas, interpersonales, entre otras (Sanz & Vázquez, como se citó en Belloch, Sandín & Ramos, 1995).

Por lo antes mencionado, Lewinsohn (1985), propusieron varios factores que incrementarían la posibilidad de depresión (factores de vulnerabilidad): ser mujer, tener una edad entre 20 y 40 años de edad, historia previa de depresión, susceptibilidad frente a acontecimientos aversivos, bajo estatus socioeconómico, baja autoestima y tener hijos con edades inferiores a 7 años.

A diferencia de sus predecesores, Charles Costello (1972), apuntaba que el rasgo más característico de las personas deprimidas es la pérdida de interés general por el medio que les rodea (por ejemplo: pérdida de apetito, del deseo sexual o del interés en sus aficiones favoritas). Esta característica se explica por una pérdida general de la efectividad de los reforzadores (Sanz & Vázquez, 1995).

### **1.2.2.2. Modelo de entrenamiento de autocontrol**

Por su parte Rehm (1977), propuso un modelo de entrenamiento de autocontrol para la depresión en el que intentó integrar los aspectos cognitivos y conductuales del trastorno. Este modelo enfatiza una combinación de la consecución progresiva de la meta, autorefuerto, manejo de contingencias y rendimiento conductual. En el entrenamiento de autocontrol, se entiende que la depresión es el resultado negativo de la relación entre recompensas y castigos. Propuso que las personas con depresivos tienen a hacer perfeccionistas, pretenden metas inalcanzables, se centran en los aspectos negativos de su entorno y se aplican pocos refuerzos positivos mientras que la tasa de autocastigo es elevada (Vázquez et al., 2000).

Desde el punto de vista conceptual, el autocontrol se define como la distribución del comportamiento para obtener consecuencias significativas a largo plazo (Rachlin, 2002). Lo cual, esto implicaría que las personas logren posponer consecuencias inmediatas con el objetivo de alcanzar aquellas que, aunque más lejanas en el tiempo, brindan más fortaleza y son más valoradas. Por esta razón, el entrenamiento en autocontrol adquiere un valor fundamental para permitir un proceso de adaptación satisfactorio en la persona; así, como estrategia, es el conjunto de procedimientos y técnicas que tiene por objetivo que la persona alcance metas a largo plazo. Los entrenamientos en autocontrol y en solución de problemas son complementarios (Hewitt & Gantiva, 2009).

### **1.2.2.3. Modelo de solución de problemas**

Nezu y D' Zurilla (1999), plantearon la siguiente cuestión: si el objetivo de todas las terapias es ayudar a la gente a solucionar sus problemas con mayor eficacia, ¿por qué no enseñar estas habilidades directamente? Dicha cuestión teórica llevó a Nezu y D' Zurilla a crear una

intervención que se dirigiese directamente a los déficit en las habilidades para solucionar problemas, esta es la Terapia de Solución de Problemas (Areán, 2000).

La Terapia de Solución de Problemas se basa en los principios de la teoría del aprendizaje social: la gente reacciona a sus vidas, basándose en su valoración de las situaciones sociales y en las habilidades que posee para manejar esas situaciones. Según esto, a medida que uno crece, estas habilidades se van aprendiendo de las personas importantes para cada uno y se van puliendo y desarrollando a través del uso continuado y la interacción con el entorno social. Al igual que en cualquier comportamiento aprendido, estas habilidades se pueden modificar y cambiar con el tiempo, dependiendo del entorno y de los recursos de la persona. La solución de problemas sociales, por tanto, es una técnica de autocontrol que ayuda al individuo a manejar así como la depresión el estrés (Areán, 2000).

En el modelo de solución de problemas, la depresión es resultado de la interacción dinámica de los acontecimientos negativos de la vida, los problemas cotidianos, la capacidad de solución de problemas y el malestar emocional (Nezu, 1986).

Según D'Zurilla y Nezu (1999), la solución de problemas está formada por cinco habilidades. La primera es la orientación hacia el problema, refiriéndose al modo en que uno considera su habilidad para afrontar un problema. La segunda habilidad es la definición del problema, relacionada con la definición concreta y específica del mismo y con el establecimiento de objetivos que se pueden definir y alcanzar. La tercera habilidad, la generación de soluciones alternativas, implica la producción creativa de varios métodos para solucionar los problemas y lograr los objetivos propuestos, pero posponiendo juicios acerca de la eficacia de las soluciones. La cuarta habilidad, la toma de decisiones, lleva consigo un proceso sistemático para seleccionar la mejor solución a un problema de la lista generada. La quinta y última habilidad, la puesta en

práctica y evaluación de la solución elegida, incluye la planificación y la puesta en marcha de las soluciones y la evaluación posterior del éxito o fracaso de la solución (Nezu, & Lombardo, 2006).

Con base en lo expuesto, se puede decir que las teorías conductuales de la depresión pueden explicarse por una disminución de los reforzamientos positivos que llevan a la extinción de las conductas adaptativas y que se acompañan del aprendizaje de conductas depresivas, por lo que implican procesos cognitivos. A continuación se describirá la idea básica de las teorías cognitivas, que explica a la depresión.

### **1.2.3. Teorías cognitivas**

Al mismo tiempo que los modelos conductistas eran dominantes en la psicología, una serie de científicos empezaron a interesarse por las cogniciones como determinantes de la conducta humana, pero, fue en 1956 cuando se produjo la aceptación de la ciencia cognitiva. En la década de los sesenta, se produjo un incremento en los trabajos de la psicología cognitiva siendo su objetivo el análisis de los procesos mediadores de interpretación del medio de organización de la conducta, pero con datos objetivos (Vázquez, Hernangómez & Hervás, 2008).

El cambio de un modelo explicativo conductista a otro cognitivo no se dio de forma brusca, en este sentido se encuentra el modelo de la indefensión aprendida de Seligman (1975), un puente entre ambos modelos así como la reformulación del modelo de indefensión aprendida (Abramson, Seligman & Teasdale, 1978) para culminar en lo que es la teoría cognitiva de Beck (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979), por lo que se les considera como las dos teorías cognitivas que tienen el mayor apoyo empírico entre los modelos cognitivos contemporáneos de la depresión (Vázquez et al., 2000).

### **1.2.3.1. Teoría de la indefensión aprendida y su reformulación**

El modelo de la indefensión aprendida de Seligman y Maier (1967), nacido de los estudios experimentales del aprendizaje animal, del cual, se incorporaron conceptos cognitivos como la expectativa de no contingencia, mismo que llegó a ser el concepto central de esta teoría.

Tras haber estudiado los efectos que producían los choques eléctricos inescapables en perros y haber descubierto que los animales llegaban a desarrollar un patrón de conductas y de cambios neuroquímicos, Seligman (1975), propone que estas conductas se desarrollan sólo cuando el animal no tiene esperanza de poder controlar nunca la situación aversiva en la que se encuentra, este mismo modelo experimental-animal, lo aplicó a la conducta humana y explico que la pérdida percibida de control del ambiente es causa suficiente de la aparición de una reacción depresiva en humanos, y que tal expectativa es fruto de cualquiera de los siguientes factores:

- a) Una historia de fracasos en el manejo de situaciones y
- b) Una historia de reforzamientos sobre una base no contingente que no haya permitido que el sujeto aprenda las complejas aptitudes necesarias para controla el ambiente (Sanz et al., 1995).

En otras palabras, Seligman propone que la depresión se produce cuando el sujeto no es capaz de discriminar la relación (contingencia) entre su comportamiento y las consecuencias que le siguen, ya sean positivas o negativas. Como consecuencia se producirá lo que él llamo como indefensión aprendida. Este término se refiere al estado de pasividad, así como a otras actitudes que se generan en el sujeto cuando se ha expuesto a un proceso en el que no existe contingencia entre la conducta y la consecuencia de la misma (Vázquez et al., 2000).

Sin embargo, pronto se encontraron dificultades en el modelo y fue en 1978 que Abramson junto con Teasdale y el mismo Seligman reformularon el modelo de la indefensión aprendida. Dichos autores sugirieron que la teoría presentaba al menos cuatro problemas:

- 1) La teoría no explicaba la baja autoestima típica de la depresión,
- 2) Tampoco daba cuenta del hecho de que los depresivos se autoculpaban por sus fallos,
- 3) No explica la cronicidad y generalidad de los déficit depresivos y 4) asimismo la teoría no daba una explicación satisfactoria del estado de ánimo deprimido como síntoma de la depresión (Sanz et al., 1995).

Esta revisión añade a la teoría el papel de las atribuciones, es decir, la explicación que la persona da a las situaciones que suceden. Así, en la presente teoría en discusión la exposición a situaciones que inducen indefensión conduce a los individuos deprimidos a atribuir los problemas a una falta de recursos personales, dichas atribuciones son internas, estables y globales. Al contrario, las personas que no están deprimidas, logran atribuir los problemas a situaciones que no están a su alcance, considerando sus problemas temporales y pensando que son específicos antes determinada situación (Martínez, 2008).

Con base en lo anterior, para Abramson (1978, como se citó en Vázquez et al., 2000) estas atribuciones pueden dividirse en tres dimensiones: interna-externa, global-específica y estable-inestable. Por ejemplo, si un sujeto va a una entrevista de trabajo y no lo consigue, puede atribuirlo a su baja capacidad, por lo que se estaría haciendo una atribución de tipo interno, estable y global. Si por el contrario, dicho sujeto atribuye que ese trabajo no era adecuado para él, la atribución sería tipo externa, específica e inestable. Estas tres dimensiones determinan en el efecto sobre la autoestima, la cronicidad y generalidad de la indefensión y la depresión.



Con este nuevo paso en la evolución de los modelos explicativos de la depresión, éstos se fueron alejando cada vez más del conductismo y al mismo tiempo se fueron acercando a posiciones más cognitivas.

### **1.2.3.2. Teoría cognitiva de Beck**

La teoría cognitiva de Beck surgió antes que la teoría de la indefensión aprendida pero desde el campo de la clínica, y al igual que otras teorías cognitivas, enfatizaba el papel activo de las personas en la génesis de la depresión, aunque siempre sin olvidar los factores ambientales (Beato, 1993).

La premisa básica de la teoría cognitiva de Beck supone que en los trastornos depresivos existe una distorsión o sesgo sistemático en el procesamiento de la información, es decir, en las personas depresivas, aparece un sesgo en el procesamiento de los sucesos que implica una pérdida o privación. Estos sucesos negativos, los individuos depresivos los valoran excesivamente considerándolos globales, frecuentes e irreversibles, es por ello que dicha teoría es el sustento teórico de la presente investigación.

De acuerdo con Vázquez et al. (2000), esta formulación teórica gira en torno a tres conceptos básicos: la cognición, el contenido cognitivo y los esquemas. La cognición se refiere al contenido, proceso y estructura de la percepción, del pensamiento y de las representaciones mentales. El contenido cognitivo es el significado que el sujeto da a los pensamientos e imágenes que tiene en su mente; para los terapeutas cognitivos la interpretación que haga el sujeto sobre un hecho (contenido cognitivo) tendrá una influencia importante en lo que se siente.

Los esquemas, por su parte, son creencias centrales que sirven para procesar la información procedente del medio, dichas creencias son provenientes del resultado del aprendizaje a través

de la exposición a acontecimientos y situaciones anteriores, jugando un importante papel las experiencias tempranas y la identificación con otras personas significativas.

Beck (1964), considera cuatro elementos cognitivos clave que explican la depresión: 1) la tríada cognitiva, formada por una visión negativa acerca de sí mismo, el mundo y su futuro, 2) los pensamientos automáticos negativos, 3) errores en la percepción y en el procesamiento de información y 4) disfunción en los esquemas (Vázquez et al., 2000).

La tríada cognitiva (Beck, 1967), se refiere a que el contenido cognitivo de un sujeto deprimido acerca de sí mismo, su mundo y su futuro es disfuncional y negativo. El paciente deprimido se ve a sí mismo como indigno, incapaz e indeseable, el mundo lo ve lleno de obstáculos y de problemas insolubles y el futuro lo contempla como totalmente desesperanzador.

Los pensamientos automáticos negativos son aquellas cogniciones negativas específicas que desencadenan la activación emocional característica del paciente depresivo. Son pensamientos automáticos (el paciente no se da cuenta del mismo o de su proceso de interpretación), repetitivos, involuntarios e incontrolables. Aunque todas las personas tienen pensamientos negativos de vez en cuando, en personas con un problema de depresión grave estos pensamientos ya no son irrelevantes, sino que predominan en su conocimiento consciente.

Los errores más importantes que se producen en el procesamiento de información de los individuos deprimidos son: la inferencia arbitraria (llegar a una conclusión en ausencia de evidencia que la apoye); la abstracción selectiva (extraer una conclusión basándose en un fragmento sesgado de información); la sobre generalización (elaborar una regla general a partir de uno o varios hechos aislados); la magnificación y la minimización (sobreestimar o infra-valorar la significación de un acontecimiento); la personalización (atribuirse a uno mismo

fenómenos externos sin disponer de evidencia para ello); y el pensamiento absolutista dicotómico (tendencia a valorar los hechos en función de dos categorías opuestas).

Estos errores, que se producen en el procesamiento de la información de las personas deprimidas, son un reflejo de la actividad de los esquemas cognitivos disfuncionales, que como ya indicamos anteriormente toman la forma de creencias centrales o asunciones silenciosas (Beck et al., 1979).

Los esquemas son teorías o hipótesis simples que dirigen el proceso por medio del cual una persona organiza y estructura la información sobre el mundo; determinan qué situaciones son consideradas como importantes para el sujeto y qué aspectos de la experiencia son importantes para la toma de decisiones (Freeman & Oster, 1997 como se citó en Vázquez, et al., 2000). Los esquemas son estructuras cognitivas que subyacen a la vulnerabilidad depresiva, a través de las cuales se procesan los acontecimientos del medio y la disfuncionalidad de los mismos causa errores en el procesamiento de información. A su vez, estas distorsiones cognitivas facilitan que se mantengan los esquemas disfuncionales, produciéndose finalmente la depresión (el paciente depresivo espera fracaso, rechazo e insatisfacción, y percibe que la mayoría de las experiencias confirman sus expectativas negativas).

La teoría cognitiva de la depresión también propone un modelo de diátesis estrés. Se cree que la predisposición a la depresión se adquiere a través de las experiencias tempranas, las cuales van modelando esquemas potencialmente depresógenos (es decir, los esquemas con contenido negativo). Estos esquemas cognitivos disfuncionales permanecerán latentes hasta que son activados por un estímulo estresante (factores precipitantes, como, por ejemplo, la ruptura de una relación amorosa) para el cual el individuo está sensibilizado. Los esquemas depresógenos pueden permanecer en reposo e inactivos durante mucho tiempo o toda la vida si el sujeto no está

expuesto a situaciones de riesgo; por consiguiente, el sujeto tendrá pocos pensamientos negativos (Vázquez et al., 2000).

Con base en lo descrito en el presente apartado, se puede percatar que la teoría cognitiva se inspira en el paradigma del procesamiento de la información, situando al individuo en un entorno continuamente cambiante que demanda capacidades adaptativas, obligando a la persona seleccionar, codificar, almacenar y recuperar información, mismas que afectan a las respuestas del sujeto de manera tanto emocional como conductual, provocando síntomas de cognición, emoción, conducta y hasta fisiológico. Por lo que el profesional busca como clasificarla para identificarla y tener mejor manejo de la enfermedad.

