

**UNIVERSIDAD ACADEMIA DE HUMANISMO CRISTIANO
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL**

***“Causas sociales que inciden en la
Depresión”***

Profesor Guía: Omar Ruz Aguilera

Alumna: Carla de Lourdes Naranjo Carvajal

**Tesis para optar al grado de Licenciatura en Trabajo Social
Tesis para optar al Título de Asistente Social**

SANTIAGO DE CHILE

2006

INDICE

CONTENIDOS	PÁGINAS
Introducción	3
Presentación	4
1. Planteamiento del Problema	10
2. Preguntas de Investigación	11
3. Objetivos	12
4. Estructura Metodológica	14
I. PARTE : Marco Teórico	18
CAP. I Salud Mental y Depresión	19
CAP. II : Teorías Psicológicas	57
CAP. III : Los Roles en la Sociedad	69
CAP. IV : Comunicación Familiar	78
II. PARTE : Marco Referencial	87
CAP. V : Políticas Públicas y Depresión	88
III. PARTE : Análisis de los Resultados	103
CAP. VI : Autoimagen	104
CAP. VII : Situación Socioeconómica	189
Conclusiones	225
Hallazgos del Estudio	245
Aportes para el Trabajo Social	251
Bibliografía	256
Anexos	261

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

En nuestro país, la salud mental está considerada como una de las dieciséis prioridades nacionales de salud que es urgente enfrentar (Minoletti A, López C, (2000)). y, entre ellos, la DEPRESIÓN es el que por su magnitud e impacto, preocupa más por los costos elevados que representan para la sociedad moderna. (Gálvez, Muñoz, 2001).

Por otra parte, las ciencias sociales, plantean que esta elevada frecuencia de síndromes depresivos, está vinculada con factores sociales que alteran el equilibrio psicológico de las personas, tales como eventos vitales, las situaciones estresantes vividas en su entorno familiar, laboral y social, además del deterioro de la calidad de vida.

Los trastornos depresivos son hoy un problema de primera importancia para la salud pública en Chile y el mundo. A pesar de los progresos en el control de la morbilidad y mortalidad por diferentes enfermedades físicas, los trastornos mentales aumentan su frecuencia, siendo responsables de una parte importante del sufrimiento, discapacidad y deterioro de la calidad de vida de las personas. Esta demostrada que la prevalencia de trastornos depresivos en la población general mayor de 15 años es de 7.5% a 10%. Siendo más alta en el rango etáreo de 20-45 años. (Ibid)

Según el informe de la Sociedad Chilena de Salud Mental (2003), el número de casos de suicidios originados por la Depresión, se duplicó en el período 1973-2003. Anualmente, en la región Suramericana se producen 30 mil 500 muertes por suicidio y por cada fallecimiento se producen 8 intentos no consumados.

En relación con estadísticas a nivel mundial se ha confirmado que la depresión se presenta en un 3 a 5 por ciento de la población mundial; los enfermos por depresión en todo el mundo son alrededor de 120-200 millones. En

algunos países como España de 1.200.00 a 1.500.000 son casos de depresión lo que supone aproximadamente al 10 por ciento de la población adulta. Además 2 millones de estas personas con depresión no van a las consultas ni se someten a ningún tipo de tratamiento lo que podría incrementar la ocurrencia de casos.

En México según un estudio realizado por Calderón (1998) indica que de 929 personas se encontró que el 11.6 por ciento tenían depresiones medias; el 2.5 por ciento con cuadros severos haciendo un total de 14.1 por ciento de enfermos deprimidos en población general de igual forma el 11.8 de éstos correspondía a personas masculinas y 15.1 por ciento a femeninas; la incidencia en la edad fue de 27.8 por ciento en personas mayores de 60 años; 24.5 por ciento en personas de 55 a 59 años.

En Chile se estima que para el año 2025 se convertirá en la segunda causa de muerte, después de los cuadros cardiovasculares y sobre el cáncer. Minoletti (2001), estimó que el 25 % de la población chilena sufrirá en algún minuto de su vida de un estado depresivo, que si no es tratada a tiempo puede gatillar en depresiones más severas que afectarán inevitablemente la calidad de vida de las personas.

Siguiendo con los indicadores un estudio publicado en el Boletín Informativo de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, Septiembre 2005, reveló que Santiago es la capital con el mayor nivel de Depresión en el mundo, además de que es la segunda causa de discapacidad en mujeres y tercera en hombres, únicamente superada por las enfermedades congénitas. Datos clínicos revelan que un 20% de los adultos que viven en Santiago sufren de algún problema emocional, haciendo que este tema sea muy relevante para la salud pública.

Esta situación, es complicada tanto para las personas que sufren esta patología mental, los centros de salud que tienen que intervenir y los costos que significan para un país en vías de desarrollo como el nuestro, pues se invierten

miles de dólares en exámenes médicos por enfermedades sicosomáticas antes de descubrir el verdadero diagnóstico, congestionamiento por horas medicas lo que origina a su vez insatisfacciones del usuario consultante en el sistema de salud público, ausentismo laboral por lo tanto altos costos por licencias médicas y cuando no hay posibilidades de un trabajo remunerado se presenta un deterioro de la calidad de vida.

Por lo tanto por los datos aportados anteriormente, respecto de la gravedad de la enfermedad en el mundo y en Chile, además por los costos que le significan a las personas y al desarrollo del país, el Ministerio de Salud en el año 2001 implementó el Programa de “Detección, Diagnóstico y Tratamiento Integral de la Depresión en la Atención Primaria”. Este Proyecto se insertó en los consultorios de atención primaria con enfoques de salud familiar, agregando mayores competencias a los equipos de salud para la atención integral de las personas, con incorporación de dimensiones sociales, culturales, ambientales y económicas.

En sus recientes cinco años de aplicación, el Programa de Tratamiento de la Depresión del sistema de salud público ha atendido a aproximadamente trescientas mil personas, pero se estima que esta cifra debiera alcanzar a un millón seiscientos mil pacientes, que es la probabilidad de chilenas y chilenos con Depresión en la actualidad ya que, de acuerdo a la Encuesta de Salud de 2003, el 17.5% de la población sufre de esta enfermedad.

En el consultorio, La Granja, el programa de Depresión empezó a funcionar con un equipo multidisciplinario, donde intervienen técnicos sociales, médicos, psicólogos y asistente social. A través de un trabajo muy sistemático, han abordado la situación “problema”, logrando beneficios directos en las personas que son atendidas.

Sin embargo y preocupados por ir en la vanguardia de tratamientos Depresivos se requiere investigar las circunstancias sociales de forma

diferenciada que inciden en el estado depresivo de hombres y mujeres adultos-jóvenes, esta acción ayudará a tratar la enfermedad de una manera más integral, generando estrategias de intervención más efectivas, adecuando el programa que viene definido desde el Ministerio de Salud a la realidad social en que está inserto el paciente, no obstante y según los resultados del estudio, se desea disminuir la prevalencia de trastornos depresivos entre las edades de 20-40 años, rango etáreo de mayor incidencia de producir Trastornos Depresivos, generando redes de apoyo comunales y gubernamentales que puedan contribuir a superar el problema de salud, que muchas veces generan consultas médicas repetidas, exámenes, tratamientos inadecuados, interconsultas no resolutivas y recaídas por parte del paciente ya tratado por Depresión. Sin nombrar además el desgaste que esta situación produce en el paciente y el gasto médico muy significativo por demás para la cartera de la salud pública.