### **1.3. Sistemas de diagnóstico y clasificación**

El concepto de enfermedad está creado por el hombre; las clasificaciones tienen como objetivo general ser instrumentos para comunicar información. Un diagnóstico permite que gran cantidad de información compleja sobre el paciente sea capturada por un único concepto. Es por ello que los sistemas diagnósticos operativos como el Manual de Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales quinta edición (DSM-V) y la Clasificación Internacional de Enfermedades décima versión (CIE-10) son clasificaciones, modos de pensar u organizar la enfermedad (Caballo, Buéla-Casal & Carroble, 1995).

Los principales trastornos psiquiátricos se agrupan y se subdividen según características clínicas compartidas, con el fin de aumentar la utilidad del sistema diagnóstico, para la predicción y planificación del tratamiento. A continuación se describen los dos manuales hegemónicos que están validados internacionalmente en la actualidad y reconocidos en el ámbito profesional de la salud.

### **1.3.1. Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE)**

La CIE es un sistema de clasificación de ejes variables cuyo esquema debe de servir a todos los propósitos prácticos y epidemiológicos. Su propósito es permitir el registro sistemático, el análisis, la interpretación y la comparación de los datos de mortalidad y morbilidad recolectados en diferentes países o áreas y en diferentes épocas. Cabe mencionar que la CIE no se propone ni es adecuada para indicar entidades clínicas individuales.

De acuerdo con el Manual de Instrucción de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, existen dos tipos principales de clasificación. El primer grupo cubre datos relacionados con los diagnósticos y el estado de salud, las listas condensadas pueden utilizarse para muchos tipos de prestaciones de datos, también incluye las clasificaciones complementarias a la lista tabular que permiten la ubicación de diagnósticos utilizando ejes diferentes de clasificación.

El segundo grupo de clasificaciones cubre aspectos relacionados con problemas de salud, que nos son generalmente diagnósticos formales o afecciones existentes así como las que se encuentran relacionadas con la atención de la salud, es decir, que sea motivo de consulta. En este grupo también se incluyen las discapacidades, de procedimiento médico y quirúrgico.

Tras varias revisiones, la OMS investigó en 1959 su uso y utilidad, según un estudio realizado por Stengel basado en el análisis de algunas clasificaciones vigentes, la mayoría basadas en las teorías de Kraepelin. Dadas las divergencias encontradas, Stengel propuso que los diagnósticos fueran simplificados a síndromes clínicos, y recomendó la creación de un glosario que aclarase y definiese términos de nomenclatura.

La propia OMS, en su presentación, aclara que es únicamente la enumeración de un conjunto de síntomas con descripciones consensuadas por un gran número de asesores, que sirven de base para definir las distintas categorías de la clasificación.

En su quinta revisión de la CIE emerge por primera vez la clasificación Internacional de Enfermedades, Lesiones y Causas de Muerte, una sección dedicada a las Enfermedades del Sistema Nervioso y de los Órganos de los sentidos, y desde entonces esta sección ha sido modificada hasta llegar hasta lo que hoy en día es denominado *Trastornos Mentales y del Comportamiento* y que no incluyen las enfermedades del sistema nervioso. Por último, en la décima revisión de la CIE se produjeron cambios substanciales, se aumentó considerablemente el número de categorías para la clasificación. Las categorías principales describen los diferentes trastornos mentales agrupados a partir de criterios prácticos (Solé, 2002).

Asimismo las principales novedades que plantea la OMS para el CIE-11 son: utilizar un contenido estandarizado para cada enfermedad que incluya nombre, definición concisa y comprensible, localización corporal, temporalidad, severidad, etiología discapacidad, criterios diagnósticos y tratamiento. El CIE-11 no será traducido del inglés sino construida simultáneamente en los seis idiomas oficiales de la ONU (inglés, francés, español, chino ruso y árabe) con verificación por los expertos, entre otras (Gómez, 2015).

A continuación en la Tabla 1.1. se presenta la clasificación del capítulo cinco del CIE-10, en el cual se observa los trastornos mentales y del comportamiento (F00-F99).

**Tabla 1.1.**

Clasificación del capítulo 5

---

<b>Trastornos Mentales y del Comportamiento (F00-F99)</b>	
<b>Código</b>	<b>Nombre del trastorno</b>
<b><u>F00–F09</u></b>	Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos
<b><u>F10–F19</u></b>	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas
<b><u>F20–F29</u></b>	Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes
<b><u>F30–F39</u></b>	Trastornos del humor [afectivos]
<b><u>F40–F48</u></b>	Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos
<b><u>F50–F59</u></b>	Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos
<b><u>F60–F69</u></b>	Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos
<b><u>F70–F79</u></b>	Retraso mental
<b><u>F80–F89</u></b>	Trastornos del desarrollo psicológico
<b><u>F90–F98</u></b>	Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia
<b><u>F99</u></b>	Trastorno mental no especificad

---

De los cuales nos enfocamos a los trastornos del humor (afectivos), porque son trastornos en los cuales la perturbación fundamental consiste en una alteración del humor o de la afectividad, que tiende a la depresión (con o sin ansiedad concomitante), o a la euforia. Este cambio del humor se acompaña habitualmente de modificaciones en el nivel general de actividad, y la mayor parte de los demás síntomas son secundarios a esos cambios del ánimo y de la actividad, o bien,

fácilmente explicables en el contexto de los mismos. La mayoría de estos trastornos tienden a ser recurrentes, y a menudo el comienzo de cada episodio se relaciona con sucesos o situaciones generadores de estrés. Y en los cuales encontramos la siguiente clasificación:

F30 Episodio maníaco

- F30.0 Hipomanía
- F30.1 Manía sin síntomas psicóticos
- F30.2 Manía con síntomas psicóticos
- F30.8 Otros episodios maníacos
- F30.9 Episodio maníaco, no especificado

F31 Trastorno afectivo bipolar

- F31.0 Trastorno afectivo bipolar, episodio hipomaníaco presente
- F31.1 Trastorno afectivo bipolar, episodio maníaco presente sin síntomas psicóticos
- F31.2 Trastorno afectivo bipolar, episodio maníaco presente con síntomas psicóticos
- F31.3 Trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo presente leve o moderado
- F31.4 Trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo grave presente sin síntomas psicóticos
- F31.5 Trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo grave presente con síntomas psicóticos
- F31.6 Trastorno afectivo bipolar, episodio mixto presente
- F31.7 Trastorno afectivo bipolar, actualmente en remisión
- F31.8 Otros trastornos afectivos bipolares
- F31.9 Trastorno afectivo bipolar, no especificado

F32 Episodio depresivo

- F32.0 Episodio depresivo leve
- F32.1 Episodio depresivo moderado
- F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos



- F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos
  - F32.8 Otros episodios depresivos
  - F32.9 Episodio depresivo, no especificado
  - F33 Trastorno depresivo recurrente
    - F33.0 Trastorno depresivo recurrente, episodio leve presente
    - F33.1 Trastorno depresivo recurrente, episodio moderado presente
    - F33.2 Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente sin síntomas psicóticos
    - F33.3 Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente, con síntomas psicóticos
    - F33.4 Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión
    - F33.8 Otros trastornos depresivos recurrentes
    - F33.9 Trastorno depresivo recurrente, no especificado
  - F34 Trastornos del humor [afectivos] persistentes
    - F34.0 Ciclotimia
    - F34.1 Distimia
    - F34.8 Otros trastornos del humor [afectivos] persistentes
    - F34.9 Trastorno persistente del humor [afectivo], no especificado
  - F38 Otros trastornos del humor [afectivos]
    - F38.0 Otros trastornos del humor [afectivos], aislados. Episodio afectivo mixto
    - F38.1 Otros trastornos del humor [afectivos], recurrentes
    - F38.8 Otros trastornos del humor [afectivos], especificados
  - F39 Trastorno del humor [afectivo], no especificado
-

### **1.3.2. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM)**

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM por sus siglas en inglés) de la Asociación Psiquiátrica de los Estados Unidos (APA) contiene una clasificación de los trastornos mentales y proporciona descripciones claras de las categorías diagnósticas, con el fin de que los clínicos y los investigadores de las ciencias de la salud puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratar los distintos trastornos mentales.

Tiene el objetivo de mejorar la comunicación entre clínicos de variadas orientaciones, y de clínicos en general con investigadores diversos. Por esto, no tiene la pretensión de explicar las diversas patologías, ni de proponer líneas de tratamiento farmacológico o psicoterapéutico, como tampoco de adscribirse a una teoría o corriente específica dentro de la psicología o de la psiquiatría.

En el DSM-I se organizaba entorno al concepto de reacción de Adolf Meyer, quien concebía a los trastornos mentales como reacciones vitales y a las dificultades.

El DSM-II ya no considera a los trastornos mentales como una reacción, y se tuvo como resultado la ausencia de un principio general organizador y tanto la inclusión como trastornos mentales de una serie de alteraciones que no guardaban una relación mutua aparente, como conductas, fenómenos mentales, reacciones al consumo de sustancias, síndromes orgánicos cerebrales, entre otros.

El DSM-III tuvo su origen en la psiquiatría alemana y constituyó la construcción de los criterios de Freighner y una supresión de términos con el fin de desarrollar un sistema *ateórico* y *descriptivo*. Sus principales características fue que tenía un punto de vista empírico, inclusión de

categorías en las que integrar a los sujetos, sistema de diagnóstico multiaxial con el fin de organizar información de diversas facetas.

Un sistema multiaxial implica una evaluación en varios ejes, cada uno de los cuales concierne a un área distinta de información que puede ayudar al clínico en el planteamiento del tratamiento y en la predicción de resultados. En la clasificación multiaxial DSM-IV incluye cinco ejes:

- Eje I Trastornos clínicos
- Eje II Trastornos de la Personalidad
- Eje III Enfermedades médicas.
- Eje IV Problemas Psicosociales y ambientales.
- Eje V Evaluación de la actividad global.

Incluye la opinión del clínico acerca del nivel general de actividad del sujeto. Esta información es útil para planear el tratamiento y medir su impacto, así como para producir la evolución.

En 2013, el DSM-V su principal objetivo fue mejorar la validez del sistema clasificatorio, simplificando y aclarando para ser coherente con la práctica clínica basándose en la etiología de los trastornos mentales.

En esta edición los trastornos depresivos se han separado de los trastornos bipolares y trastornos relacionados. Se añadió un nuevo trastorno para el diagnóstico bipolar en niños el Trastorno de Desregulación Disruptiva del Estado de Ánimo, asimismo tras una revisión a fondo de los datos científicos se ha trasladado el trastorno disfórico premenstrual de un apéndice del DSM-IV a la Sección II del DSM-V, ya que han confirmado una forma de trastorno depresivo que responde al tratamiento que comienza poco después de la ovulación y que remite pocos días después de la menstruación y que tiene un impacto funcional importante (DSM, 2013).

Como se observa los trastornos mentales se han tratado de explicar desde la antigüedad hasta la actualidad, encontrando en sí, cambios tanto en el nombre, diagnóstico así como en su clasificación. Sin embargo, los síntomas o fisiología de la depresión permanecen y a pesar de que cada teoría difiere de la causa o bien del concepto, tienen en común los síntomas.

#### **1.4. Tipos de trastornos de depresión, síntomas y niveles de depresión**

En el presente apartado se describen los tipos de depresión que tiene en común el DSM-V, la CIE-10, asimismo se describen los síntomas y los niveles de depresión.

Casi todas las personas sufren perturbaciones anímicas en algún momento de su vida, y de cierto modo estos sentimientos de tristeza son normales, ya que son respuestas emocionales adecuadas a circunstancias negativas o frustrantes. También existen otras circunstancias en las que los sentimientos como la alegría o el exceso de confianza sobre uno mismo son indispensables. Estos altos y bajos de la vida cotidiana se distinguen de la depresión por: la intensidad, la duración, la asociación con otro síntoma clínico y su impacto sobre el funcionamiento del individuo (Friedman & Thase, 1995 como se citó en Caballo, Buela-Casal & Carrobes).

Sin embargo, para adentrarse totalmente a los tipos de depresión es importante describir conceptos que se mencionarán repetitivamente como: episodio, maniaco, hipomaniaco, disforia y euforia, los cuales a continuación se describen. Episodio se refiere a ese periodo delimitado durante el cual son evidentes los síntomas, difieren en varias formas importantes para realizar el diagnóstico, por ejemplo el indicador de gravedad; si el individuo se encuentra en una depresión leve, moderada o grave, o bien, si es primer episodio o reincidencia, así como los síntomas corporales se refiere. En algunos casos los episodios pueden ser demasiado largos de dos años o

más, y en cada episodio puede presentar síntomas eufóricos, disfóricos o mixto (Halgin & Whitbourne, 2009).

Episodio maníaco, es un cuadro que sobrepasa la exaltación que suele ser, aunque no necesariamente, eufórica. Debe de presentar síntomas como, aumento de actividad orientada a objetivos, verborrea, autovaloración, disminución de la necesidad de dormir, distracción, entre otros. En los casos más graves, la evolución puede llevar a las alucinaciones auditivas y visuales y a los delirios sin que esto invalide el diagnóstico inicial (Rojó & Livianos, 2000).

El episodio hipomaniaco, el estado de ánimo es persistente expansivo e irritable. Presenta síntomas como aumento de autoestima o grandiosidad, disminución de la necesidad de dormir, lenguaje verborreico, fuga de ideas, distraibilidad, entre otras, los cuales se diferencian del episodio maniaco por la intensidad y duración y no marca un deterioro funcional.

La euforia es un síntoma que se presenta en los episodios de un trastorno bipolar o llamado antes maniaco-depresivo y se caracteriza por una sensación de extrema felicidad y plenitud, que generalmente se acompaña de un optimismo exagerado, despreocupación por los problemas cotidianos, tendencia a los chistes y bromas que resultan poco pertinentes.

La disforia es una característica principal de los trastornos depresivos y que al contrario de la euforia el individuo siente una tristeza abrumadora, un abatimiento extremo o una pérdida drástica de interés por aspectos de la vida antes placenteros.

Ya que se han descritos los conceptos anteriores, para un mejor entendimiento en la clasificación de los trastornos, a continuación se describe los tipos de depresión y con sus respectivos síntomas, ello, con el objetivo de estar en posibilidad de identificarlos y diagnosticarlos oportunamente. Con base en lo expuesto por los manuales de clasificación de los trastornos del estado de ánimo.

### **1.4.1. Depresión mayor**

El trastorno depresivo mayor comprende estados anímicos de disforia, que puede aparecer como un abatimiento extremo o una pérdida drástica de interés por aspectos de la vida que antes hubieran sido placenteros sin que exista un suceso determinado que ayude a la detonación del episodio, dejando así a la persona que la padece, abrumada y perpleja; puesto que su vida laboral y familiar se ve totalmente deteriorada.

Aspectos como el sueño, el apetito, y los pensamientos también se ven afectados en la persona. Tanto en el sueño como en el apetito puede haber un aumento o disminución de los mismos llamados hipersomnia e insomnio, hiperfagia o anorexia respectivamente. Sus pensamientos reflejan su baja autoestima, culpabilidad, falta de concentración y/o la dificultad de tomar decisiones, así como las ideas recurrentes de suicidio. Los síntomas de un episodio suelen surgir de manera gradual.

También la persona manifiesta síntomas somáticos o corporales, disminuye sus movimientos corporales (retardo psicomotor), o bien, puede manifestar el síntoma contrario: agitación motora, movimientos rápidos sin ningún objetivo (Halgin & Whitbourne, 2009).

De acuerdo con la CIE-10 el trastorno depresivo mayor puede ser calificado como leve. Moderado o grave, según la cantidad de gravedad de los síntomas. A continuación se describe cada uno de ellos:

- a) Episodio depresivo leve: Por lo común están presentes dos o tres de los síntomas antes descritos. La persona depresiva generalmente está tenso pero probablemente estará apto para continuar con la mayoría de sus actividades.