Por todo lo antes expuesto, es necesario definir lo que se considera esencial a investigar; en primer lugar se desea caracterizar la situación socioeconómica de las personas entre 20-40 años que sufren Depresión leve o moderada y que están insertas en el programa de Depresión del Consultorio la Granja, de la comuna de la Granja; logrando con ello visualizar el impacto que tiene la situación laboral, educacional, salud, habitacional como factores de riesgo en la generación de los estados depresivos en las personas. En segundo lugar, se considera la percepción de si mismos respecto de la autoimagen que tienen las personas, como viven su enfermedad, que tipo de relación o relaciones generan con su entorno más cercano, que dinámicas familiares se producen al interior de la familias de estos pacientes, en fin como expresan su enfermedad.

El hecho que se haya elegido personas con Depresión leve o moderada entre 20-40 años para la realización de este estudio, responde a que según teóricos expertos en el tema es el rango etáreo que tiene mayor incidencia los trastornos depresivos y es fundamental generar estrategias de intervención preventivas en la red comunal para que el síndrome depresivo en estas personas

no siga avanzando y se puedan “curar a tiempo” y no generar todos los costos humanos y económicos explicados anteriormente.

Debemos ser conscientes que este problema como trabajadores sociales no nos debe ser indiferente; tenemos mucho que aportar y, por tanto, tener un conocimiento empírico contribuye a situarnos a la vanguardia del problema, otorgándonos nuevas características de la misma, repercutiendo directamente en las distintas líneas de acción, logrando generar procesos de retroalimentación y de ayuda mutua entre el equipo multidisciplinario que interviene en estos casos.

Por lo tanto, la presente investigación pretende entregar aquellos aportes empíricos que buscan construir una caracterización de las personas adultos-jóvenes, que tienen diagnosticado Depresión y que se encuentran insertos en el Programa de Depresión del consultorio La Granja y, a la vez, describir las representaciones sociales que tienen de sí mismos y su entorno inmediato, en forma diferenciada por sexo, estas personas.

Para lograr esto, se pretende indagar en la situación social y económica, en la dinámica familiar y la interacción que establecen las familias en su relación interna. Además, se busca conocer en este grupo de entrevistados su forma de ver, sentir y definir en base a sus propias experiencias y vivencias como expresan la Depresión en su yo interno y en la interacción diaria con su entorno social inmediato.

Por otra parte, se busca contribuir a la reflexión por parte del Trabajo Social, en la medida que la Depresión, se convierte en una enfermedad de grandes proporciones, por lo tanto en una de las principales problemáticas de salud; de la cual no debemos ser indiferentes, motivándonos a ser capaces de elaborar programas más acordes a la realidad social, estrategias de intervención que engranados en un equipo multidisciplinario sean capaces de dar respuestas eficientes al usuario que sufre esta patología. Pero además y unido a estos

factores, reflexionar sobre la importancia del trabajador social en esta área de salud mental, pues se sabe que los factores de riesgo en las personas deprimidas, son en su mayor parte problemas sociales tales como: consumo de alcohol y/o drogas, muerte de un ser querido, experiencias como víctima de violencia de origen y/o actual, pérdida de trabajo, separación conyugal reciente, vivir sola (o) y sin apoyo social, escasa participación, discapacidad física, entre otros. Todos estos eventos, de los cuales no estamos ajenos y que cada uno de nosotros ha visto y tratado en algún momento del ejercicio profesional.

En el primer apartado de esta investigación, se presenta la introducción la que contiene el planteamiento del problema, las respectivas preguntas, objetivos y, posteriormente la estrategia metodológica de la misma. El segundo apartado corresponde al marco teórico, en los cuales se plantean definiciones y aportes de diferentes teorías respecto de la Depresión, Depresión en el hombre y la mujer, comunicación familiar y roles.

Posteriormente, en el tercer apartado nos referiremos al marco referencial, donde encontraremos directrices respecto de las políticas públicas que han dado origen a importantes inversiones a nivel primario y secundario en el combate de trastornos depresivos en la población chilena y que han llevado a la Depresión (a partir de este año (2006)) a ser considerada en el Plan Auge. En el cuarto apartado, entregó la presentación de los resultados del estudio, el cual consta de dos capítulos desarrollados a partir de distintos niveles de análisis y de las fuentes de información; es decir, las personas depresivas (mujeres y hombres) en forma diferenciada, su entorno e interacción familiar.

Para finalizar, el quinto apartado se refiere a las conclusiones respectivas del estudio y al aporte del Trabajo Social, el que se enfocará desde los distintos niveles de intervención y problemáticas sociales que tratamos en nuestra profesión. Cierro la presentación de la investigación con referencias bibliográficas y anexos.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta al organismo, al estado de ánimo y a la manera de pensar, de concebir la realidad. Afecta al ciclo normal de sueño-vigilia y alimentación. Se altera la visión de cómo uno se valora a sí mismo, autoestima, y la forma en que uno piensa. Un trastorno depresivo no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza, que puede ser considerado como una reacción normal ante un acontecimiento negativo. Sin embargo, si dicho estado se prolonga en el tiempo o sus síntomas se agravan, impidiendo el desarrollo adecuado de la vida cotidiana, puede llegar a convertirse en un trastorno depresivo, de ahí la importancia de que la persona reciba un tratamiento adecuado.

Pero como ya se planteó anteriormente, cada año en Chile, el número de personas que padecen Depresión va en aumento. El costo en términos económicos es alto, pero el costo en términos de sufrimiento es mayor. La Depresión interfiere en la vida cotidiana del paciente, en el día a día, causando dolor y sufrimiento no sólo a quienes lo padecen, sino también a sus seres queridos. Sin embargo, en parte, este sufrimiento se puede evitar o aliviar.

Otra situación que no se puede dejar de plantear, es el riesgo a que la persona se quite la vida, cuando el síndrome depresivo no se trata a tiempo y se deja agravar. Según Vargas (2005) en Chile se produce un suicidio cada seis horas. De estos el 85% son hombres, y el 40% de las muertes autoinfligidas ocurren en personas de entre 22 y 44 años, siendo más comunes entre los meses de primavera- verano con su punto más alto en los meses de agosto- Diciembre.

Las causas que llevan a los chilenos a suicidarse son las grandes exigencias sociales que existen actualmente. Hay factores que se encadenan:

Depresión, problemas de familia, laborales y económicos que hacen que muchos vean el suicidio como la única opción.

Por ello, este estudio, busca abordar la temática de la Depresión de una manera integral y holística, investigando a los pacientes según su sexo en forma separada, caracterizándolos en el nivel socioeconómico y en sus formas de pensar, sentir y vivir la enfermedad desde su propia mirada personal, en su encuentro con su propio yo y en la interacción con su sistema más cercano y recurrente como lo es su familia.

2. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- 1) ¿En que medida influye la situación socioeconómica que vive el paciente en su estado depresivo?
- 2) ¿Cuál es el tipo de comunicación que se expresa en las familias que tienen los pacientes deprimidos?
- 3) Qué tipo de dinámicas relacionales se dan dentro de las familias de los pacientes deprimidos?
- 4) ¿Cómo sienten, viven o se representa la Depresión en las mujeres y hombres adultos jóvenes que están insertos en el programa de Depresión del Consultorio La Granja, perteneciente a la Comuna de la Granja?

3. OBJETIVOS

Objetivo General I:

1. Describir el perfil socioeconómico, de las mujeres y hombres entre 20-40 años, que tienen diagnosticado Depresión y que están insertos en el programa de Depresión del Consultorio La Granja, perteneciente a la Comuna de la Granja.

Objetivos Específicos

- ✓ Caracterizar la situación habitacional de las mujeres y hombres entre 20-40 años que tienen diagnosticado Depresión y que están insertos en el Programa de Depresión del Consultorio La Granja, perteneciente a la Comuna de la Granja.
- ✓ Identificar las características educativas de las mujeres y hombres entre 20-40 años que tienen diagnosticado Depresión y que están insertos en el Programa de Depresión del Consultorio La Granja, perteneciente a la Comuna de la Granja.
- ✓ Caracterizar la situación de salud de las mujeres y hombres entre 20-40 años que tienen diagnosticado Depresión y que están insertos en el Programa de Depresión del Consultorio La Granja, perteneciente a la Comuna de la Granja.
- ✓ Caracterizar la situación laboral de las mujeres y hombres entre 20-40 años que tienen diagnosticado Depresión y que están insertos en el Programa de Depresión del Consultorio La Granja, perteneciente a la Comuna de la Granja.

Objetivo General II:

2. Describir las representaciones sociales en relación a su entorno social inmediato, que poseen las mujeres y hombres entre 20-40 años, que tienen diagnosticado Depresión y que están insertos en el programa de Depresión del Consultorio La Granja, perteneciente a la Comuna de la Granja.

Objetivos Específicos

- ✓ Identificar la concepción de sí mismo (autoimagen) que tienen las mujeres y hombres entre 20-40 años, que tienen diagnosticado Depresión y que están insertos en el programa de Depresión del Consultorio La Granja, perteneciente a la Comuna de la Granja.
- ✓ Caracterizar las representaciones sociales, respecto de su entorno y dinámica familiar que tienen las mujeres y hombres entre 20-40 años, que tienen diagnosticado Depresión y que están insertos en el Programa de Depresión del Consultorio La Granja, perteneciente a la Comuna de la Granja.

4. ESTRUCTURA METODOLÓGICA

Para efectos de nuestro estudio utilizaremos la metodología **cuantitativa y cualitativa**.

La metodología **Cualitativa**, la definiremos como “un proceso activo, sistemático y riguroso de indagación dirigida, en el cual se toman decisiones sobre lo investigable, en tanto sé esta en el campo objeto de estudio”. (Erickson, op. cit. Pérez; 1998:46). La metodología cualitativa tiene como fin la descripción de las cualidades de un fenómeno o acontecimiento. Se intenta producir un concepto acerca del fenómeno y el objeto reuniendo y ordenando la información obtenida en torno a algo entendible. (Pérez; 1998). Por medio de esta metodología de investigación, trataremos de Describir el o los factores que inciden en el estado depresivo de mujeres y hombres que están insertos en el programa de Depresión, se intentara Describir de manera profunda que situaciones, sucesos, acontecimientos, eventos, inciden en el estado depresivo de estas personas.

La metodología **Cuantitativa**, permite la obtención de información por medio de variables medibles, para efectos de este estudio, trataremos de indagar que factor de riesgo social de los ya propuestos (económico, familiar y a nivel personal) inciden más en el estado depresivo de mujeres y hombres de 20-40 años que pertenecen al Programa de Depresión del consultorio La Granja.

4.1. Tipo de Estudio

El carácter de la investigación va a estar dado por el planteamiento del problema y los objetivos del estudio, por lo tanto este estudio será **Descriptivo**, ya que el propósito es Describir factores, situaciones, eventos que inciden en el estado depresivo de mujeres y hombres que se encuentran en la edad adulta, es decir, como es y como se manifiesta determinado fenómeno en la realidad. (Sampieri; 1998).

Dadas las características de la investigación, se debe agregar que este estudio será de tipo **no experimental- transversal**, porque “se observarán fenómenos tal y como se dan en un contexto natural, sin manipular ninguna situación”. (Ibid:184). o ninguna variable, es decir, el estado depresivo ya está diagnosticado en los pacientes por más de tres semanas al momento de iniciar la investigación. Es transversal, porque se realizará en un tiempo único, en el caso de esta investigación, pretende realizarse durante un periodo aproximado de 8 meses.

4.2. Universo:

Mujeres y hombres urbano-populares entre 20-40 años, insertos en el Programa de Depresión del Consultorio La Granja y que tienen diagnosticado su estado depresivo por más de tres semanas.

Este universo se encuentra conformado por 10 hombres y 12 mujeres. Atendiendo a lo reducido del Universo, la muestra es equivalente al total de los participantes.

4.3. Definición de la Muestra

- ☞ Todas las mujeres entre 20-40 años, insertos en el Programa de Depresión del consultorio La Granja y que tienen diagnosticado su estado depresivo por más de tres semanas.

- ☞ Todos los hombres entre 20-40 años, insertos en el Programa de Depresión del consultorio La Granja y que tienen diagnosticado su estado depresivo por más de tres semanas.

4.4. Técnicas de Recolección de Información

La metodología Cuantitativa estará representada por la **técnica del Cuestionario**

La metodología Cualitativa, estará representada por la **técnica Entrevista en Profundidad**.

El Cuestionario, es el instrumento más utilizado para recoger datos en una investigación. “Un cuestionario consiste en un conjunto de preguntas respecto a una o más variables a medir” (Ibid: 276). Para este estudio esta técnica permitirá recoger cuanto incide cada variable en el estado depresivo de hombres y mujeres que están insertos en el programa de Depresión del consultorio.

La Entrevista en Profundidad es una técnica más flexible y dinámica, han sido descritas como no directivas, no estructuradas, no estandarizadas y abiertas. “Por entrevistas cualitativas en profundidad entendemos reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros éstos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como lo expresan sus propias palabras”. (Taylor y Bogdam, 1986:69)

4.5 Técnicas de análisis de los datos

Para el análisis de los resultados de la investigación cualitativa, se utilizará el análisis de contenido.

Para el análisis de los resultados de la investigación cuantitativa, se utilizará el programa computacional Excell.

4.6 VARIABLES DEL ESTUDIO

Situación Socioeconómica

Autoimagen

I. PARTE

MARCO TEÓRICO

CAPITULO I

Salud Mental y Depresión

En general, se plantea que los procesos de modernización que afectan a las sociedades de hoy tienen un fuerte impacto en la salud mental de las personas.

Las sociedades actuales son consideradas “sociedades de riesgo”, lo que significa que los efectos colaterales al proceso de modernidad conllevan riesgos para las personas y colectivos, por ejemplo, la contaminación del aire, de los ríos, el efecto invernadero, etc.

En este sentido, si bien la modernidad supone un aumento de las oportunidades de desarrollo humano, también lleva implícito el aumento de mayores riesgos, y son las futuras generaciones, en particular, quienes abordan su proceso de integración social en condiciones de alta inestabilidad e incertidumbre, por lo que aumentan los sentimientos de inseguridad.

La vida social moderna se caracteriza por una reorganización radical del tiempo y el espacio, lo que implica que las relaciones ya no están influidas sólo por lazos locales cercanos, lo que genera que los valores comunitarios se diluyen, se atomiza la comunidad, y se fortalece el individualismo.

Este proceso genera un tipo de personalidad cada vez más frágil y vulnerable, lo que afecta principalmente a la juventud, que es la categoría social más privada de referencias y anclaje social. Son los jóvenes quienes representan, en mayor medida, la figura del individuo desinsertado y desestabilizado.

Un ámbito importante que cambia en las sociedades modernas es la familia. Se definen nuevos roles para el hombre y la mujer, lo que impacta la sexualidad,

la maternidad, la paternidad, etc. La mujer se incorpora rápidamente al mundo del trabajo, lo que cambia el equilibrio al interior de la familia y los procesos de socialización de los hijos. La familia, tradicionalmente lugar de refugio e intimidad, se convierte en la modernidad en un espacio peligroso. En Chile diversos estudios muestran a la familia como espacio de violencia, de maltrato infantil y de abuso sexual. Todo ello atenta contra la seguridad básica de la persona, capaz de sostener la adecuada integración social.