- b) Episodio depresivo moderado: Por lo común están presentes cuatro o más de los síntomas antes descritos y la persona probablemente tenga grandes dificultades para continuar realizando sus actividades ordinarias.
- c) Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos: Episodio de depresión en el que varios de los síntomas característicos son marcados y angustiantes, especialmente la pérdida de la autoestima y las ideas de inutilidad y de culpa. Son frecuentes las ideas y las acciones suicidas, y usualmente se presenta una cantidad de síntomas somáticos.
- d) Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos: Episodio de depresión similar al descrito en el episodio grave sin síntomas psicóticos, pero con la aparición de alucinaciones, delirios, retraso psicomotor, o de un estupor tan grave que imposibilita las actividades sociales corrientes; puede generar riesgos para la vida del paciente, por suicidio o por efecto de la deshidratación o de la inanición. Las alucinaciones y los delirios pueden o no ser congruentes con el ánimo.

#### **1.4.2. Trastorno depresivo recurrente**

Este trastorno se caracteriza por episodios repetidos de depresión y pueden presentar episodios breves de elevación ligera del estado de ánimo o hiperactividad, que satisfacen las pautas de hipomanía. En general el primer episodio se presenta a los cincuenta años de edad, los episodios suelen durar de tres a doce meses, aunque las recaídas son más frecuentes.

A menudo, acontecimientos vitales estresantes son capaces de precipitar episodios aislados, con independencia de su gravedad, y en muchas culturas son dos veces más frecuentes en las mujeres que en los hombres, tanto en los episodios aislados como cuando se trata de depresiones persistentes.

Del mismo modo, se tiene su nivel de gravedad, a continuación se describen:

- a) Episodio depresivo leve: el ánimo es depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, el aumento de la fatigabilidad, y debe de durar al menos dos semanas. Además cada episodio debe de haber durado como mínimo dos semanas; y entre estos debe de existir un intervalo libre de alteración significativa del humor, de varios meses de duración. La persona suele encontrarse afectado por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo sus actividades laborales y sociales, aunque es probable que no las deje por completo.
- b) episodio depresivo moderado: deben de estar al menos dos de los tres síntomas más típicos y deben de presentarse en un grado intenso, debe de durar al menos dos semanas, además por lo menos dos episodios deben de haber durado, como mínimo dos semanas y deben haber estado separados por un periodo de varios meses libres de alteración significativa del humor.
- c) Episodio depresivo grave: durante el episodio la persona suele presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la autoestima y los sentimientos de inutilidad o de culpa sean significativos. Y deben de estar presentes tres síntomas típicos los cuales deben ser de intensidad grave, normalmente debe de durar dos semanas, pero si los síntomas son particularmente graves y de inicio muy rápido, puede estar justificado hacer e diagnóstico con una duración menor de dos semanas. Además por lo menos dos episodios deben de haber durado como mínimo dos semanas y deben de estar separado por un periodo de varios meses, libres de alteración del humor.



### **1.4.3. Trastorno distímico**

El trastorno distímico, consiste en una tristeza no tan profunda o intensa a comparación de un episodio depresivo mayor, pero no obstante, es muy angustiante y de larga duración; en un periodo de dos años se presentan síntomas como aislamiento social, sentimientos de culpa la mayor parte del tiempo o lo piensan y actúan con ira e irritabilidad hacia los demás.

### **1.4.4. Trastorno bipolar**

Trastorno bipolar comprende una experiencia de euforia que se alterna con episodios depresivos mayores. Una expresión de síntomas anormales: pensamientos, comportamientos y emotividad elevados, aunque suena benigno esto puede deteriorar en el funcionamiento social o laboral, y se denominan episodios maniacos. Los episodios maniacos son un requisito esencial para el diagnóstico *depresión maniaca*.

Una persona que se encuentra en un episodio maniaco puede parecer extrovertida, locuaz, creativa, ingeniosa, confiada en sí misma, tiene ideas inusuales así como una exagerada creatividad, también se distrae con facilidad y ansía la estimulación. Sufre de insomnio y parece no afectarle durante sus actividades cotidianas. Va en busca de actividades placenteras sin considerar la posibilidad de consecuencias negativas.

El trastorno bipolar se subdivide en trastorno bipolar I y trastorno bipolar II. En el primero, se experimenta uno o más episodios maniacos con posibilidad de experimentar uno o más episodios de depresión mayor. En el trastorno bipolar II, el individuo ha sufrido uno o más episodios depresivos mayores y por lo menos un episodio hipomaniaco (Halgin & Whitbourne, 2009).

### **1.4.5. Trastorno ciclotímico**

El trastorno ciclotímico esta descrito como una afección que dura por lo menos dos años. Aparentemente suelen llevarse bien con otras personas aunque en realidad sienta angustia y en su

trabajo no se desarrolle correctamente. Los síntomas tal vez no sean evidentes al principio, pero con el tiempo se observa que su estado anímico vacila en forma drástica y quienes se relacionan con dicho individuo les es difícil tratarlo y se encuentra en riesgo de desarrollar el trastorno bipolar.

Así como es importante saber los tipos de depresión, abordar los diversos sistemas de diagnóstico, es fundamental, ya que el diagnóstico de los síntomas, quejas y problemas específicos manifestados por el individuo sirve para plantear propósitos, ya sea para realizar una adecuada intervención o recopilar la información de manera organizada y legible. Puesto que nos encamina a la elaboración de una base para la comunicación y el intercambio de información descriptiva y predictiva relativa a la posible etiología, al curso y al pronóstico asociado con la enfermedad (Friedman & Thase, 1995 como se citó en Caballo, Buena-Casal & Carrobbles).

Como se puede observar, la variabilidad y gama de factores asociados a la depresión, resultan ser una parte integral del trastorno en sí, motivo por el cual, es necesario mencionar todos los aspectos que engloban a este complejo trastorno, ya que no de ser así, se estaría sesgando la investigación. Ya que han sido descritos en este capítulo los recovecos y variantes del trastorno depresivo, se revisaran las distintas causantes o factores aunados, que promueven o generan la depresión en un grupo, que como en la introducción se menciona, es más vulnerable a presentar depresión las mujeres.

## CAPÍTULO II

# FACTORES DESENCADENANTES DE LA DEPRESIÓN

---

La depresión, al igual que la mayoría de los trastornos mentales se debe a causas múltiples. En su aparición se entrelazan factores biológicos, genéticos, ambientales y psicológicos, asimismo existen otros que interactúan con las causas y ayudan a la aparición de la depresión, entre estos se encuentran los sociales como: la pobreza, el bajo nivel escolar, el desempleo, los estereotipos, o bien, en la vida existen sucesos vitales que marcan la vida de las personas como la pérdida de un ser querido, sufrir algún tipo de violencia o ser cuidadora de un familiar enfermo (Lara, 2003). Por lo expuesto, en este apartado se desarrollarán cada una de las causas y factores mencionados.

### **2.1. Biológicos**

La mayoría de las personas que han experimentado una depresión han llegado a reconocer un cambio a nivel orgánico, es por ello, que en las últimas décadas se han realizado estudios acerca del papel que juega la biología en la etiología de la depresión. Mismos que hipotetizan alteraciones en uno o más de los sistemas neuroquímicos del cerebro, centrándose fundamentalmente en los neurotransmisores del sistema nervioso central, que incluyen disfunción en los circuitos de noradrenalina, serotonina y dopamina, así como también en el sistema límbico (Martínez, 2008).

Cada uno de estas estructuras tiene un papel importante en la génesis de la depresión, por ejemplo el sistema límbico es el encargado de generar las emociones y comportamientos que obedecen la motivación con ayuda de la dopamina, noradrenalina, adrenalina y serotonina que son sustancias químicas involucradas en diversas funciones (Goodale, 2007).

La dopamina es el neurotransmisor, que se cree, se encuentra involucrado en el funcionamiento del movimiento, la atención, el aprendizaje y las adicciones, al reducir su cantidad dentro del sistema se le ha asociado con la anhedonia. La anhedonia, es la pérdida de placer, interés o motivación en la depresión, también se le ha relacionado con la esquizofrenia.

Por su parte, la noradrenalina es el neurotransmisor está involucrado en la depresión y en un buen número de los trastornos de ansiedad, funcionalmente, la noradrenalina está relacionada con procesos psicológicos como: la estabilidad del estado del ánimo, la regulación del sueño y el estado de alerta.

Asimismo la serotonina, se piensa que se encuentra involucrada en la regulación del humor, su baja concentración se relaciona con la depresión mayor y con los trastornos obsesivo-compulsivos (Bennett, 2003). Su efecto en la conducta por lo regular es inhibitorio, regulando así también el estado de ánimo (produciendo sedación o relajación), el control de comer, el de dormir, el estado de alerta, la conducta agresiva, así como el control del dolor (Martínez, 2008).

Schildkraut (1965), formulo la hipótesis catecolaminérgica, la cual enuncia que la depresión se debe a una alteración en la síntesis en el neurotransmisor noradrenalina, y en el caso de la euforia, habría un exceso del mismo. Sin embargo, Coppen (1969), propone la hipótesis serotoninérgica, dice que existe una alteración ya sea en la síntesis o en la transmisión de la serotonina, y que los bajos niveles provoquen la depresión (Jarne & Talarn 2000).

Con base en estas hipótesis, se consolida la idea de que la cantidad normal de los neurotransmisores se ve de algún modo disminuida, lo que conduce a los síntomas de la depresión. En los factores biológicos sugieren la presencia de factores de vulnerabilidad hereditarios. Una hipótesis alternativa sugiere que tener un familiar con un trastorno afectivo puede causar una secuela negativa debido al impacto de una infancia más turbulenta, a continuación se describirá el factor genético que ayuda a explicar la causa de la depresión.

## **2.2. Genéticos**

La depresión, al igual que otras enfermedades, forma parte del grupo de las enfermedades denominadas genéticamente complejas, ya que se ven relacionados tanto los factores genéticos como los factores ambientales, ambos juegan un papel importante en la etiología de la depresión (Mitjans & Arias, 2012).

Los estudios de agregación familiar son el primer paso en la búsqueda de factores genéticos asociados a la etiología de la depresión y/o de cualquier otra enfermedad, mientras que los estudios en gemelos constituyen un eslabón en la determinación de los factores genéticos y ambientales en el origen de las mismas (Cruz, Menéndez, Licourt, Falcón & Cabrera, 2013).

Los estudios realizados con familias han demostrado que los padres, hermanos e hijos de pacientes deprimidos tienen un riesgo entre el 10 y 15% de padecerla, en comparación con el 1 al 2% en la población en general (Gelder et al., 1993).

De acuerdo con Mitjans & Arias (2012), los estudios basados en los gemelos permiten estimar la importancia de los genes y del ambiente, o de la interacción entre ambos. En dichos estudios se comparan las tasas de concordancia para un determinado trastorno en gemelos monocigóticos o idénticos (que comparten todos sus genes) respecto a las tasas en gemelos dicigóticos (que solo comparten la mitad de sus genes), lo que permitiría estimar la contribución relativa de los genes.

Desde hace veinte años los estudios de Bertelsen, se ha demostrado una alta concordancia para la depresión entre gemelos monocigóticos entre el 40 y el 67% y entre los gemelos dicigóticos la concordancia varía entre el 11 y 24% (Cruz et al., 2013). Cifras que se ven reflejas en el los resultados que se obtuvieron del estudio realizado por este mismo autor, observándose la concordancia en la agregación familiar, entre los familiares de 1er y 2do grado. En dicho estudio se calculó que es de 2.53 veces más probable que se enferme el familiar de primer grado de un gemelo monocigótico afectado que el familiar de primer grado de un gemelo dicigótico afectado y 1.99 veces para familiares de segundo grado. Estas diferencias entre gemelos dicigóticos y monocigóticos, sugieren que existe una alta influencia de los factores genéticos en la presentación de la depresión.

Por otra parte, los estudios con personas adoptadas también señalan una etiología genética. En este sentido, Mitjans & Arias, (2012) apunta que los estudios de adopción se basan en la comparación del riesgo de sufrir la enfermedad que tienen los hijos de padres biológicos afectados por el trastorno (niños de alto riesgo) y que están criados en una familia adoptiva sana en relación con el riesgo de hijos de padres afectados criados en su familia biológica.

Por su parte, los estudios de Slater (1993) y Tienari (1994), demuestran que los niños adoptados cuyos padres biológicos tuvieron depresión tienen mayor probabilidad de presentarla que aquellos adoptados que no tienen historia familiar de depresión (Garay, 2005).

La relación con los padres o con quienes se hacen cargo de los menores, se ha visto que tiene una importancia enorme en el desarrollo. El cuidado dedicado, afectuoso y estable permite que los niños y niñas desarrollen normalmente funciones psicológicas, como el lenguaje, la inteligencia y la regulación de las emociones. Bowlbe (1969, 1973, 1980, como se citó en Lara, 2003), en su teoría del desarrollo sobre los patrones de apego, destaca la importancia que las

características de las relaciones tempranas tienen como formadoras de patrones de las futuras relaciones. Por otra parte, la ruptura en la relación temprana de apego, o el no poder lograr una separación sin conflicto de la madre, facilitan el desarrollo de trastornos afectivos o de personalidad en la edad adulta.

Brown y Bifulco (1986), constataron que los cuidados de crianza inadecuados operan como factor de vulnerabilidad. Asimismo, Ezpeleta (2005) realiza reflexiones sobre las psicopatologías de los padres y los trastornos emocionales, entre otros factores de riesgo de problemas comportamentales y emocionales en la infancia.

Los problemas emocionales de los padres, como: la depresión, influyen en los niños, niñas y adolescentes, generándoles modelos inadecuados o prácticas negativas para su desarrollo. Newcomb, Mineka, Zinbarg y Griffith (2007), plantean que la percepción negativa del cuidado y la crianza se relacionan con síntomas de desórdenes emocionales en la infancia y la adolescencia como la depresión y la ansiedad. En otras investigaciones sobre depresión materna y pautas de crianza, encontraron que la depresión materna es un factor de riesgo que afecta el ajuste socioemocional y la aceptación social de los hijos (Martínez, 2010).

Igualmente, las investigaciones de Weissman (1987), analizaron que los hijos de padres con depresión, presentan un incremento de hasta 3 veces más probabilidades de sufrir algún tipo de trastorno, principalmente depresión, en comparación con los niños de padres normales (Caraveo, Medina Mora, Villatoro & Rascón, 1994).

El género, al parecer, también desempeña una función importante que influye en la interacción entre genética y social en el desarrollo de los trastornos del estado de ánimo. En el estudio sobre las diferencias de género en la depresión, realizado por Kendler, Myers y Prescott (2005), donde se entrevistó a cerca de 1000 parejas de gemelos de sexos opuestos para

determinar el efecto de recibir apoyo social en el desarrollo de síntomas depresivos. Se concluyó que las aportaciones relativas a la genética y al contexto social así como a los factores psicológicos influyen en los trastornos del estado de ánimo.

En conjunto, la interacción que se tiene con los padres o cuidadores principales es fundamental para el desarrollo adecuado de las personas, ya que de ser lo contrario surgiría un problema social, como se ven reflejados en las diferentes investigaciones, donde los infantes que tiene problemas emocionales tienen una alta probabilidad de presentarlos en la edad adulta, por lo que surgiría el círculo vicioso ya que no aportaría las habilidades efectivas para una crianza óptima para sus hijos. Por consiguiente se describirá el factor psicológico, debido a su importancia en el desencadenamiento de la depresión.