1. El concepto de salud mental

Algunas aproximaciones consideran la salud mental como un estado de interacción y equilibrio entre los factores biológicos (características genéticas y fisiológicas de los individuos), psicológicos (aspectos cognitivos, afectivos y relacionales), microcontextuales (interacción entre los individuos y sus contextos de participación e integración social), y macrocontextuales (condiciones culturales, sociales, políticas, económicas y ambientales del lugar en que vive el sujeto).

Otras perspectivas enfatizan los factores sociales, como el género, la clase social y la situación laboral, en el desarrollo del concepto.

Para otras miradas teóricas lo importante es entender la salud mental como un continuo. Uno es el continuo de la salud mental negativa, que va desde la presencia de trastornos y problemas de salud mental hasta la ausencia de síntomas; el otro es el continuo de la salud mental positiva, que va desde un nivel de salud mental mínimo hasta un nivel de salud mental óptimo. Esta perspectiva introduce la idea de propositividad, es decir, la salud mental no es sólo ausencia de trastornos, sino también presencia de capacidades, competencias, fortalezas, etc. Desde la perspectiva de las políticas sociales, permite pensar una estrategia de prevención de la salud mental por un lado, y estrategias de promoción de la salud mental, por otra.

Otra definición de salud mental es la rescatada de apuntes de cátedra de Medicina Social, donde se indica que la salud mental no es considerada sólo como un rasgo individual, sino como resultado de las interacciones entre los individuos, los grupos y el medio ambiente. Esta perspectiva, posibilita a nivel de las políticas sociales, la promoción y la prevención primaria en salud mental y, a nivel de la metodología de intervención, la educación para la salud.

Consistente con la visión de la salud mental planteada, se elaboró un esquema direccional, que permite relacionar dicho marco con los datos cuantitativos entregados en la encuesta, la información cualitativa, el sistema de indicadores para las políticas públicas y las estrategias de intervención en el ámbito de la salud mental.

El supuesto básico de este esquema establece que el nivel de salud mental de los jóvenes está condicionado por sus estilos de vida, sus contextos de vida, sus condiciones de vida, el soporte social-afectivo-instrumental con el que cuenta y la oferta institucional de servicios existentes en sus espacios de vida.

Los **estilos de vida** expresan los modos en que un joven interactúa con su ambiente social y material; sistemas de valores, individuales y colectivos, y juegan un rol importante en la conformación de la identidad.

Desde el punto de vista de la salud mental negativa, el estilo de vida puede conducir a trastornos emocionales y conductuales severos, a la delincuencia, la adicción y, en algunos casos, al suicidio.

Desde la perspectiva de la salud mental positiva, el estilo de vida entrega una identidad sólida, un nivel alto de autoestima, un desarrollo de capacidades, habilidades y competencias psicosociales.

Estos estilos de vida están muy relacionados con los **contextos de vida** de los jóvenes, los que constituyen los espacios donde estos se desarrollan cotidianamente. Incluyen un sistema de creencias, normas, valores y estilos de vida compartidos con las otras personas insertas en ese espacio. El supuesto básico es que la calidad de dicho contexto va a condicionar, en gran medida, el nivel de salud mental de los jóvenes. Esta calidad está determinada por aspectos como el ambiente que ofrece a sus miembros, la capacidad para promover el desarrollo de potencialidades de los jóvenes, su capacidad preventiva y el nivel de soporte socio-afectivo-instrumental que ofrece. En los contextos de vida hay que destacar el contexto comunitario (que incluye el familiar y el comunitario propiamente tal), y el institucional.

Las **condiciones de vida** se refieren a la situación estructural en cuanto a nivel de escolarización y capacitación, situación de empleo e ingresos, vivienda y salud.

Por su parte, el **soporte social** se refiere a las relaciones humanas en que se intercambia apoyo y solidaridad.

Por último, los **sistemas de servicios** se refieren a la estructura, funcionamiento y calidad de la atención en salud, educación, capacitación, recreación y seguridad.

2. LA DEPRESIÓN:

En nuestra existencia, se presentan muchas veces variaciones normales del estado de ánimo. Sentimientos de transitoria tristeza, desesperanza o desilusión, se convierten en respuestas normales de adaptación a las exigencias, pérdidas o frustraciones que encontramos en la práctica del arte de vivir. Sin embargo debemos observarnos, pues cada uno de nosotros puede tener o haber tenido Depresión en más de un momento de nuestras vidas.

Durante el transcurso del tiempo el término depresión a ido evolucionando hasta definirse e identificarla en la actualidad como una enfermedad. Los datos que permiten identificar sus orígenes se remontan muchos años atrás en el siglo IV a., de c., cuando el gran filósofo Hipócrates hace la descripción de una enfermedad a la cual llama melancolía, la cual era causada por uno de los cuatro humores corporales, que en relación conjunta estaban relacionados con problemas psiquiátricos: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema; y que la melancolía era producida por la bilis negra o atrabilis (Calderón, 1998), con diversa sintomatología, principalmente somática.

Un siglo después Caelius Aurelianos (siglo V) apoya la descripción de Hipócrates afirmando que la bilis negra era la causa de la melancolía y que la depresión su efecto; si bien en ese entonces no se conocía con exactitud lo que era la depresión o la melancolía, los síntomas descritos eran acertados en comparación con lo que en la actualidad conocemos. Esta se caracterizaba por aversión a la comida, irritabilidad, cansancio, somnolencia o como las describe Caelius, citado en Polaino (1980), los pacientes melancólicos presentan síntomas como ansiedad, silencio, rechazo y hostilidad hacia la propia familia, en ocasiones deseos de vivir y en ocasiones deseos de morir, llantos y quejas sin sentido, etc., pero estas podrían no presentar síntomas reales de una depresión como lo afirma Polaino (op. cit) diciendo que estos síntomas que preceden a la melancolía tampoco se aproximan a la sicopatología de las depresiones, tal y como hoy la conocemos, y mucho menos llegan a implicar una matización del tipo etiológico sobre la depresión; en cierto modo tiene razón pero también hay que tomar en cuenta que los términos utilizados en ese tiempo, por la época en que se encontraba, son muy consistentes y su aproximación es muy acertada.

Otros pensadores como Galeno de Pérgamo (130-120), citado en Polaino (ibid) describen a la melancolía como una alteración crónica que no se acompaña de fiebre y con síntomas como temerosidad, suspicacia misantropía, cansancio de

la vida entre otros; así los términos fueron cambiando, uno de los cuales es la manía que era identificada como estados de humor de tonalidad opuesta; otro término utilizado es la melancolía que ha sido utilizada como sinónimo de depresión hasta el comienzo de la era psicofarmacológica. Este se extendió durante poco más de diez siglos durante los cuales Gregorio Magno (540-604), citado en Polaino (ibid), describía a la acedía como uno de los desequilibrios humorales, también por sus especificaciones como sinónimo de melancolía y un desorden de la vida emocional. Esta postura se tematiza en función de los apetitos dentro del marco teórico de las pasiones introducidas por Santo Tomas, quien sostiene que la melancolía es producida por demonios e influencias astrales, incluso que era a causa del pecado de pereza, pero más que eso se encuentran dentro de las pasiones, advirtiendo que los síntomas o estados de una depresión se acentúan sin tratamiento y causa la muerte como lo afirma Calderón (op. cit).

“Los que se encuentran bajo la influencia de pasiones depresivas pueden tener diferentes tipos de síntomas semblante ansioso y con aspecto sombrío; poco dispuestos a hablar; se aíslan recluyéndose en lugares oscuros, o permanecen en cama la mayor parte del tiempo... después se vuelven miedosos y conciben miles de fantasías; recuerdan sus actos inmorales, o se sienten culpables de crímenes que nunca han cometido... Con frecuencia se desesperan y tratan de terminar con su existencia que les parece aflictiva y odiosa”. (Calderón, op. cit : 45)

En contraste con Santo Tomas, Casiano, un hombre que creía que acedía era un estado del alma y que sólo lo padecían los religiosos que vivían en aislamiento, decía que esta producía desgano, apatía estar a disgusto en la celda, dificultades para respirar y pereza para acometer los trabajos propios de la clausura y de la vida en general. (Polaino, op. cit). Así la acedía fue sustituyendo al término melancolía en los siglos XV Y XVI.

Esta enfermedad no era tomada como un problema de salud serio. Sin embargo hasta la época del México prehispánico a las personas que presentaban estos síntomas se llegaba incluso a recomendar un tratamiento a base de yerbas

o jugos de flores al cual le llamaban remedio para la "sangre negra", término común del cuadro en la Europa del siglo XVI. (Calderón, op. cit). Todas estas descripciones fueron un principio para tomar a la depresión como una enfermedad que ataca a cualquier persona, por lo cual debe de ser tratada; pero no fue sino hasta 1630 cuando Robert Burton publica un tratado llamado "Anatomía de la Melancolía", en el cual es fácil identificar los estados depresivos, y después con Bonetus, quien en 1679 escribe de la "Manía de la Melancolía" y en otra publicación de 1686 habla acerca de la relación y significación etiopatogénica existente entre la melancolía y la manía, (Polaino, op. cit). Esto da paso a que se formulen términos para los diferentes tipos de depresión. Bonetus emplea el término maniacomelancholicus que es el equivalente que usamos hoy de maniacodepresivo.

A su vez y en relación con las causas de la depresión Philippe Pinel, (citado en Calderón, op. cit), a principios del siglo XIX, señaló como causas posibles de la melancolía en primer lugar a las psicológicas, entendidas como una pérdida significativa en la vida, ya sea material o emocional, miedo, etc., y en segundo lugar a las físicas.

Conforme fue avanzando el tiempo los conceptos y términos utilizados para referirse a la melancolía o depresión eran más acertados y específicos. En 1869 Georg Meller Beard señala que la neurastenia (fatiga nerviosa) es un estado crónico de afección del sistema nervioso central (SNC) sin lesión demostrable, en donde se presentan síntomas como irritabilidad (mal humor crónico), insomnio, mareos, temores difusos, temores hipocondríacos, etc., (Gasto, 1993). Por otra parte Kraepelin en 1896 con su especificación de la diferencia entre psicosis maniaco-depresiva y demencia precoz, llamada después esquizofrenia, dio paso a que se considerara a la psicosis como una depresión. Con esto concuerdan Calderón (op. cit) y Gasto (op.cit), quienes describen que para Kraepelin la enfermedad maniaco-depresiva era una psicosis constitucional, esencialmente

hereditaria, caracterizada por la repetición, alternancia, yuxtaposición o coexistencia de estados de excitación y depresión.

Así finalmente melancolía es aceptada como concepto de depresión y que lleva a otros más que especifican las diferentes ramas o clasificaciones de ésta; como se demuestra en la primera cuarta parte del siglo XX en donde los conceptos se desglosaban en ansiedad, depresión, histeria, hipocondría, obsesión, fobia trastorno psicossomático; entre otras. Sir Aubreg Lewis a fines de los años 30 establece conceptos como las psicosis afectiva, la depresión psicógena y la neurosis de ansiedad que en cierto modo eran inseparables en cuanto a diagnóstico por la similitud de su padecimiento.

De este modo fue evolucionando el término depresión hasta encontrarnos en la actualidad con una gran información de causas, características y tratamientos para esta enfermedad.

2.1 ¿Qué es la Depresión?

Existen muchos intentos por definir depresión, entre las que figuran las descritas por Kraepelin, Bretón, Márquez, Polaino, Freud, Hipócrates y la contemporánea de Dio Bleichmar, entre otros. Se debe reconocer que Hipócrates fue el primero en aportar un descubrimiento importante en el campo de la depresión, reconociéndola por principio como una enfermedad que debe ser considerada y tratada con importancia, llamándola melancolía y haciendo una descripción clínica de esta mencionando a los cuatro humores corporales.

Kraepelin, citado en Polaino (op. cit), por ejemplo, la denominó locura maniaco- depresiva, derivado de depresión por los diferentes síntomas característicos. Bretón (op. cit) describe al término depresión como una forma de trastorno anímico o afectivo, con lo cual se refiere a un cambio en el estado de ánimo.

Estas definiciones nos pueden dar una idea general de lo que significa el término depresión y están basadas prácticamente en un síntoma muy característico de esta enfermedad, la tristeza; el estar triste y sentirse deprimido se utilizan como síntomas principales. Por tanto depresión es un estado de tristeza que nos lleva al concepto de Márquez (1990), quien dice que la depresión es la falta o el déficit de energía psíquica, la que a su vez, es una fuerza que vivifica y anima y que procede de unas relaciones satisfactorias con el ambiente y con uno mismo.

Freud por su parte, considera que en el centro de la psique existe una fuerza que denomina libido, que es la que mantiene el equilibrio o la felicidad.

Para Dio Bleichmar (op. cit), la Depresión es un malestar que afecta a todo el cuerpo, el estado de ánimo y los pensamientos; afecta la forma en que una come y duerme, el deseo sexual, la opinión de una misma y el concepto de la vida en general.

Otras definiciones no menos importantes que las anteriores son las de la Organización Mundial de la Salud (OMS), institución que describe a la depresión como una psicosis afectiva en la que el ánimo se muestra marcadamente deprimido por la tristeza e infelicidad, con algún grado de ansiedad. La actividad está por lo general disminuida pero puede haber desasosiego y agitación. Hay una propensión marcada a la recurrencia, que en algunos casos puede presentarse a intervalos regulares.

En la actualidad, para que una persona se le pueda diagnosticar Depresión, esta debe presentar a lo menos los siguientes factores (Vega, Muñoz, George, Monreal, 2002):

- ✓ Los síntomas deben tener una duración de por lo menos dos semanas.

- ✓ No deben ser atribuibles al uso de sustancias psicoactivas o a otro trastorno mental orgánico.
- ✓ Ocurren en ausencia de síntomas maníacos. Los episodios eufóricos concomitantes o en la historia personal del paciente orientan hacia un trastorno bipolar (antes llamado Maniaco-depresivo)
- ✓ Presentan una variedad de manifestaciones clínicas, que se pueden ordenar en los siguientes cuatro grandes grupos (ibid):

Los mismos autores, realizan una descripción de las manifestaciones clínicas de la depresión, las que hemos sintetizado en el siguiente segmento:

2.2 Manifestaciones Clínicas Depresivas:

2.2.1 Del estado de ánimo

Tristeza, falta de motivación, desgano, desesperanza, baja reactividad frente a hechos agradables o desagradables, pérdida de interés y placer, disminución de la capacidad de disfrutar, sensación de vacío, sensación de pérdida de sentimientos, apatía, tensión, ansiedad o irritabilidad.

2.2.2 Del pensamiento

Disminución de la concentración, indecisión, fallas de memoria, pérdida de confianza y autoestima, sensación de torpeza, inutilidad o impotencia, sentimientos de culpa, reproches excesivos, pesimismo.

2.2.3 De la actividad Psicomotora

Inhibición: lentitud de movimientos corporales (hasta el estupor), falta de expresión facial, comunicación empobrecida.

Agitación: Inquietud, impaciencia, hiperactividad ansiosa a veces incontrolable.