### **2.3. Psicológicos**

Como se mencionó en el capítulo anterior en el apartado de la Teoría Cognitiva de Beck, la tríada cognitiva, que tiene su origen en las experiencias tempranas del individuo, implica errores sistemáticos en el pensamiento y distorsiones en el procesamiento de la información. Mencionó que existe un alto grado de vulnerabilidad o tendencia a la depresión, que es el resultado de la activación de determinados esquemas, constituidos por actitudes disfuncionales y pensamientos automáticos que desembocan en una percepción distorsionada de la realidad. Mismas que pueden ser adquiridas dentro del entorno en que la persona se encuentre, como lo son los padres, los hermanos o bien el cuidador principal, a través de críticas, rechazo, abandono, indiferencia o la falta de atención en el cuidado (Álvaro, Garrido & Schweiger, 2010).

Dentro de las diferentes investigaciones dirigidas a los problemas cognitivos como factor de riesgo en la vulnerabilidad de desarrollar depresión, se encuentran los estudios de Gibbs (2001), encontraron que el maltratado emocional está relacionado con vulnerabilidad cognitiva a la



depresión. Hawker y Boulton (2000) hallaron que la victimización física y verbal de los padres a los infantes se relacionaba cognitivamente con depresión, ansiedad y baja autoestima, es importante aclarar que no solo los infantes pueden padecerlo sino también la población en general (Martínez, 2010).

La depresión no es un trastorno que se dé aisladamente sino que se encuentra relacionado con diferentes partes del individuo, como se ha observado en el presente apartado, las experiencias tempranas que adquiere el individuo por parte de su familia o cuidadores principales son fundamentales, pero, también existen otros factores que conllevan a ser vulnerables, como es la personalidad. Este factor psicológico ayuda al mantenimiento de los episodios depresivos, es decir, si la persona es de temperamento débil tienen mayor probabilidad de sufrir depresión, Estas estructuras de personalidad son esquemas cognitivos de orden superior a otros esquemas.

Beck (1969), postuló dos dimensiones de personalidad como vulnerables que son: los esquemas sociotrópicos, que incluyen creencias y actitudes en los cuales existe una alta dependencia de los demás para juzgar la propia valía, alta necesidad de aprobación; y los esquemas autonómicos los cuales incluyen actitudes y creencias donde prima la autodeterminación, la independencia y los logros personales (Pedreschi, 2002).

De acuerdo con estudios longitudinales, han mostrado cómo algunas características temperamentales relacionadas con la aparición de la depresión se mantienen a lo largo del tiempo; por ejemplo, los niños que a los 14 años se calificaban como inhibidos eran ansiosos en la adultez. En estudios más controlados, niños examinados a los pocos meses de vida y catalogados como inhibidos, a los 7 años tenían más miedos, eran más reservados con adultos extraños, más tímidos con niños desconocidos, cautos en situaciones de moderado riesgo y de comportamiento tenso. Y desde hace tiempo se sabe que algunas de estas características

temperamentales tienen mucha influencia en las maneras de pensar, de sentir y de comportarse a lo largo de su desarrollo vital (González, & Castillo, 2012).

Dichos autores mencionaron que existen diferentes estímulos que activaran uno u otro tipo de esquema que permanecen latentes, dependiendo de la estructura de personalidad de cada individuo. Una vez activado estos esquemas actúan como filtros a través de los cuales se percibe, interpreta y recuerda la información. Asimismo, existen errores sistemáticos en el procesamiento de la información como inferencia arbitraria, abstracción selectiva, personalización, sobre generalización, entre otras, en mayor grado de los que ocurren en todas las personas. Estas operaciones cognitivas conducen a los productos cognitivos (producidos por la activación de dichos esquemas) configurando lo que Beck llamó la tríada cognitiva negativa. La cual es considerada intrínseca de la depresión y factor causal próximo que la mantiene (Cuervo, 2010).

Si bien los niños no han estructurado completamente su personalidad, ni poseen las capacidades necesarias para tener una visión negativa acerca de su futuro, el poseer vínculos de apegos inseguros y ambivalentes contribuye a la formación de dichos esquemas de personalidad vulnerables a la depresión.

Los métodos de explicación para depresión en general ponen énfasis en que las variables que determinan que algunas personas se depriman y otras no, ante los mismo acontecimientos están relacionadas con la forma de procesar la información, asimismo dichos modelos comparten una serie de características como: los sesgos cognitivos (memoria, atribuciones causales, atencionales o de interpretación en la memoria) que los consideran como elemento fundamental que favorece la presencia y el mantenimiento de la depresión (Hammen, 2005).

Como se mencionó en el capítulo anterior, en la teoría de la depresión por desesperanza de Abramson, Metalsky y Alloy (1989) (Modelo Cognitivo de vulnerabilidad-estrés) la

vulnerabilidad cognitiva está constituida por tres patrones inferenciales desadaptativos. Estos son: a) tendencia a inferir que los sucesos negativos los causan factores estables y globales, b) tendencia a inferir que los sucesos negativos presentes conducirán a eventos negativos futuros, y c) tendencia a inferir características negativas sobre sí mismo cuando ocurren sucesos negativos. En la teoría de Beck esta vulnerabilidad cognitiva para la depresión está constituida por los esquemas depresógenos que activan el procesamiento cognitivo distorsionado o sesgado, lo que conduce al tipo de cogniciones que forman la tríada cognitiva: visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro (Pedreschi, 2002).

De acuerdo con Vázquez et al. (2008), los principales factores psicológicos que se encuentran relacionados con la depresión son procedentes de modelos o aproximaciones cognitivas, las cuales proponen que hay determinados factores de vulnerabilidad que su interacción con sucesos estresantes aumentan la probabilidad de presentar síntomas de depresión.

En cuanto a los sucesos vitales estresantes, el estrés de la vida cotidiana, es un factor etiológico de importancia en la depresión. Hay consenso en que se requieren otros factores de vulnerabilidad, ya que por sí solos no pueden desarrollar un trastorno depresivo (Lara, 2003).

Existen tres tipos de estrés: sistémico o fisiológico, psicológico y social. El estrés sistémico, que de acuerdo con Vargas-Navarro, Latorre-López y Parra-Cárdenas (2011), se refiere a los disturbios en los sistemas fisiológicos, el estrés psicológico o los factores cognitivos se refieren a la autoevaluación o amenaza y el estrés social a la disrupción de una unidad social o sistema. Por su parte Boss (2002), propone clasificar los estresores según su fuente en: internos o externos, su duración: crónicos o agudos, la densidad: asilados o acumulativos y el tipo: voluntarios o involuntarios, normativos o no normativos, ambiguos o definidos (Capano, & Pacheco, 2014).

El concepto de estrés es clave en cualquier modelo explicativo, de acuerdo con Ingram, Miranda y Segal (1998, como se citó en Vázquez et al. 2008), definen el estrés como los “sucesos vitales que alteran el mecanismo mantenedores de la estabilidad cognitiva, emocional fisiológica del individuo, desafiando sus recursos de afrontamiento”. Así pues la propia definición alude a la vulnerabilidad de la persona, lo que revela las dificultades de una delimitación clara entre vulnerabilidad y estrés.

La *hipótesis de la congruencia*, plantea que los estresores deberían de ser congruentes con la vulnerabilidad de la persona para desencadenar un trastorno, de modo que las personas caracterizadas por una mayor sociotropía (es decir, es dependiente de las personas) serían más vulnerables ante sucesos interpersonales, como la implicación de una pérdida personal significativa, ya sea el fallecimiento de un miembro de la familia o la separación de la pareja. Mientras que aquellas que son mayor autónomas, las personas que se encuentran motivadas por el logro, quedarían más afectadas ante sucesos que atenten contra la capacidad de control o que puedan ser percibidos como restrictivos de su independencia (Vázquez et al., 2008).

Con base en lo descrito, autores como Beck, Clark, Rose, Abramson, Itgram, han sugerido que las experiencias tempranas de aprendizaje pueden contribuir al desarrollo de estilos cognitivos negativos (Pedreschi, 2002).

Vargas-Navarro et al. (2011), señala que el trastorno de la depresión no es una enfermedad que se dé aisladamente sino que se encuentran relacionadas con lo biológico, lo personal y lo social. Los factores externos como: la inseguridad, la urbanización, la cultura, la educación, entre otros son elementos que se encuentran en constante interacción con las personas, por lo que es importante abordarlas. A continuación se expondrá los factores sociales que ayudan a explicar algunos aspectos de la causa de la depresión en la población.

## 2.4. Sociales

Como se ha venido mencionando existen diferentes formas de entender la depresión, desde un enfoque clínico, conductual, psicológico, entre otros, sin embargo, también se trata de un problema social, porque si bien, la persona es quien sufre, la experiencia cobra sentido en el contexto social. Para explicar lo dicho, se recurrirá primeramente lo mencionado por Beck y Snell (1989), quienes dedujeron que los diferentes estilos de respuestas y la acumulación de estresores en la vida, pueden ser los principales factores que favorecen la depresión.

Dentro de la cadena de elementos causales que dichos autores proponen, lo constituyen las experiencias negativas tempranas, mismas que son aprendidas de los padres, cuidadores principales entre otros. Una mala interacción entre padres e hijos puede provocar problemas patológicos a éstos, y como consecuencia de estas experiencias serían esquemas y actitudes disfuncionales, por ejemplo, si la mujer, quien la mayoría de las veces se encuentra a cargo del cuidado de los infantes, se encuentra deprimida, los niños, niñas y adolescentes están propensos a ser personas vulnerables cognitiva y sufrir en alguna etapa de su vida episodios de depresión, o bien, por su baja tolerancia puedan responder violentamente a las demandas de los hijos.

De acuerdo con Chiariello y Orvashel (1995), las practicas negativas de los padres, una historia de maltrato y negligencia pueden contribuir a las formaciones individuales de estilos cognitivos que operan como un factor de riesgo para la depresión (Riso, 2006).

El maltrato infantil es uno de los factores de riesgo más estudiado para la depresión en niños. Oates et al. (1994), encontraron que de 84 niños abusados sexualmente el 35% se encontraban deprimidos y un 56% tenían una autoestima baja. Con base en estos datos, dicho autor, que un número significativo de estos niños siguen en un curso crónico de los trastornos afectivos (Martínez & Taboas, 1997 como se citó en Pedreschi, 2002).

El maltrato emocional durante el desarrollo fue un predictor significativo de vulnerabilidad cognitiva para la depresión. De acuerdo con Pedreschi (2002), estudios llevados a cabo por Rose y Abramson (1996), encontraron que los pacientes depresivos hospitalizados y otros depresivos no tratados, informaron altas tasas de abandono, abuso emocional, físico y sexual, durante su infancia mucho más altas que los participantes no depresivos. Los abusos graves durante la infancia padecían una mayor historia vital de depresión clínica. Con base a esto, dichos autores postulan que el abuso emocional puede ser un contribuyente particularmente fuerte para la vulnerabilidad cognitiva de la depresión, ya que el abusador, proporciona cogniciones negativas a la víctima. El abuso emocional implica esencialmente enseñar a la víctima a tener un estilo cognitivo depresógeno, por ejemplo, decirle constantemente que es un *inútil*, que *todo hace mal*, entre otros.

Del mismo modo, la consecuencia más grave de depresión es el suicidio, de acuerdo con las investigaciones de Minutko en el 2006, la ideación suicida está presente en el 60 al 80% de las personas deprimidas y se estimó que alrededor del 15% llegan a cometer el suicidio, por lo que se puede conjeturar que, el costo social de la depresión se refleja fundamentalmente en la discapacidad que produce en las personas afectadas (Lazarevich & Mora-Carrasco, 2008).

A pesar de que la depresión es un trastorno multifactorial, su etiología no puede ser dissociada de los contextos sociales que enmarcan las actividades cotidianas. Vivimos en un mundo de transformaciones sociales y en un período de transición histórica por los avances en la educación y la tecnología, por cambios económicos y periodos de crisis que propician inestabilidad e inseguridad laboral. A continuación se mencionan de manera general algunos factores que pueden estar asociados con el individuo de manera social que favorezca padecerla o permanecer en la depresión.

### **2.4.1. Circunstancias sociales que aumentan el riesgo**

Los efectos en la salud mental no son iguales para todos los segmentos de la sociedad, las personas pobres y con grandes carencias tienen las más altas prevalencias de trastornos mentales y conductuales. Asimismo, el curso de la enfermedad también se ve afectado por el estatus socioeconómico del individuo, por la carencia de servicios de salud mental así como las barreras que tienen algunos grupos de cierto nivel socioeconómico para acceder a ellos (Lara, 2003).

En el 2005, Medina-Mora, Borges, Lara, Benjet, Blanco, et al., señalaron que si bien no hay diferencias significativas por nivel socioeconómico en la prevalencia de trastornos depresivos, la población que vive en condiciones de pobreza presenta una depresión más grave que aquella que se encuentra en mejores condiciones económicas, así como otros factores que aumentan el riesgo de depresión se encuentra la baja escolaridad y el desempleo (Berenzon, Lara, Robles, & Medina-Mora, 2013).

Los bajos recursos socioeconómicos y/o pobreza, las crisis sociales, el desempleo, la exclusión educativa, los desplazamientos migratorios son consecuencias sociales negativas, incrementan la prevalencia de la depresión (Gaviria, 2009). De acuerdo con la literatura los países pobres corren el riesgo de padecer depresión y ansiedad, y es que se ha determinado que la pobreza y la salud mental tienen un alto grado de relación; los costos directos e indirectos de la mala salud agravan la situación económica y genera un círculo vicioso entre pobreza y problemas mentales (Lazarevich & Mora-Carrasco, 2008).

Asimismo dichos autores acuerdan que la depresión se ha convertido en una enfermedad moderna y “globalizada” debido en gran medida a las condiciones de vida desfavorables del mundo contemporáneo, no solo por el impacto de la economía y el desarrollo social sino también por la cultura y en la definición y redefinición de las identidades de los roles de género.

La perspectiva de género representa una herramienta de análisis útil en la explicación de la distribución diferenciada por sexo de las psicopatologías; asimismo, dicha perspectiva puede contribuir a la reconstrucción de las identidades de género, tanto femenina como masculina.

#### **2.4.2. Estereotipos de género**

Como se ha mencionado anteriormente, la depresión es un padecimiento que afecta a la población en general y se manifiesta de manera distinta tanto en hombres como en mujeres, causando una gran variedad de síntomas físicos, psicológicos y sociales.

De acuerdo con Lara (2013), los estereotipos de género se asocian a la salud mental tanto en hombres como en mujeres. En México se observa que los estereotipos son de gran importancia para la cultura, ya que independientemente del estado socioeconómico, edad y sexo, los estereotipos prevalecen. Y es que desde niños se inculcan comportamientos correspondientes a su sexo, por ejemplo a los niños se les enseña a no llorar, a comportarse de manera agresiva, dominante e independiente, mientras tanto, de las niñas se espera que sean más pasivas, discretas, sumisas, le es permitido llorar, sentirse triste, entre otras.

Valencia y Andrade (2005), demuestran que los problemas de los hombres son externalizados a diferencia de las mujeres que son internalizados; es decir, en los niños su conducta es agresiva, inquietos desobedientes y burlones, mientras que las niñas tienen sentimientos de inferioridad, soledad, tristeza, ansiedad, dolor, molestia en alguna parte de su cuerpo.

Estudios realizados por Bailey et al. (2007), muestran que en las niñas de edades de 11 y 12 años de edad reportan mayor puntaje de síntomas depresivos como irritabilidad y tristeza; siendo los varones quienes presentaron más puntajes de desobediencia, mala conducta y problemas escolares.