3. Manifestaciones Somáticas

3.1. Cambios en las funciones y ciclos vitales básicos:

3.1.1 Alteración del sueño: con insomnio de despertar precoz (despierta con angustia, pensando problemas y tareas, con ánimo inquieto, pesimista y sombrío) o con hiperinsomnia (dormir con exceso).

3.1.2 Disminución del apetito o aumento (menos frecuente), con cambios importantes en el sueño corporal.

3.1.3 Disminución del deseo sexual con desinterés y escasa libido.

3.2. Cambios en la vitalidad:

Cansancio, fatiga, abatimiento, disminución de energía, falta de fuerzas

3.3. Sensaciones Corporales:

Dolores de cabeza, espalda, osteomusculares y malestares, sensación de opresión en el pecho, frío, pesadez en las extremidades y otros tipos de sensaciones poco claras y no bien diferenciadas.

3.4. Síntomas viscerales:

Molestias gastrointestinales, cardiovasculares o ginecológicas y otros síntomas similares relativos a algún sistema corporal.

La evolución de los episodios depresivos únicos es por lo general bueno, y en la mayoría de los pacientes se puede lograr una total remisión sin secuelas si reciben el tratamiento y control adecuado.

El curso de la depresión depende de una variedad de factores tales como la severidad del episodio depresivo actual, los antecedentes de episodios anteriores, la existencia o no de un trastorno de personalidad, la tolerancia individual a los fármacos antidepresivos, las características técnicas y humanas del equipo o profesional tratante (asegurar adherencia) y, en forma muy importante, del adecuado respaldo que reciba cada paciente por parte de sus familiares, amigos o grupo de apoyo social.

4. CAUSAS DE LA DEPRESIÓN

Los cuadros depresivos varían desde estados de duelo normal por la muerte de un ser querido hasta trastornos más severos en los que surgen ideas delirantes de desvalorización, de ruina, de enfermedades imaginarias o de culpa por presuntos perjuicios cometidos en contra de los demás. Sus causas pueden ser exclusivamente psicológicas, como en las Depresiones neuróticas, o tener un

componente biológico o genético, como hay evidencia de que ocurre en las depresiones bipolares mayores, denominadas así porque la persona presenta episodio depresivo o de polo de lo que en el lenguaje técnico se conoce como Manía, es decir, el cuadro de exaltación afectiva, hiperactividad e ideas de grandiosidad.

4.1 Causas Biológicas de la Depresión

Según de lo que hemos investigado, Dio Bleichmar (1999) indica que la depresión es un trastorno cerebral donde los neurotransmisores, sustancias encargadas de regular los cambios de humor, de apetito, del sueño y de comportamiento, dejan de funcionar adecuadamente.

Los neurotransmisores, de los que existen alrededor de 30, transfieren mensajes entre células nerviosas del cerebro. Cierta evidencia sugiere que la depresión es causada por una deficiencia en dos neurotransmisores denominados noradrenalina y serotonina. Aunque esto no explica todo lo que se conoce acerca de la depresión, al menos sirve como modelo "farmacológico" útil y comúnmente se denomina como "**la hipótesis de depresión de monoaminas**". (Trastornos del Estado de Ánimo (n.d) [http://escuela .med.puc.cl](http://escuela.med.puc.cl)(14-08-2005)

Minoletti (1999), sostiene que existe un mayor riesgo de padecer de depresión clínica, cuando hay una historia familiar de la enfermedad, lo que indica que se puede haber heredado una predisposición biológica. Este riesgo es algo mayor para las personas con trastorno bipolar. Sin embargo, no todas las personas que tienen una historia familiar tendrán la enfermedad. Además, la depresión grave también puede ocurrir en personas que no tienen ninguna historia familiar de la enfermedad.

La forma de responder a los tratamientos de algún tipo de Depresión, también puede ser heredada, es así como lo menciona Calderón (op. cit), que si

un enfermo deprimido responde bien a determinado grupo de medicamentos antidepressivos, sus parientes deprimidos responderán favorablemente al tratamiento con el mismo fármaco; aún así no se puede hablar de una herencia directa del cuadro de depresión, sino simplemente de la posibilidad de transmisión hacia los desencadenantes más vulnerables al cuadro; como lo afirma Sturgeon (1987) diciendo que la susceptibilidad a la depresión se parece a otros rasgos hereditarios en que algunas personas de la familia la heredan y otras no. Por lo cual con respecto a la depresión existe una predisposición genética a algunas clases de depresiones.

4.2 Causas Sociales de la Depresión

Aunque la depresión suele producirse por acontecimientos negativos, tales como (Vega, Muñoz, George, Monreal, op. cit):

- ✓ La muerte de un ser querido.
- ✓ Perdida abrupta del trabajo o cesantía prolongada.
- ✓ Vive solo.
- ✓ Conflicto laboral severo (con daño de autoestima).
- ✓ Separación Conyugal en el último año.
- ✓ Conflicto familiar severo (presencia de violencia intrafamiliar).
- ✓ Abuso de alcohol y drogas.
- ✓ Escasa participación y apoyo en red social.

Está suficientemente demostrada la relación que existe entre la ocurrencia de algunos eventos negativos de la vida cotidiana, que causan aflicción o estrés, y la aparición de trastornos Depresivos. Entre estos, las pérdidas debidas a separaciones o fallecimientos son especialmente importantes.

Los hechos cotidianos que causan estrés a menudo preceden más frecuentemente al primer episodio de trastorno depresivo que a los episodios subsiguientes.

También tiene que ver con la historia de vida de la persona, ya que desde que se nace el ser humano es dotado, en la mayoría de los casos, de amor, protección y seguridad por la madre como por los demás miembros de la familia y conforme va creciendo va teniendo una identidad y una posición en su entorno social por lo cual necesita el apoyo de algún miembro de la familia y a lo largo de su vida esta persona necesita aún más a algún punto de apoyo. Márquez, (1990) menciona que estos puntos de apoyo, a medida que la persona se desarrolla y crece van cambiando, por ejemplo, están determinados proyectos de vida, empresas y tal vez deseará sentirse una persona importante como un deportista o un famoso artista, o un hombre o mujer que triunfe en la vida. De cualquier forma se sabe gracias a los estudios etiológicos, mencionados en Calderón (op. cit); que los estados afectivos de depresión son una respuesta a la pérdida de los lazos de unión que han sido indispensables para la supervivencia y desarrollo de nuestra especie, lo cual se puede observar por las manifestaciones físicas y psicológicas de angustia que se presentan cuando se ha sufrido una pérdida, y cuando por consiguiente, en determinadas ocasiones, se origina una depresión.

Para los seres humanos los vínculos afectivos son muy importantes y en consecuencia se puede ocasionar una depresión al sentir la destrucción de estos; la forma en que se llama a estas depresiones son las salidas o entradas, en donde, según Calderón (Ibíd.) las salidas son una defunción de un ser querido, una separación de divorcio, la incorporación de un hijo en el ejército, etc., y las entradas son consideradas como el ingreso de una persona al espacio vital o interpersonal del individuo cuando se siente invadido el lugar en donde se relaciona; esto es que ciertos tipos de situación cotidiana están estrechamente relacionados con la enfermedad depresiva.

En estudios realizados por Bretón (1998) se ha comprobado que personas que perdían a una madre antes de los once años de edad y las que no tenían una relación estrecha con alguien en que pudieran confiar, eran más susceptibles a alguna depresión; lo cual demuestra que somos seres sociales por lo cual no podemos mantener una vista equilibrada sin relaciones de este tipo que intervienen en muchos aspectos anímicos, psicológicos y culturales del individuo. Así por ejemplo las personas que tienen una mala relación conyugal son blanco perfecto para que se presente una depresión ya que esto es peor a que si no tuvieran ninguna relación, esto es porque la mala relación se suma a su falta de autoestima y nos hace más vulnerables a las enfermedades depresivas; hay incluso personas que se casan sólo porque piensan que si no la hacen en ese momento y con esa persona, ya nadie va a querer estar con ella, y esto es a causa de su bajo nivel de autoestima que tienen.