En México también se han realizados estudios acerca de la diferencia por sexo en la presencia de síntomas depresivos; y los resultados son similares a los que se han encontrado a nivel internacional. Un estudio realizado en el Estado de Oaxaca, se observó que los síntomas depresivos se presentan con mayor frecuencia en niños de nivel básico. Con base en la información proporcionada por sus padres, se percató que los niños presentan hiperactividad en sus conductas, mientras que las niñas presentan agresión física y verbal.

Así mismo, los resultados de las investigaciones realizadas en la Ciudad de México muestran que los niños presentan problemas como agresividad, inquietud, desobediencia y burlas a diferencia de las niñas que presentan sentimientos de inferioridad, tristeza, ansiedad, dolor o molestia de alguna parte de su cuerpo. Otros estudios realizados por Andrade, Betancourt y Orozco (2006), reportan datos similares en niños con edades de entre 9 a 13 años de edad; hombre y mujer manifiestan síntomas depresivos empero las niñas con un alto grado mayor que los niños, presentando depresión moderada y severa (Méndez, 2012).

Según la literatura, la población masculina experimenta una “depresión escondida”, ya que su dolor no es socialmente aceptado, por lo que tienden a revertir su depresión mediante el abuso del alcohol o de otras sustancias, así como conductas antisociales o bien expresan de manera violenta sus emociones.

Los principales factores desencadenantes de la depresión en los hombres son: incremento en las deudas, el modelo cultural en cuanto a las expectativas con respecto a las cargas familiares, laborales, profesionales o de estudio.

Como se puede percatar en los resultados de los estudios arriba mencionados, la depresión es un trastorno que perjudica a la población en general; no respetando así edades ni sexo. Algo verdaderamente preocupante de esto, es que niños de nivel escolar básico ya presentan síntomas

depresivos y de acuerdo a la epidemiología una vez que se presente el primer episodio, tienen alta probabilidad de volver a presentar más episodios en edad adulta. Provocando una deficiencia en las relaciones personales, socioeconómico, y si es padre o madre, en las prácticas parentales.

Sin embargo, los trastornos afectivos continúan presentándose con una mayor frecuencia en las mujeres que en los hombres. El desamparo económico, la dependencia emocional, autoestima devaluada, sumisión y complacencia, contribuyen a los síntomas depresivos en las mujeres. En el siguiente apartado se considera únicamente a las mujeres, porque como se ha mencionado constantemente en el presente trabajo, las mujeres es la población con mayor vulnerabilidad de sufrir depresión a diferencia de los hombres, por lo que se les considera un grupo particularmente en riesgo.

### **2.4.3. Depresión en mujeres**

La depresión es el trastorno que mayor atención ha tenido de los especialistas debido a su alta prevalencia en la población, además que los estudios epidemiológicos han reportado que el trastorno es más frecuente en mujeres que en hombres, haciendo evidente que la mujer es una población vulnerable ya que se encuentra en desventaja en aspectos biológicos, psicológicos y sociales, sufren de cambios hormonales tanto en la etapa de reproducción como en la menopausia, también, influye la educación que recibe, así son las mujeres quienes la mayoría de las veces son quienes se encargan desde temprana edad de familiares enfermos o se encuentran con mayores acontecimientos vitales traumático; asimismo la condición social y el trabajo remunerado no es favorable, es por ello que se aborda la depresión desde una perspectiva biológica, psicológica y social únicamente enfocado a las mujeres (Gaviria, 2009).

Los científicos estudian la influencia de las hormonas femeninas, las cuales cambian a lo largo de la vida, los investigadores han demostrado que las hormonas afectan directamente la

química del cerebro que controla las emociones y el estado de ánimo, de hecho en tecnologías modernas como las resonancias magnéticas han demostrado que el cerebro de las personas que padecen depresión es diferente de los demás (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2011). Existen etapas específicas a lo largo de la vida de una mujer que se encuentran más recalcados los cambios hormonales, como es la pubertad, la pre menstruación; antes, durante e inmediatamente después del embarazo, el periodo antes y durante la menopausia. Siguiendo esta línea, los estrógenos y la progesterona han mostrado su efecto sobre los sistemas de neurotransmisión, neuroendocrino y circadiano, los cuales han sido implicados en los trastornos del humor.

Algunas mujeres pueden ser propensas a un tipo de síndrome premenstrual; una semana antes de la menstruación generalmente padecen depresión, ansiedad, irritabilidad y cambios del estado de ánimo, de tal manera que se ven afectadas en su desempeño cotidiano. Síntomas que caracterizan el trastorno disfórico premenstrual, el cual se presenta en la última fase folicular, dicho periodo ocurre inestabilidad de las hormonas, progesterona y estrógeno, además de considerar los cambios en los niveles de la serotonina. Las mujeres con este trastorno debilitante no necesariamente tienen cambios hormonales inusuales, pero si responden diferente a estos cambios (Rubinow, Schmidt & Roca, 1998). Además, pueden tener antecedentes de otros trastornos del estado de ánimo y diferencias en la química del cerebro que hace que sean más sensibles a los cambios hormonales relacionados con la menstruación. Los científicos están investigando de qué manera el aumento y la disminución cíclica de los estrógenos y otras hormonas pueden afectar la química del cerebro que está relacionada con la enfermedad depresiva (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2011).

Sin embargo, continúan las investigaciones para saber de qué manera el aumento y la disminución cíclica de los estrógenos y otras hormonas pueden afectar la química del cerebro que está relacionada con la enfermedad depresiva (Ross & Steiner, 2003).

En la etapa de la pubertad, se puede explicar el riesgo de desarrollar depresión por la producción de oxitocina, la cual aumenta cinco veces en esta edad y parece estar relacionada con los comportamientos sexuales de la mujer, y que su deseo no se lleve a cabo o se encuentre con desilusiones interpersonales y/o románticas (Gaviria, 2009). Del mismo modo, los resultados de un estudio realizado en la Ciudad de León Guanajuato, encontraron la relación positiva entre el nivel de desarrollo sexual y los problemas de afectividad de las adolescentes, es decir, que las jóvenes desarrolladas completamente a nivel sexual presentan puntajes más altos en síntomas de depresión, ansiedad y estrés, y puntajes más bajos en autoestima, en comparación con las adolescentes menos desarrolladas sexualmente (Huerta, 2000).

En diverso estudio se señala que la imagen corporal contribuye a sentimientos negativos y una relación con síntomas depresivos y baja autoestima en las adolescentes, por lo que autores han llegado a la conclusión de que más a factores biológicos son factores adversos que se viven en la infancia y roles de género los que han proporcionado evidencia sobre las razones porque las adolescentes se deprimen más que los hombres, sin embargo, no se deja de lado que la severidad de la depresión en la adolescencia o infancia interfiere con el desarrollo como lo son la formación educativa, laboral, desarrollo de habilidades sociales y del desarrollo de la propia identidad (Medina-Mora, Borges, Lara & Benjet, 2005).

De acuerdo con la literatura, las mujeres que se encuentran embarazadas y/o en postparto, son personas que se encuentran especialmente vulnerables a padecer depresión, ya que los cambios hormonales y físicos que trae consigo al quedar como responsable del cuidado del recién nacido.

Las madres primerizas padecen al menos un breve episodio de cambios leves en el estado de ánimo, en el menor de los males, sin embargo, existe la posibilidad de que sufran un episodio grave de depresión en el posparto que requiere tratamiento activo y apoyo emocional para la madre primeriza (Martínez, Lanz & Waysel, 2009).

Siguiendo la línea, los patrones de socialización y la crianza de las niñas contribuyen a reforzar la dependencia emocional, la impotencia de transformar situaciones vitales desfavorables las orillan a experimentar síntomas de depresión, ejemplo de ellos en el trabajo realizado por Lara en el 2006 donde encontró que la separación de los padres en la infancia, ser madre soltera, embarazo no deseado, falta de apoyo social y baja escolaridad, son factores que aumentan el riesgo de padecer depresión en el embarazo.

Asimismo la vida de las personas evoluciona, y el ciclo de vida de las mujeres no es la excepción, pues se tiene en cuenta varias etapas del desarrollo que van desde factores genéticos hasta sociales y/o ambientales, que pueden producir una sobrecarga física y mental que favorecen el curso de estados no saludables. En este sentido, las mujeres asumen una doble jornada cuando se incorporan al trabajo.

Ahora bien, también se encuentran las mujeres de edad mediana (la que oscila entre los 45 y 59 años de edad), quienes les resulta difícil la asimilación del proceso de envejecimiento, debido al temor de perder la belleza, juventud y atractivo sexual, lo que ocasiona en la mayoría de las veces baja autoestima y de valor social (Casas & Couto, 2003).

En la edad mediana, la población femenina mayor de 45 años, se convierte en el centro de la dinámica familiar y de la administración económica del hogar; asimismo, aumenta su responsabilidad como cuidadora de padres o suegros, ahora convertidos en adultos mayores, así como de los nietos. Por otra parte, la doble jornada es más agresiva, hay recarga de las

actividades domésticas, se incrementan las responsabilidades familiares y sociales y una inadecuada dinámica familiar recrudece la gravedad de los síntomas climatéricos. Todos estos factores, unidos a los cambios fisiológicos propios de la edad, generan una sobrecarga física y mental que favorece la aparición de procesos que van en detrimento de la salud femenina y hace más críticos los síntomas en este período, todo lo cual puede agravarse si existe un fondo psicogénico alterado previamente y/o elementos desfavorables socioeconómicos y del entorno social. En esta etapa la mujer se siente triste, irritable, deprimida, ansiosa, necesitada de apoyo y comprensión, en lo cual inciden los factores sociales relacionados con preocupaciones de índole económica y laboral (Cuoto & Napóles, 2014).

Siguiendo las etapas de la mujer la menopausia es un periodo de mayor vulnerabilidad para el desarrollo de síntomas depresivos, asociado con fluctuaciones en los niveles hormonales. De acuerdo con Lara y Nieto (2003) identifican como factores de riesgo psicosocial como: actitud negativa hacia el climaterio, percepción negativa de la salud, eventos estresantes, ser víctima de abuso por parte de la pareja estar divorciada o separada, pérdida del trabajo estilo de vida poco satisfactorio, entre otras. Asimismo, se señala que disminución de las hormonas sexuales durante la menopausia, afecta el estado de ánimo y predispone a los trastornos depresivos (Cuoto & Napóles, 2014).

La excesiva incorporación de la mujer en el ámbito laboral está modificando la sexualidad, el matrimonio y la vida familiar tradicional, así como la imagen desvanecedora del hombre proveedor económico, lo cual da pie a una nueva redefinición de las identidades femeninas y masculinas y de las relaciones de sexo. Otro aspecto afectado en las familias es la tasa de natalidad, los hijos en promedio, en los años 1970 eran de 7 hijos por familia, ahora solo es 2 a 3

hijos. También, la edad en las mujeres para contraer matrimonio aumento hasta los 23 años, a diferencia de años pasados, que el promedio de edad era de 18 a 19 años.

La mayoría de las mujeres viven una fuerte contradicción ante las dificultades para compatibilizar su vida familiar con las relaciones profesionales. El estrés laboral acompañado de una sobrecarga de actividades en el hogar aumenta las tasas de depresión. Un análisis sobre el uso del tiempo por sexo y en personas mayores de 18 años, revelo que es tiempo dedicado al trabajo laboral entre hombres es de 45 horas por semana, mientras que para las mujeres es de 19 horas semanales; asimismo, el promedio de tiempo semanal en las actividades domésticas en los hombres es de 10 horas, mientras que para las mujeres es de 46 horas. Como resultado esta división de tiempos en las actividades, los hombres disponen en promedio de 4 horas más a la semana para la recreación que las mujeres (Lazarevich & Mora-Carrasco, 2008).

Así, las mujeres que se encuentran en un estado socioeconómico bajo así como su educación baja se definieron como sumisas-abnegadas y mostraron mayor síntomas depresivos. Además se puede señalar que las amas de casa son quienes más síntomas depresivos presentan, a diferencia de las mujeres que tienen un puesto laboral, esto se debe a que las mujeres que laboran tienen beneficios positivos como el sentimiento de logro, el reconocimiento por parte de otros, así como un mayor acceso a una red social de apoyo a pesar del estrés que pueden padecer.

El trastorno depresivo es multifactorial sin embargo tiene un factor hegemónico indiscutible, la asociación de sus síntomas y la mujer. Debido a que las mujeres cumplen distintos roles dentro de la sociedad, esto multiplica la complejidad de las causas asociadas a la aparición permanencia o posible solución del trastorno depresivo. Por ellos es importante estar informados de las aristas y recovecos de la investigación actual acerca del tema en el país.

## CAPÍTULO III

# ESTUDIOS RELACIONADOS CON LA DEPRESIÓN EN MUJERES

---

En lo que concierne al tema de la depresión mucho se ha estudiado, pero realmente la aplicación de pruebas para determinar la sintomatología depresiva en mujeres en México, es prácticamente nula. Los estudios abarcan una epidemiología que se sustenta en relacionar el trastorno depresivo y algunos estilos de vida, socioeconómicos, culturales y de salud; que corresponden a población de otros países.

El Instituto Nacional Psiquiátrico Juan Ramón de la Fuente Muñiz, es la unidad psiquiátrica con estudios más recientes a nivel nacional, no obstante estos son enfocados a la recolección de datos que corresponden a problemas de drogadicción en jóvenes en su mayoría o están enfocados en áreas particulares de la psiquiatría y la relación de trastornos mentales con el uso de fármacos. La encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente es el instrumento que mayor recolección de datos analiza y se aplica básicamente en todo el país de manera simultánea, dando así datos que representan a la población mexicana y que resulta ser la aproximación más congruente con el tema de depresión.

Existen estudios derivados de este Instituto que son afines a la depresión, ya que en ellos se observa que es prevalente en varios aspectos de la vida del mexicano. Verbigracia, un estudio realizado en el 2012 que estaba dirigido a verificar la prevalencia de la depresión y su relación con el bajo aprovechamiento escolar en la facultad de medicina, concluyo que efectivamente, la

---



depresión no es igual entre grupos de individuos que sean hombres o mujeres, siendo las mujeres como el grupo más vulnerable, además, se observó que existe una relación de bajo rendimiento escolar y reprobación con la depresión (Barragán, 2013). En dicho estudio se tenía contemplado que de facto, los estudiantes de la carrera de medicina son en sí, un grupo que posee cualidades representativas de la sintomatología depresiva (Barragán, 2013), en comparación con otras carreras o facultades, por lo que el interés estaba enfocado en saber si esto tenía alguna implicación con su óptimo desempeño académico.

De inicio se pudo hacer una diferenciación significativa entre los grupos primarios de estudio, hombres y mujeres, lo que es congruente con fuentes ya citadas en los capítulos I y II de este documento. Así mismo, se obtuvo información correspondiente a la proporción de personas que padecían el trastorno depresivo y fue con el Inventario de Depresión Beck con el que se determinó que el 66% de mujeres encuestadas con una media de edad de 18 años, la que tenía presente el trastorno depresivo.

Otro trabajo que relaciona al trastorno depresivo con otros trastornos, es el expuesto por de la Torre en el 2009, ya que hace una investigación dirigida a menores de edad, pero que logra relacionar al trastorno depresivo con la ansiedad, ideación suicida y baja autoestima. Como se menciona en el Capítulo I y II, el trastorno depresivo está ligado a otros factores que pueden iniciar o agravar un problema que deriva en la baja de la calidad de vida. Entre los resultados se destaca que a una edad de entre 10 a 13 años, no existe una diferencia significativa entre el sexo y el nivel de depresión, pero se comprueba una relación de la depresión con ideación suicida, baja autoestima y ansiedad, que como se vio en el Capítulo 1, presentan síntomas compartidos.

Otra fuente de información disponible acerca de la depresión en México es la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, también conocida como la Encuesta Nacional de

Comorbilidad en México, realizada entre 2001 y 2002 (Fernando, Wagner, González-Forteza, Sánchez-García, García-Peña, Gallo). Se trata de una encuesta con una muestra probabilística y representativa de la población urbana entre 18 y 65 años de edad, que incluyó a 5,782 participantes. De acuerdo con dicha encuesta el 9.2% de la población ha tenido un trastorno depresivo en la vida, es decir, que una de cada diez personas tendrán depresión en alguna de sus variantes sintomatológicas; esto coloca a la depresión como el segundo trastorno más prevalente en México, solo superado por la ansiedad (Wagner et al. 2002), esta encuesta ofrece una panorámica inicial, donde se muestra que efectivamente en México, existe evidencia de la prevalencia y variabilidad de sintomatología depresiva, como se ha tratado en apartados anteriores.

Según estudios comparativos entre varios países realizados por la OMS (2012), encontró que las tasas de trastornos depresivos entre mujeres son dos veces mayores que las de los hombres, y que la asociación entre depresión y sexo no varía entre países de acuerdo con su nivel socioeconómico. El observar este tipo de estudio puede dar apuntes de cómo se comporta la depresión a nivel mundial y cuáles son las áreas de oportunidad a trabajar, tal es el caso que nos ocupa con relación a nuestra población objetivo, caracterizada por pertenecer a un grupo económico predominantemente de clase trabajadora.

Wagner y colaboradores (2002), han realizado un estudio donde analizan la magnitud y el impacto social de la depresión, así como proponer estrategias encaminada a atender este problema en la sociedad mexicana. En este se puede concluir que alrededor del 9.2% de la población ha padecido un episodio depresivo y que una de cada cinco personas sufrirá algún trastorno relacionado con este padecimiento. Además, explican que se pierden alrededor de 27 días de trabajo por causa de esto y que también la depresión se relaciona con problemas de salud

tales como diabetes, hipertensión, trastornos cardiacos; problemas sociales como adicciones, suicidio y violencia, vulnerando tanto a los jóvenes como a los adultos mayores. Hablando de los problemas sociales relacionados con este padecimiento, más específicamente en mujeres, que entre los diferentes roles sociales, funge una doble situación a que va en detrimento de su calidad de vida, esto es la predisposición genética, tema que se ha revisado previamente

Otro estudio donde se encuentran indicadores a temprana edad sobre la aparición del trastorno depresivo está en la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica del 2009, donde se señala que los jóvenes de entre 12 y 17 años padecen trastornos tales como ansiedad, trastorno negativista desafiante, depresión, ansiedad por separación, abuso de alcohol, entre otros. No hay que olvidar, que gran parte de la responsabilidad de la educación moral y quien forja los valores y premisas sociales, reside mayormente en el grupo femenino, motivo por el cual se podría hablar de una relación de conductas antisociales en jóvenes y malas prácticas de crianza.

También analizando las muestras de jóvenes y comparándolos por género, el grupo de las mujeres obtuvo una mayor cantidad de trastornos y una mayor prevalencia, siendo la depresión la más frecuente después de las fobias específicas en mujeres (Benjet, Borges, Medina-Mora, Méndez, Fleiz, Rojas & Cruz, 2009).

No obstante el rango de aparición de los trastornos de ansiedad y depresión se obtuvieron a menores edades y no hubo diferencias significativas entre hombres y mujeres, es decir, que la depresión aparece tanto en mujeres como en hombres desde edades tempranas y no hay diferencia de acuerdo con el sexo. También llegan a la conclusión de que los trastornos son más prevalentes en mujeres y con mayor intensidad, lo que sugiere que deben ser sujetas a mayores pruebas de seguimiento, existen teorías biológicas y psicosociales que pretenden explicar la mayor vulnerabilidad de las niñas en la etapa adolescente, entre ellas la teoría de la

intensificación del rol de género, la exposición a mayor adversidad y la mayor reactividad del eje hipotálamo-pituitario-adrenal ante el estrés (Benjet et al., 2009). Esto concuerda con lo expuesto por otros teóricos que refuerza la necesidad de implementar más estudios que especifiquen las necesidades de este grupo en particular, tal como está expuesto en los apartados de justificación e historia de la depresión, mencionados en esta investigación.

En el 2005 se publicó un análisis de prevalencia de la depresión, derivado de la Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño 2002-2003 (Medina-Mora, Puentes-Rosas, Lozano & Belló, 2005), donde se calcula una tasa de depresión a nivel nacional de 5.8% en mujeres y 2.5% en los hombres, evidenciando la elevada prevalencia en las mujeres con respecto a los hombres. También se obtuvo que la prevalencia aumenta con la edad y disminuye con base en la escolaridad, es decir, mientras más estudios se posean, menos proclive se es a la depresión, no obstante, la edad tiende a ser un factor universal.

Estos autores concluyen, que la depresión es un padecimiento sumamente frecuente en personas adultas y se asocia a condiciones de vulnerabilidad social. También se encontró que las personas más vulnerables y con mayor prevalencia son las que se ubican en zonas metropolitanas.

Precisamente en la zona metropolitana se hizo otro estudio en el 2005, que tomo a población netamente femenina, aunque el propósito era evaluar si existía una diferencia entre la depresión que expresaba una mujer con trabajo pagado y una ama de casa. Garay (2005), expone en sus resultados, que efectivamente, existía una prevalencia del 26% de mujeres que fueron encuestadas que presentaban depresión de moderada a grave. Se concluye que las mujeres que trabajan, tienen un nivel de depresión ligeramente menor, en comparación con aquellas mujeres que manifestaron no trabajar y solo dedicarse al hogar. También se plantea la necesidad de hacer

estudios que analicen los síntomas depresivos y que se promueva la información que rodea a este tema. Del mismo modo, concluye que la depresión de no ser considerada a inicios, podría convertirse en un problema mayor.

Estudios realizados en el Instituto Jalisciense de Salud Mental, afirman que de acuerdo a cifras que se expiden, una de cada cinco personas padece depresión. Pero que de esas personas solo una de cada diez, recibe atención de algún especialista.

Como se observó en este apartado, los diferentes estudios hechos en México, carecen de continuidad, pero tienen una consistencia de prevalencia, haciendo evidente la importancia de implementar más estudios que abarquen sistemáticamente cada estrato de la sociedad mexicana y coadyuven a mejorar la calidad de vida de las personas mexicanas.

# CAPÍTULO V

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

---

Los trastornos depresivos producen importantes niveles de discapacidad, afectan las funciones físicas, mentales y sociales y se asocian con mayor riesgo de muerte prematura. Pueden dificultar la capacidad de la persona para realizar actividades cotidianas, causando un deterioro significativo en el funcionamiento habitual y en la calidad de vida. La depresión produce mayor discapacidad que otras condiciones crónicas como la diabetes, los trastornos respiratorios, las enfermedades cardíacas o la artritis. De acuerdo a los resultados de estudios, demuestran que las personas con depresión pierden hasta 2.7 más días de trabajo que aquellas con otro tipo de enfermedades crónicas (Berenzon, Lara, Robles & Medina-Mora, 2013).

De acuerdo con Beck (1983), la depresión es el trastorno que altera el concepto de sí mismo, de su futuro y sus experiencias de un modo idiosincrático del mundo, provocando en el individuo tristeza, soledad y apatía, tiene deseos de escapar, esconder o morir, pierde el placer por las cosas que antes le causaban placer, su apetito y vigilia aumenta o disminuye y sus movimientos psicomotores son lentos o se agita con facilidad.

Para fines de este estudio la depresión se conceptualiza como los sentimientos de tristeza y desvalorización del individuo, las personas con depresión pueden experimentar anhedonia, insomnio o sueño excesivo, incapacidad para concentrarse sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva y pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.

Un informe del Instituto Nacional de Salud Mental sobre *The Depressive Disorders* (los trastornos depresivos), de Secunda, Katz, Friedman y Schuyler (1973), manifiesta que la depresión es la causa del 75% del total de hospitalización psiquiátrica y que, a lo largo de un año dado, un 15% de los adultos entre 18 y 74 años puede sufrir síntomas depresivos de cierta consideración (Beck, Rush, Shaw & Emery, 2008).

De acuerdo con Muray y López (1997), la depresión se encuentra dentro de los trastornos mentales que día a día cobran mayor importancia y se estima que en el 2020 será la segunda causa de años de vida saludable perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados. En México se han llevado a cabo algunos estudios epidemiológicos para estimar la prevalencia de trastornos mentales (Medina-Mora et al., 2005).

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) realizada en el 2001 y 2002, señaló que 9.2% de los mexicanos sufrieron un trastorno afectivo en algún momento de su vida y 4.8% en los doce meses previos al estudio. Asimismo, la encuesta con adultos permitió estimar que la tasa de prevalencia anual de depresión en México fue de 4.8% entre la población general de 18 a 65. La Encuesta Mexicana de Salud Mental en Adolescentes identificó que 7.2% de los jóvenes de la Ciudad de México, que tienen entre 12 y 17 años, sufrieron un trastorno depresivo en el último año con prácticamente la mitad de los casos (54.7%) calificados como graves (Wagner et al., 2012).

Por otra parte, los estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud (2016), determinaron que las tasas de trastornos depresivos entre mujeres son dos veces mayores que la de los hombres. A escala mundial, la prevalencia puntual de la depresión en los hombres es de 1.9%, mientras que en las mujeres es de 3.2%; y en un periodo de 12 meses la prevalencia es de 5.8 y 9.5% para cada sexo respectivamente.

Según la American Psychiatric Association (2016), el riesgo de padecer un trastorno depresivo alguna vez en la vida es de 5 a 12% en los hombres y de 10 a 25% en las mujeres, con una prevalencia de 2 a 3% y de 5 a 9%, respectivamente. Kessler, Berglund, Borges, Nock & Wang (2005), en los Estados Unidos encontró una prevalencia total de depresión de 16.2 y de 16.6%, nuevamente mayor para el sexo femenino, con una relación de 1.3 a 1.5 mujeres por un varón.

En México la ENEP aplicada en el 2003 en población urbana de 18 a 65 años reportó que los trastornos afectivos fueron casi dos veces más frecuentes entre las mujeres que en los hombres, con una proporción de 4.5% versus 2% alguna vez en la vida; de 2.1% vs. 0.9% en el último año; y de 0.8% vs. 0.3% durante el último mes (Berenzon et al., 2003).

Con base en lo descrito, la depresión es reconocida mundialmente como uno de los problemas más importantes de la salud mental. Los especialistas la consideran como un problema prioritario en la población femenina ya que son éstas quien padece la depresión dos veces más que los hombres (Lara, Navarro, Navarrete, Mondragón & Rubí, 2003) por esta razón es importante detectar la sintomatología a un nivel primario, para poder evitar el aumento del trastorno de la depresión en poblaciones con mayor riesgo como lo es la femenina.

Existen diversas teorías tratando de explicar la depresión, pero el modelo que se estableció para explicar el presente estudio es el de Beck et al. (2008), el cual postula tres conceptos específicos:

- 1) La triada cognitiva,
- 2) Los esquemas y
- 3) Los errores (errores en el procesamiento de la información).

La triada cognitiva consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de un modo idiosincrático. El primero



componente de la tríada se centra en la visión negativa de la persona acerca de sí mismo. El individuo se ve desgraciado, torpe, enfermo, con poca valía. Tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo, de tipo psíquico, moral o físico.

El segundo componente de la tríada cognitiva se centra en la tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una misma manera negativa. Le parece que el mundo le hace demandas exageradas y/o presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos. Interpreta sus interacciones con el entorno, animado o inanimado, en términos de relaciones de derrota o frustración.

El tercer componente de la tríada cognitiva se centra en la visión negativa acerca del futuro. Cuando la persona depresiva hace proyectos de gran alcance, está anticipando que sus dificultades o sufrimientos actuales continuarán indefinidamente. Cuando piensa en hacerse cargo de una determinada tarea en un futuro inmediato, inevitablemente sus expectativas son de fracaso.

El modelo cognitivo considera de los signos y síntomas del trastorno depresivo como consecuencias de los patrones cognitivos negativos, así como los síntomas motivacionales también pueden explicarse como consecuencia de las cogniciones negativas. En general, se consideró este modelo ya que es una de las principales representantes de las explicaciones cognitivas de la depresión, asimismo, ha sido aplicado en diferentes culturas.

El poder describir la sintomatología depresiva en mujeres que utilizan servicios de salud podrá promover programas de intervención o de estudio más adecuados a las necesidades de las usuarias del servicio de salud integral.

# CAPÍTULO VI

## MÉTODO

---

### 6.1. Pregunta de investigación

¿Cuál es el porcentaje de depresión en mujeres de la zona oriente del Estado de México?

### 6.2. Objetivo General

Conocer el porcentaje de la depresión en mujeres

#### 6.2.1 Objetivos Particulares

1. Identificar los síntomas depresivos en las mujeres encuestadas.
2. Analizar la depresión con respecto a la edad, nivel escolar, su ocupación y estado civil.
3. Verificar si existe algún síntoma del Inventario de Depresión de Beck (BDI II) de mayor porcentaje.

### 6.3. Definición de la variable

Depresión

- Conceptual: La depresión es el trastorno que altera el concepto de sí mismo, de su futuro y sus experiencias de un modo idiosincrático del mundo, provocando en el individuo tristeza, soledad y apatía, tiene deseos de escapar, esconder o morir, pierde el placer por las cosas que antes le causaban placer, su apetito y vigilia aumenta o disminuye y sus movimientos psicomotores son lentos o se agita con facilidad (Beck, 2008).
- Operacional: De acuerdo con los puntajes que se obtengan del Inventario de Depresión de Beck, (BDI-II), interpretados con base en el manual de aplicación, se consideran 4

categorías: a) depresión mínima, b) depresión leve, c) depresión moderada y d) depresión severa.

#### **6.4. Participantes**

La muestra fue de tipo ..... se conformó por 259 mujeres mexicanas, con edades de entre 18 a 75 años de edad, de estado civil indistinto, ser madres o no, provenientes de la zona oriente del Estado de México, que acudieron a los servicios de salud.

Los criterios de inclusión fueron: Saber leer, que tuvieran la mayoría de edad y que aceptaron de manera voluntaria participar en la encuesta.

Eliminación: Que fueran menores de edad o no contestar en su totalidad el instrumento BDI.

#### **6.5. Instrumento**

Inventario de Depresión de Beck, (BDI-II), estandarizado por Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez Loperena y Varela (1998), en población mexicana, es un autoinforme de 21 reactivos, referidos a síntomas depresivos en la semana previa a la aplicación, con cuatro opciones de respuesta. Los puntajes de severidad de síntomas van de 0 a 63, donde 63 representa la severidad máxima (Beltrán, Freyre & Hernández-Guzmán, 2012). Con una confiabilidad de consistencia interna basada en una comparación de dos muestras independientes en pacientes clínicos mostrando una estabilidad test-retest teniendo una correlación positiva y significativa entre ambas evaluaciones. La validez del instrumento se hizo de manera convergente y discriminantes comparándolos con los resultados obtenidos en muestras de pacientes tanto internos como externos con la escala de depresión del MMPI-II obteniendo correlaciones significativas entre ellas.