Entonces se podría decir que las causas sociales de la depresión son por la desintegración de vínculos familiares, disminución del apoyo espiritual de la iglesia, el cual es un lazo muy importante e influyente por las costumbres, educación u opinión personal; la falta de vínculos con los vecinos o las amistades y también por migraciones de algún familiar o como ya se mencionó por la intromisión de alguien al entorno familiar.

Estos factores son importantes para que se origine una depresión dentro de los cuales también están implicados otros no menos importantes que pueden disparar un trastorno. Cuando una persona se siente, como es característico, muy poca cosa, con el autoestima baja suele en determinados casos "refugiarse" en las drogas o en el alcohol el cual es también un depresivo del sistema nervioso y en ocasiones puede provocar una reacción tóxica al igual que algunos fármacos que son recetados para la presión alta pueden ser depresores y, de las drogas se sabe que son especialmente un tipo de depresores por las consecuencias que lleva el tomarlas. Se sabe de igual forma que en la mayoría de las personas que ingieren

alcohol o drogas las manifestaciones son comúnmente de tipo ansiosas es por eso que este tipo de depresiones se pueden clasificar dentro de las depresiones ansiosas.

La disponibilidad de soporte y apoyo social reduce el riesgo de aparición de los trastornos depresivos y disminuye sus efectos nocivos cuando se presentan.

Como ejemplo, algunos estudios relativos al duelo sugieren que los trastornos depresivos aparecen con mayor frecuencia en aquellas personas que no tienen hijos adultos que los apoyen durante el período posterior a la pérdida. Vega et al (op. cit)

Las personas que tienen escasas actividades sociales y vocacionales son más vulnerables a los trastornos depresivos. Lo mismo pasa con las personas que no tienen parejas o viven solas.

4.3 Causas Psicológicas

Las causas psicológicas son un factor determinante en los tipo de depresiones neuróticas, llamadas también reactivas, las cuales están muy relacionadas con el término distimia; ya que en las distimias como en las neurosis dependen del factor emocional que tenga el individuo desde su infancia

"...los factores emocionales desempeñan un papel preponderante, presentándose desde los primeros años de vida determinando rasgos de personalidad tan profundamente enraizados en el modo de ser del individuo que se aprenden a través de la estrecha relación y la dependencia respecto de los miembros de la familia" (Calderón op cit:26).

Es por tal que las causas determinantes se consideran como un factor importante en los patrones de las depresiones neuróticas las cuales se derivan de conflictos o desórdenes originados desde la infancia, ya que ésta es la etapa formativa en la cual el niño es susceptible a trastornos que se le pueden presentar como sonambulismo, terrores nocturnos, fobias, timidez; que si no son atendidos se pueden presentar como problemas de personalidad y de conducta que se agravan con el tiempo presentándose así como rasgos característicos neuróticos, como lo afirma Freud (1942), citado en Jacobson (1971), definiendo a la neurosis, la melancolía y la esquizofrenia como resultado de conflictos suscitados entre el yo, el ello, el superyo y la realidad; desde este enfoque psicoanalista se dice que se debe de revisarlas cicatrices más que las heridas recientes originadas desde la infancia, más que nada de conflictos entre el yo y el superyo.

No solo puede presentarse el cuadro de una neurosis por traumas de la niñez, sino también debe tomarse en cuenta la presencia, en determinado momento de la vida del paciente, de sentimientos de culpa, de conflictos creados por necesidades inconscientes, de incidentes que han tenido algún significado importante para el paciente o de tensiones familiares ya sean las matrimoniales o sexuales, Calderón (op cit).

Se llama de igual forma depresión reactiva a las depresiones neuróticas porque hay causas a las cuales se les puede llamar desencadenantes por originar este tipo de depresión; por ser causas inmediatas de las neurosis, esto es por que la persona siente en algún momento la necesidad de reprimir, distorsionar o desplazar sentimientos de hostilidad que se presentan en las relaciones con los demás en la vida diaria; cuando esto sucede la personalidad del paciente entra en conflicto con estos sentimientos y con la necesidad de reprimirlos lo cual origina angustia que a su vez, por causa de un ego súper exigente, se presentan los rasgos de una personalidad que constituyen los síntomas neuróticos.

Calderón (Ibíd) menciona que son las mujeres en las que se presenta con más frecuencia una neurosis por el tipo de vida que llevan y que tienen que asumir por la gran responsabilidad que esta conlleva, la familia, el esposo, los hijos y en su caso el trabajo; por lo cual requiere un doble de energía y trabajo que el que necesita para atender las necesidades que su entorno le exige. Otro factor que influye en las causas de las neurosis y no menos importante es la llamada pérdida del objeto, la cual se refiere a una pérdida de cualquier tipo que haya sufrido la persona en cualquier momento de su vida, ya sea material, sentimental o la pérdida de poder.

La pérdida del objeto en la etapa formativa es de importancia considerable ya que como se mencionó esta podría causar problemas con la psicopatología de la vida adulta. En la adolescencia la pérdida del objeto es particularmente traumática para el adolescente y producen impacto profundo sobre la estructura psíquica todavía en desarrollo, (James, 1981); es quizá en la adolescencia, como se ha dicho, en donde la persona pasa por muchos obstáculos y dificultades que podrían no ser tan fáciles de pasar bien librados ya que es la etapa donde se comienzan a tomar decisiones para mejorar el futuro de la persona, si esta se ve interrumpida u obstruida por una pérdida, especialmente de un ser querido, o pérdida de la capacidad de decisión, sentimiento de impotencia, puede generar trastornos en la personalidad del adolescente llegando hasta una neurosis.

La pérdida en un niño es relativamente menos compleja a la de un adolescente o adulto, ya que en este su mayor identificación con algún objeto es la madre, aquella persona que le proporciona confianza y seguridad, si el niño siente este tipo de pérdida, suena alarmante y quizás imposible pero, puede llegar a presentar una depresión, esto es justificado con lo que dice Jacobson (op. cit) acerca de que la llamada "depresión básica es el resultado de un conflicto agresivo, causada por una falta de comprensión y aceptación materna que reduce la autoestima del niño".

Ya se habló acerca de la pérdida de un ser querido y hay que hacer mención a que en esta se puede pasar por diferentes fases con las cuales coinciden diferentes autores (Calderón, op. cit; James, op cit), las cuales son normales, en el sentido de que un ser humano lleno de sentimientos y emociones puede llegar a sentir diferentes estados de ánimo en el transcurso del periodo de duelo, las cuales son: la negación al principio, a perder a alguien y desesperación; depresión ; ira contra el objeto perdido y finalmente aceptación. Si la persona que ha sufrido una pérdida de un ser querido se queda estacionada en alguna de estas fases se debe tomarse en consideración para ser tratado ya que eso ya no es normal. Otra de las causas desencadenantes es la pérdida de una situación económica la cual causa problemas en la relación de la persona con los demás, así como también la pérdida de poder provoca descontrol e inseguridad en la persona; un factor primordial que origina la depresión neurótica es la pérdida de la salud ya sea por enfermedades con peligro de muerte, cáncer o sida; enfermedades que originan incapacidad física como embolias o amputaciones de alguna parte del cuerpo; también por enfermedades que determinan alteraciones estéticas, ya sea por ejemplo por quemaduras que requieren operaciones, o enfermedades que afectan la autoestima, como impotencia o frigidez; la edad y el transcurso del tiempo están relacionados con la pérdida de la persona, pérdidas como la juventud, sentir que se hacen viejos y lo que conlleva a la vejez como lo son las arrugas, la falta de energía, los cambios hormonales, de los cuales están conscientes lo cual puede hacerlos más susceptibles a experimentar cambios anímicos, (Bretón, op. cit), y estos cambios son desencadenantes a causa de alguna pérdida para que el paciente presente rasgos de una depresión neurótica que esta muy relacionada a nivel psicológico. En las mujeres, según Sturgeon (1987), la edad más común para que surja un episodio depresivo es de los 28 a los 30 años y más aun entre los 25 y los 27 ya que puede considerarse como la pérdida de ese primer rubor de la juventud.