## **6.6. Tipo de estudio**

Se llevó a cabo en los centros de servicio de salud en la zona oriente del Estado de México, fue un estudio transversal, ya que busca recolectar datos así como describir la depresión y analizar su frecuencia, y descriptivo ya que trata de especificar propiedades y características importantes de cualquier fenómeno, como bien dice su nombre describe tendencias de un grupo o población (Kerlinger & Lee, 2002).

## **6.7. Diseño de investigación**

No experimental porque no se tiene un grupo control ni se manipulan variables para observar algún efecto (Kerlinger & Lee, 2002).

## **6.8. Procedimiento**

Se asistió a los centro de atención a la salud, se preguntó a las mujeres que se encontraron en las instalaciones su disponibilidad para contestar una encuesta con fines de estudio académico, aclarando que sus datos serian confidenciales y anónimos. A quienes aceptaron y cumplieron con los criterios de inclusión se entregó el consentimiento informado y el cuestionario de autoinforme con 21 preguntas, quienes no tuvieron disponibilidad se agradeció y se retiró. Una vez, que se tuvo una muestra mayor a 250 instrumentos del BDI-II contestados se procedió con el análisis de los datos.

# CAPÍTULO VII

## RESULTADOS

---

El inventario de Depresión de Beck, contiene preguntas que pueden suponer un problema con respecto a confidencialidad y el anonimato del encuestado, motivo por el cual, se modificó para solo requerir los siguientes datos: a) Edad, b) Estado Civil, c) Nivel Educativo y d) ocupación; estos corresponden con información que puede ser comparada con la epidemiológica que esta descrita en la literatura y que da una perspectiva evaluativa más integral, además, para poder hacer la evaluación de la población encuestada, se introdujeron los datos en el procesador de datos virtual SPSS v.18, el cual opera en un sistema operativo Windows y tiene compatibilidad con la paquetería de Office para Windows.

En presente trabajo participaron 259 mujeres pertenecientes al oriente del Estado de México el 85.1% cuentan con estudios de nivel básico. En cuanto al estado civil, se observó que el 46% de la muestra están casadas, el 39.8% son solteras y solo 18 mujeres entrevistadas son divorciadas.

La ocupación entre las mujeres con más frecuencia es la de ama de casa que corresponde al 58.5% del total de la muestra, mientras que la que menos se presenta es la ocupación empresarial. De igual modo, 24% de las mujeres participantes afirman ser de la clase trabajadora y reportan ser comerciantes, a continuación se desglosa cada uno de los datos socio demográficos para describir a la muestra.

Los tres niveles de escolaridad con mayor frecuencia fueron la secundaria, seguida del bachillerato y finalmente la primaria, los menos frecuentes son la licenciatura seguido del posgrado. En la tabla 7.1. se observa lo mencionado.

**Tabla 7.1.**

Nivel educativo

Educación	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	55	22.1
Secundaria	86	34.5
Bachillerato	71	28.5
Licenciatura	29	11.6
Posgrado	3	1.2
Ninguno	5	2.0

En la tabla 7.2. se muestra que las mujeres casadas fueron la población más frecuente con un 46.6% seguidas de las mujeres que actualmente están solteras con un 39.8%.

**Tabla 7.2.**

Estado civil

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Casada	116	46.6
Soltera	99	39.8
Divorciada	18	7.2

En la tabla 7.3. se observa que la ocupación más frecuente con el 58.5% corresponde a la ocupación “Ama de Casa”, la siguiente ocupación más frecuente es la de ser comerciante, con un 24.5% de la población.

**Tabla 7.3.**

Ocupación

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	148	58.5
Comerciante	62	24.5
Estudiante	28	11.1
Empresarial	4	1.6
Otros	10	4.0

En la tabla 7.4. muestra la edad de mayor frecuencia esta en las mujeres que tienen un rango de edad de 18 a 30 años de edad con un 53% del total de la población femenina encuestada, a su vez, las mujeres que tienen una edad de 31 a 43 años de edad fueron el 27% del total de laa mujeres que participaron.

**Tabla 7.4.**

Edad

Edad	Frecuencia	Porcentaje
18 a 30 años	77	53.1
31 a 43 años	40	27.6
44 a 56	22	15.2
57 a 69 años	6	4.1

Con base en el manual de evaluación del BDI-II, se contabilizaron 181 mujeres que fueron catalogadas con respecto a su puntuación total, como con depresión mínima, lo que está ligado a niveles inocuos de depresión y que muestran síntomas mínimos en la escala de evaluación. Como se observa en la tabla 7.5. de las mujeres evaluadas que puntuaron con niveles de depresión que van desde leve hasta severo, representan el 30.1%. De este conjunto, 11 mujeres presentaron una puntuación que las coloca con depresión grave.

**Tabla 7.5.**

Nivel de depresión por categoría

Categoría	Porcentaje
Depresión Mínima	69.9
Depresión Leve	16.6
Depresión Moderada	9.3
Depresión Grave	4.2

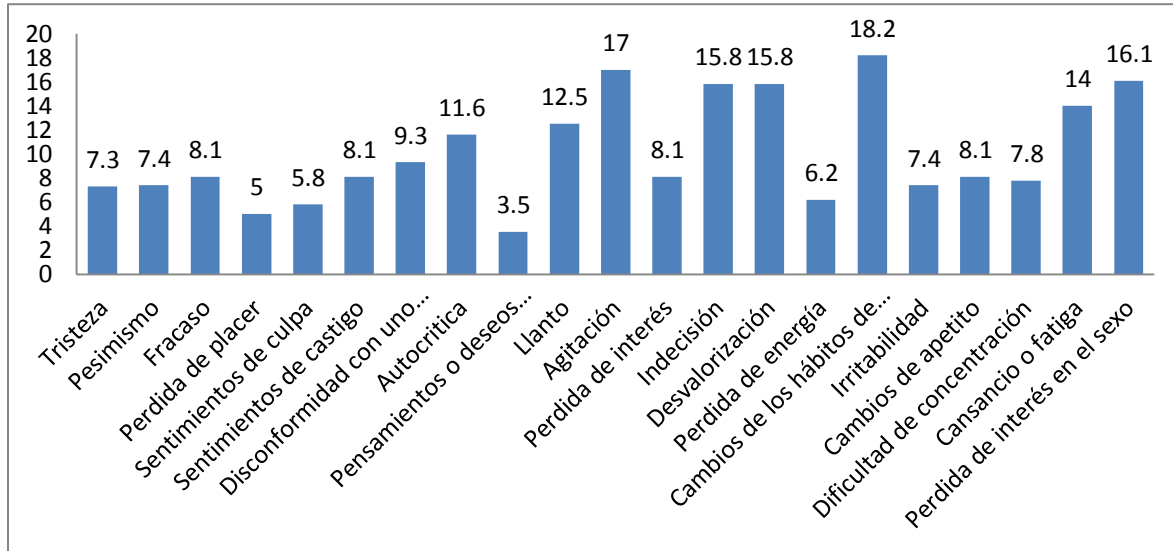
La depresión mínima es la que mayor porcentaje de frecuencia presenta, ocupando el 69.9% de la muestra, dejando el 30% restante con puntajes característicos de la depresión, que va desde leve hasta grave.

En la figura 1. se puede observar que el factor con mayor porcentaje de frecuencia es que se llama “Cambios en los hábitos de sueño” con un 18,2% de ocurrencia, seguido del factor “Agitación” que posee un porcentaje de frecuencia del 17%. El factor “Pensamientos o ideas suicidas” fue el que menor porcentaje de frecuencia posee, con un 3,5% de ocurrencia.



**Figura 1.**

Frecuencia por Factor



En la tabla 7.6. se destacan los síntomas que aparecen más frecuentemente, sustentados en el hecho de que un 10% de ocurrencia indica que al menos una de cada diez mujeres posee dicha característica. Los cambios en el hábito de sueño es el síntoma que más porcentaje de mujeres representa con el 18.2%, seguido de la pérdida de interés en el sexo con 16.1%, desvalorización e indecisión 15.8%.

**Tabla 7.6.**

Conductas depresivas más frecuentes

Síntoma	Porcentaje
Desvalorización	15.8
Cambios de los hábitos de sueño	18.2
Indecisión	15.8

Autocrítica	11.6
Llanto	12.5
Perdida de interés en el sexo	16.1
Cansancio o fatiga	14
Disconformidad con uno mismo	9.3

Tabla 7.6. (Continuación)

Cuando se cruzan los datos para hacer comparaciones con el uso de medidas de tendencia central y frecuencia, se observa que no existe una diferencia significativa entre las proporciones de porcentaje de mujeres con algún grado de depresión entre las mujeres que están o no casadas, ya que ambos grupos de mujeres presentan un 28% de prevalencia aproximadamente en la frecuencia de individuos que presentan este trastorno. En tanto que las mujeres que manifestaron tener algún otro tipo de relación interpersonal o estado civil, expresan un nivel de prevalencia del 37.5% de mujeres con depresión desde leve a grave como se observa en la tabla 7.7.

**Tabla 7.7.**

Prevalencia de la depresión por el estado civil

Estado civil	Nivel de depresión	Porcentaje
Casada	Depresión mínima	7.6
	Depresión de leve a grave	28.4
Soltera	Depresión mínima	71.7
	Depresión de leve a grave	28.3
Otro	Depresión mínima	62.5
	Depresión de leve a grave	37.5

Por otra parte, al analizar la comparación de la aparición de la depresión y la ocupación de la tabla 7.8. se destaca que la mujeres que son comerciantes están presentando un mayor porcentaje de proporción de mujeres deprimidas con un 35.5% de esta clase, en tanto que las que son amas de casa, tienen un 29.1% de mujeres deprimidas seguidas por las estudiantes con un 28.6%.

**Tabla 7.8.**

Prevalencia de la depresión por ocupación

Ocupación	Nivel de depresión	Porcentaje
Ama de casa	Depresión mínima	70.9
	Depresión de leve a grave	29.1
Comerciante	Depresión mínima	64.5
	Depresión de leve a grave	35.5
Estudiante	Depresión mínima	71.4
	Depresión de leve a grave	28.6

Con lo que respecta a la frecuencia de depresión dependiendo el nivel de educación, como se ve en la tabla 7.9. las mujeres con mayor proporción deprimida son las que están en nivel de educación primaria, ya que 41.8% de estas, están presentando algún nivel de depresión. En tanto que las mujeres que aseguraron haber cursado el nivel licenciatura poseen el porcentaje más bajo de los diferentes niveles educativos, con solo el 20% de su población deprimida. El nivel de educación secundaria y bachillerato, no muestran mucha diferencia entre ellos y tienen alrededor del 30% de mujeres deprimidas.

**Tabla 7.9.**

Prevalencia de la depresión por Nivel educativo

Educación	Nivel de depresión	Porcentaje
Primaria	Depresión mínima	58.2
	Depresión de leve a grave	41.8
Secundaria	Depresión mínima	69.8
	Depresión de leve a grave	30.2
Bachillerato	Depresión mínima	69.0
	Depresión de leve a grave	31.0
Licenciatura	Depresión mínima	79.3
	Depresión de leve a grave	20.7

Las mujeres que no pasan de los 30 años están presentando una proporción mayor de mujeres con depresión, ya que el 32.5% de ellas presentan algún nivel de depresión, en contraste, las mujeres que tienen entre 57 y 69 años de edad inclusive, tienen el menor porcentaje de mujeres con depresión, en comparación con los otros grupos como se observa en la tabla 7.10.

**Tabla 7.10.**

Prevalencia de la depresión por edad

Edad	Nivel de depresión	Porcentaje
18 a 30 años	Depresión mínima	67.5
	Depresión de leve a grave	32.5
31 a 43 años	Depresión mínima	77.5
	Depresión de leve a grave	22.5
44 a 56 años	Depresión mínima	72.7
	Depresión de leve a grave	27.3
57 a 69 años	Depresión mínima	83.3
	Depresión de leve a grave	16.7

# CAPÍTULO VIII

## CONCLUSIÓN

---

De acuerdo con la literatura la depresión es una de las enfermedades que mayor atención a presentado de los especialistas debido a su alta prevalencia, así como los problemas que este trastorno representa para la sociedad, ya que de acuerdo con las investigaciones la depresión tiene como consecuencias negativas en la calidad de las personas, pues desgasta su estado físico, mental y puede llegar al suicidio, así como también se menciona que la población con mayor riesgo son las mujeres puesto son ellas quienes se encuentran más vulnerables en factores biológicos hasta sociales.

Es decir, son las mujeres quienes sufren cambios hormonales durante todo el proceso de su vida, desde la pubertad, la menarca, la madurez sexual, el embarazo, el postparto, el climaterio y la vejez. Asimismo son quienes se encargan de las labores domésticas como atender a hermanos, al padre, el quehacer del hogar desde temprana edad, además son quienes se encargan del cuidado de los hijos, el marido y/o algún familiar enfermo. Actualmente las mujeres están entrando en al ámbito laboral sin desprenderse de los quehaceres domésticos.

Es por ello que el presente estudio tuvo como objetivo describir las frecuencias de la depresión en mujeres, así como cuales son los síntomas que se encuentran con mayor frecuencia entre estas, describir si existe relación entre los factores antes descritos (biológicos, psicológicos y sociales) con la depresión.

Con base en los resultados obtenidos con el BDI-II de la presente investigación, la conducta depresiva en las mujeres del oriente del Estado de México suele ser más de Agitación, Indecisión, Desvalorización, llanto, autocrítica, cambios del hábito del sueño y de pérdida de interés en el sexo. Por otra parte el deseo suicida, pérdida de placer o de energía, son las menos prevalentes en la muestra evaluada.

También con base en los resultados se puede aseverar que la depresión es un trastorno prevalente, ya que el 30% de la población padece de depresión leve, moderada y grave. Esto quiere decir que 3 de cada 10 mujeres en promedio, tiene algún grado de depresión. Aunque esto ya se podía predecir ya que la literatura así lo informa, no obstante, en la población mexicana existe poca evidencia que ratifique valores reales de la población. Además, se sabe que los trabajos más importantes, son los que se llevan a cabo en centros de atención grandes como el hospital psiquiátrico Juan Ramón de la Fuente, o la Facultad de Psicología en la UNAM, así como distintas sedes de estudio de psicología, que limitan sus investigaciones a incluir a personas que viven únicamente en la periferia, que constantemente se refiere a una población de nivel socioeconómico alto, dejando fuera de las investigaciones lugares como el valle de la Ciudad de México, donde existe una zona con niveles demográficos en desventaja que en otras áreas de la ciudad.

A pesar de que los problemas de salud son un tema recurrente, el verdadero problema que enfrenta la cultura mexicana es la falta de prevención. Se suele asistir a servicios médicos como método de solución más que solo de monitoreo, limitando la visita al médico por motivo remedial casi exclusivamente. Lo verdaderamente preocupante es que existe evidencia de que mujeres encuestadas al azar, en realidad necesitan atención y no tienen idea de que están presentando sintomatología depresiva de moderada a grave como se muestra a continuación.

La falta de información acerca de este problema, además de la poca difusión del quehacer del psicólogo, como profesional en la salud mental, provoca que exista una desinformación en la población, esto puede derivar en una disminución en la calidad de vida o en la búsqueda de asesoría inadecuada.

Tal como se aprecia en los resultados, la mujeres jóvenes, con niveles de educación secundaria o bachillerato y que viven en condición de ser amas de casa, están expresando mayormente conductas depresivas. Lo curioso es que parece no haber una diferencia entre las mujeres que están casadas o no para presentar un trastorno depresivo, lo que puede estar permeado por la apertura social para que las mujeres tengan la libertad de elegir si se casan o no, independientemente de la condición en las que estén inmersas, ya que en el siglo pasado era muy común celebrar el matrimonio por compromiso social (estar embarazada, convenio entre familias, porque ya se tenía una relación de noviazgo larga) a pesar de no existir una buena comunicación, en cambio ahora, ya está bien visto el permanecer en concubinato, sin contraer matrimonio o el ver familias compuestas de miembros de relaciones anteriores.

Ya que se han determinado los focos de atención para los profesionales de la salud mental, se debe forjar el objetivo de mejorar la forma en que la población mira al psicólogo y evita etiquetar erróneamente el motivo por el cual acude a servicio de psicología, ya que el estigma de estar “loco”, suele ser el argumento que denota la necesidad de asistir a sesiones psicológicas, sin importar que se tratase de un asunto preventivo o remedial.

La falta de programas de atención integrales que apoyen a las personas, es evidente, difícilmente se llega a ver que un médico sugiera como parte de su tratamiento, la revisión preventiva por parte de otros especialistas, a menos que sea necesario.

También la poca información del tema provoca que las mujeres asocien un estado depresivo con otros malestares que suelen ser diagnosticados por personas que no son las competentes y terminan canalizadas en otras áreas.

Con esto podemos concluir que si es necesario hacer una revisión más detallada del problema y relacionar los factores antes descritos con alguna estrategia que coadyuve a mejorar la calidad de vida de las mujeres utilizando esta información, basados en el hecho de que los problemas de depresión son comunes y que ya se cuenta con terapias que mejoran la calidad de vida de una manera eficaz, pero que debe ser adecuadas para la población blanco que ya se ha mencionado.

El interés de saber si existe algún grupo con mayor área de oportunidad con respecto al nivel de depresión que presentan es únicamente para ampliar la posibilidad de la rehabilitación y reintegración de la persona a una calidad de vida más favorable.

Lo que corresponde con la pregunta de investigación, se cumplió con el objetivo y se conoce la incidencia de la conducta de la depresión en mujeres del valle de México, aunque una limitación del trabajo es no poder explicar la razón por la que se presentan más algunos factores que otros y si existe alguna relación significativa con alguna condición social, económica o cultural que pueda proveer de inmunidad o sensibilidad a la depresión.

También se debe de ampliar la muestra, incluyendo más sectores sociales que abarquen una muestra representativa más variada con respecto al nivel socioeconómico, ocupación y entidades más variadas, no solo del centro del país, sino que también incluyendo a otras ciudades.

También se puede considerar incluir a los varones, ya que esto podría mejorar la variabilidad de datos y poder hacer comparaciones que ayuden a entender el funcionamiento y entender el rol de género en la sociedad y su relación con las fortalezas o debilidades ante la depresión.



# REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

- Álvaro, J., Garrido, A. y Schweiger, I. (2010). Causas sociales de la depresión. *Revista Nacional de Sociología*. 68(2), 333-348.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V). V Edición. Washington, 2014.
- American Psychological Association (2016). *Depression*. Disponible en <http://www.apa.org/topics/depression/index.aspx>
- Ansaldi, S., López, B. & Lara, M.A. (2009). El apoyo social como parte de una intervención para prevenir la depresión en mujeres. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 1(1), 19-30.
- Areán, P. (2000). Terapia de solución de problemas para la depresión: teoría, investigación y aplicaciones. *Psicología Conductual*. 8(3), 547-559.
- Ávila, A. (1990). Psicodinámica de la depresión. *Anales de psicología*. 6(1), 37-58.
- Beato, M.S. (1993). Explicaciones teóricas de la depresión: del conductismo al cognitivismo. *Revista Histórica de la Psicología*. 14(3-4), 385-394.
- Beck, A. (1983). Cognitive therapy of depression: New perspectives. In P. J. Clayton & J. E. Barnett (Eds.), *Treatment of depression: Old controversies and new approaches* (pp. 265-284). New York: Raven Press.
- Beck, A. & Alford, B. (2009). *Depression. Causes and treatment*. (2). Philadelphia: PENN.
- Beck, A., Rush J., Shaw, B. & Emery, G. (2008). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. España: 18ª edición.
- Beltrán, M., Freyre, M. & Hernández-Guzmán, L. (2012). El Inventario de Depresión de Beck: Su validez en población adolescente. *Terapia Psicológica*, 30(1), 5-13.
- Bennett, P. (2003). *Abnormal and clinical psychology. An introductory text book*. Ed. McGraw Hill.
- Benjet, C., Borges G, Medina-Mora, M.E., Méndez, E., Fleiz, C., Rojas, E., Cruz, C. (2009). Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en

- adolescentes de la ciudad de México [Sex differences in the prevalence and severity of psychiatric disorders in Mexico City adolescents]. *Salud Mental*, 32(2), 155-163.
- Berenzon, S., Lara, M.A., Robles, R. & Medina-Mora, M.E. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública*, 55(1), 74-80.
- Caballo, V. (1998). *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos*. Madrid: Siglo XXI. Vol 2.
- Capano, A. & Pacheco A. (2014). Estrés y violencia domestica: un estudio en adultos referentes de niños, niñas y adolescentes. *Ciencias Psicológica*, VIII(1), 31-42.
- Caraveo, J., Medina-Mora, M.E., Villatoro, J. & Rascón, M. (1994). *La depresión en el adulto como factor de riesgo en la salud mental de los niños*. *Salud Mental*, 17(2), 56-60.
- Casas, J., Couto, D. (2003). Aspectos psicosociales más relevantes de la mujer de edad mediana. Santiago [citado 31 Septiembre 2016]. Disponible en:  
<http://ojs.uo.edu.cu/index.php/stgo/article/viewFile/1071/741>
- Cruz, A., Menéndez, R., Licourt, D., Falcón, Y., & Cabrera, N. (2013). Estudio de agregación familiar en gemelos afectados por trastornos mentales en el municipio pinar del río, provincia pinar del río, año 2009. *Revista Cubana de Genética Comunitaria*, 7(1), 23-30.
- Cuervo, A. (2010). Pautas de crianza y desarrollo socio efectivo en la infancia. *Revista Diversitas - Perspectivas en Psicología*, 6(1), 111-121.
- Cuoto, D. y Napóles, D.(2014). Aspectos psicosociales del climaterio y la menopausia. *Medisan*, 18(10), 1389-1390.
- Ezpeleta, L. (2005). *Psicopatología del desarrollo*. Madrid: Masson.
- Friedman, E., Thase, M. (1995), “Trastornos del Estado de Ánimo” en Caballo, V., Buéla-Casal, G. & Carroble, J., *Manual de Psicopatología y Trastornos Psiquiátricos, Fundamentos Conceptuales; Trastornos por ansiedad, afectivos y Psicóticos*, España: Siglo XXI.
- Garay, J. (2005). *Niveles de depresión, autoestima, y estrés en mujeres que tienen un trabajo remunerado y mujeres que no tienen un trabajo remunerado (amas de casa)*. Tesis de Doctorado en Psicología, Universidad Iberoamericana, Ciudad de México, México.
- Gaviria, S. (2009). ¿Por Qué las Mujeres se Deprimen más que los Hombres? *Revista Colombiana Psiquiátrica*. 38(2), 316-324.

- Gelder, M., Gath, D. & Mayou, R. (1993). *Psiquiatría Concise Oxford Textbook of Psychiatry*, España, Interamericana-Mac Graw Hill.
- Gómez, A. (2015). Clasificación internacional de enfermedades (CIE): descifrando la CIE-10 y esperando la CIE-11. *Monitor Estratégico*. (7), 66-73.
- González, P. & Castillo, D. (2012). Ansiedad y depresión: relaciones con personalidad. *ResearchGate*. Recuperado de: <https://www.researchgate.net/publication/274376517>.
- Hammen, C. (2005). Stress and depression. *Annual review of clinical psychology*, 1, 293-319.
- Harris T., Brown G., Bifulco A. (1986). *Loss of parent in childhood and adult psychiatric disorder: the role of lack of adequate parental care*. *Psychiatric Medication*, 16, 641-59.
- Hernández, L., Benjet, C., Andar, M.A., Bermúdez, G. & Gil, F., (2010). Clínica para el tratamiento psicológico de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes. Ed. S Berenzon, J. del Bosque, J. Alfaro, M.E. Medina-Mora. México: Instituto Nacional de Psiquiatría. (Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales).
- Hewitt, N. y Gantiva, C.A. (2009). La terapia breve: una alternativa de intervención psicológica efectiva. *Avances en Psicología Latinoamericana*. 27(1), 165-179.
- Huerta, M. (2000). El estado de ánimo de la mujer en el ciclo reproductivo. *Salud mental*. 23(3).
- Instituto Nacional de Salud Mental, (2011). Las mujeres y depresión. Descubriendo la esperanza. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.
- Jarne, A. & Talarn, A. (2000). Manual de psicopatología clínica. España: Paidós.
- Kendler, K., Myers, J. & Prescott, C. (2005). *Sex differences in the relationship between social support and risk for major depression: a longitudinal study of opposite-sex twin pairs*. *Am J Psychiatry*, 162(2), 250-6.
- Kerlinger, F. & Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento*. México: McGraw Hill. 4ª Ed.
- Kessler, R.C., Berglund, P.A., Borges G, Nock, M., Wang, P.S. (2005). Trends in suicide ideation, plans, gestures, and attempts in the United States 1990-92 to 2001-03. *Journal of the American Medical Association*, 293(20), 2487-2495.
- Korman, P. y Sarudiansky, M. (2011). Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión. *Subjetividad y procesos cognitivos*, *Redalyc*, 15(1) 119-145. ISSN: 1666-244X.

- Lara, M.A. (2003). Intervención psicosocial para mujeres con depresión. *PerinatolReprodHum*, 17(4), 219-229.
- Lara, M.A., Navarro, C., Navarrete, L., Mondragón, L. y Rubí, N. (2003). Seguimiento a dos años de una intervención psicoeducativa para las mujeres con síntomas de depresión, en servicio de salud para población abierta. *Salud Mental*, 26(3), 27-36.
- Lazarevich, I. & Mora-Carrasco, F. (2008). Depresión y género: factores psicosociales de riesgo. *Segunda Época*, 4(1), 8-16.
- Manual de Instrucciones (2003). (Trad. Centro Venezolano de Clasificación de Enfermedades, Centro Colaborador de la OMS para la Clasificación de Enfermedades en Español). (10° ed.). Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Washington: Publicación Científica No. 554.
- Martínez, A. (2008). *Manual de tratamientos psicológicos y farmacológicos de la depresión*. Tesis de Licenciatura en Psicología, Universidad de las Américas Puebla, Cholula, Puebla.
- Martínez Lanz, P. y Waysel, K.(2009). Depresión en adolescentes embarazadas. *Enseñanza E Investigación En Psicología*, 14(2), 261-274.
- Medina-Mora, M.E., Puentes, E., Lozano, R., Belló, M. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública de México*, S4-S11.
- Medina-Mora, ME, Borges G, Lara, C.,&Benjet, C. (2005). La salud mental en México y los retos para su atención. Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica. Rivero, R. y Zarate L. Manual de Trastornos Mentales. Edición 2005 12-14. México. Asociación Psiquiátrica Mexicana.
- Medina-Mora, ME, Borges G, Benjet, C., Lara, C., Rojas, E., Fleiz, C., Zambrano, J., Villatoro, J., Blanco, J., & Aguilar-Gaxiola, S.A., (2009). Estudio de los trastornos mentales en México: resultados de la Encuesta Mundial de Salud Mental. In J. Rodríguez, R. Kohn, S.A. Aguilar-Gaxiola (eds.). Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Washington, DC: PAHO, 79 - 89.
- Méndez, M. P. (2012). *Diseño implementación y evaluación de un programa de prevención de síntomas emocionales y problemas de conducta en preadolescentes*. Tesis de Doctorado en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México.

- Mitjans, M. & Arias, B. (2012). La genética de la depresión: ¿qué información aportan las nuevas aproximaciones metodológicas? *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40(2), 70-83.
- Mori, N. y Caballero J. (2010). Historia Natural de la Depresión. *Revista Perú Epidemiología*, 14(2), 86-90.
- Nezu, A., Nezu, C. y Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivos-conductuales: un enfoque basado en problemas*. (R. M. Rubio, trans.). México: El Manual Moderno.
- Nezu, A.M. (1986). Efficacy of social problem-solving therapy approach for unipolar depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 54, 196-202.
- OMS (2012). *Centro De Prensa. Notas informativas*, Ginebra.
- Pedreschi, J. (2002). *Factores de Riesgo Familiares para la Depresión en Niños*. Las Tesinas de Belgrano, Departamento de Investigación. Facultad de Humanidades, Universidad de Belgrano, Buenos Aires, Argentina.
- Pereña, F. (1995). Depresión o Melancolía. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 15(52), 73-77.
- Polaino-Lorente (1985). Actuación suicida: consecuencia de la homofobia en el homosexual. En L., Villardón (1993). *El pensamiento de suicidio en la adolescencia*. Bilbao, España: universidad de Deusto.
- Rachlin, H. (2002). *The science of self-control*. New York: Harvard University Press.
- Riso, W. (2006). *Terapia cognitiva: fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico*. Bogotá. Grupo Editorial Norma.
- Rodríguez, J., Kohn, R. y Aguilar-Gaxiola, S. (2009). *Epidemiología de los trastornos mentales en Americana Latina y el Caribe*. Organización Panamericana de la Salud, Washington: 64-78.
- Rojo L y Livianos L. (2000). *Trastornos del humor. Episodio maniaco*. En Barcia D. Editor. *Tratado de psiquiatría*, (pp. 379-405) Madrid: Arán.
- Ross L., Steiner M. (2003). Biopsychosocial approach to premenstrual dysphoric disorder. *Psychiatric Clinics of North America*. 26(3): 529–546.
- Rubinow, D., Schmidt P., & Roca C. (1998). Estrogen-serotonin interactions: Implications for affective regulation. *Biological Psychiatry*. 44(9), 839–850.

- Serrano, C., Rojas, A. & Ruggero, C. (2013). Depresión, ansiedad y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Revista intercontinental de Psicología y Educación*. 15(1), 47-60.
- Solé, M., (2002). La Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales y del Comportamiento. *Revista Cubana de Psicología*, 19(3), 242-247.
- Valencia, G. R., Andrade, P. P. (2005). Validez del youthselfreport para problemas de conducta en niños mexicanos. *Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3), 499-520.
- Vargas, P., Latorre, D. & Parra, S. (2011). Estresores psicosociales y depresión mayor recurrente. *Revista Salud Bosque*, 1(2), 39-53.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1995). Trastornos del estado de ánimo: Aspectos clínicos. En A. Belloch, B. Sandín, y F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología*. Vol. 2. (pp. 299-340). Madrid: MacGraw Hill. ISBN: 84-7986-000-6.
- Vázquez, C., Hernangómez, L. & Hervás, G. (2008). *Modelos cognitivos de la depresión: Su aplicación al estudio de las fases tempranas*. En Vázquez-Barquero (ed.) *las fases tempranas de las enfermedades mentales: trastornos depresivos* (pp. 21-30). Barcelona: Masson&Elsevier.
- Vázquez, F., Muñoz, R. y Becoña, E. (2000). Depresión: Diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX. *Psicología Conductual*, 8(3), 417-449.
- Wagner, F., González, C., Sánchez, S., García, C. y Gallo, J. (2012). Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud Mental*. 35(3).
- Zuñiga, A., Sandoval, M., Urbina, C., Juarez, N. & Villaseñor, S. (2005). Los trastornos del estado de ánimo. *Revista Digital Universitaria*. 6(11), recuperado en ISSN: 1067-6079.