4.4 Causas Ecológicas

El ser humano está tan relacionado con su medio ambiente que le rodea que en ocasiones cuando este sufre algún cambio importante, de igual forma repercute en el estado de ánimo del hombre. Así pues cuando ocurre o se presenta una severa contaminación ambiental hay un desequilibrio ecológico consiguiente, por todo esto es una pena pensar y asegurar que es precisamente el hombre quien provoca estos cambios en su atmósfera y en su propio hábitat por el tipo de necesidades que se le han ido presentando en el transcurso del tiempo; diferentes tipos de comunicación, de transporte, de industrialización que generan contaminación. En estudios realizados recientemente por Calderón (op. cit), se menciona que la población ha aumentado conforme pasa el tiempo considerablemente en el mundo, exigiendo, las generaciones venideras nuevas necesidades de "modernización" lo cual implica de alguna forma modificar el medio ambiente y es por tal que Calderón afirma que en la medida en que el hombre deteriora el medio ambiente, disminuye la calidad de su vida; si fuese tomada en consideración esta idea habría menos problemas a nivel general que se le presentan al hombre especialmente de una depresión a causa de estos factores ecológicos que influyen de manera anímica en el ser humano de manera significativa.

Trad (1992) afirma que la mayoría de las explicaciones que se dan a la aparente falta de continuidad en el desarrollo se basan en el carácter impredecible de los factores ambientales; de igual forma hay ambientalistas como Kagan, mencionado en Trad (ibid), que atribuyen a los factores imprevistos en el ambiente los que afectan a la persona originando estados psicológicos que dan lugar a discontinuidades en lugar de una continuidad; esto como ya lo mencione que los factores nocivos del ambiente pueden desencadenar un trastorno en las personas que se encuentran en contraste e intensa interacción con éste. Los desequilibrios que se presentan en el ambiente y por los cuales hay una preocupación por ellas

en el sentido de que repercuten en el estado psicológico de las personas son por ejemplo: la contaminación atmosférica la cual se debe a la contaminación del aire por concentraciones elevadas de sustancias nocivas que afectan al hombre, a los animales así como a las plantas. La contaminación del aire es a causa de productos de combustión de vehículos de motor, industrias que generan la mala calidad del aire que respiramos, las talleres e incluso los desechos que son quemados equivocadamente, también se puede considerar al polvo, por algunos vientos fuertes que lo generar y que es contaminante severo en las zonas urbanas y rurales (Calderón, op cit).

Otra causa de una depresión leve, en este caso, son los problemas de tránsito con los que se está en constante contacto en el ambiente, puede parecer exagerada esta causa, pero el exceso de vehículos que se encuentran en la carretera por donde tenemos que cruzar genera congestionamiento vial que a su vez provoca irritabilidad en las personas, presentación de estrés que puede ser un activador importante en una depresión; también la falta de estacionamientos es una causa incluida es los problemas de tránsito presentándose como consecuencias un mayor número de accidentes que pueden llevar a una pérdida económica y como ya se mencionó la pérdida es un detonador de un trastorno mental así como el estrés, por la disminución de horas de descanso que provocan estos problemas. También puede tomarse como contaminante ambiental al ruido excesivo del cual pareciera que las personas estamos acostumbradas, los aviones de reacción, para personas que vivan cerca de un aeropuerto, las fábricas metalúrgicas; incluyéndose dentro de esta causa los equipos de sonido que con la tecnología con la que ahora nos encontramos pueden llegar a generar ondas de sonido altas provocadoras del ruido, al igual que la televisión. El ruido es un intermediario provocador de una mala concentración que no permite el buen juicio y funcionamiento del cerebro por lo cual puede llegar a desarrollar en la persona consecuencias como el insomnio, la fatiga física e intelectual, la irritabilidad, incremento de la tensión arterial y hasta sordera.

Todos estos problemas incluidos en el ambiente o provenientes de esto son un factor influyente para que se presente una depresión en el hombre, el tipo de depresión que se da por estas causas se debe considerar o clasificar dentro de las depresiones leves que es su mayoría son reversibles con un tratamiento adecuado e incluso el mismo paciente se libera de ésta si las condiciones y su manera de sentir y pensar cambian en su entorno pero que como en todos los trastornos se puede agravar si no se atiende adecuadamente y si las condiciones de vida no cambian, tal como lo afirma Bretón (op. cit) diciendo que el papel que juegan las situaciones en que se encuentran las personas como su empleo, su hogar, sus relaciones son importantes; si alguna de ellas no es satisfactoria hará que el enfermo se sienta todavía peor y que le resulte difícil pensar positivamente con el fin de ayudarse a mejorar, se dice que las personas que padecen esta clase de depresión enferman cuando los días se hacen más cortos y con ello no reciben toda la luz solar que necesitan.

5. TIPOS DE DEPRESIÓN

Los trastornos depresivos se presentan bajo formas diversas, al igual que sucede con otros padecimientos, como las enfermedades del corazón, por ejemplo. Su existencia se conoce desde que ha sido posible contar la Historia: en el antiguo Egipto, hace tres mil años, eran los sacerdotes los encargados de tratar estos males del alma.

5.1 Depresiones Bipolares Mayores

No deben confundirse con otros dos tipos de afecciones de gravedad decreciente: las ciclotimias y las personalidades de ciclotimia, ni tampoco con las oscilaciones del humor en personas normales.

5.2 Las ciclotimias

Se parecen a las depresiones bipolares mayores en que hay episodios psiquiátricos, es decir, periodos bien definidos, con síntomas de depresión o de exaltación que se alternan y que pueden dar lugar a ciclos. Pero estos episodios no tienen ni la duración ni la gravedad que caracterizan a los de las depresiones bipolares mayores.

5.3 Las personalidades ciclotímicas

Son aquellas que a lo largo de su vida pasan por periodos, a veces prolongados, en que se sienten entusiastas, optimistas e hiperactivas, mientras que en otros están apagadas, con poca energía, pesimistas, tristes, desinteresadas.

Las oscilaciones del humor son cambios hacia la alegría o la tristeza que no constituyen un trastorno psiquiátrico y que se presentan en personas normales, habiendo épocas en que se encuentran más entusiastas, llenas de vitalidad y otras en que aparecen más apáticas, más pesimistas, más retraídas.

6. VARIACIONES EN LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS

Así como existen distintos tipos de depresión, también hay diferenciación en su grado de sintomatología. Esta se basa en el juicio clínico y toma en cuenta la cantidad, el tipo de severidad de los síntomas presentes (Vega et al, op. cit)

6.1 Depresión Severa:

Las personas con Depresión Severa generalmente están muy angustiadas; una marcada agitación o inhibición puede dificultar su capacidad para describir los

síntomas. El funcionamiento personal, social y laboral se ve seriamente limitado. Los familiares cercanos reconocen un cambio muy importante en el “modo de ser” y la conducta de la persona. Además de los síntomas depresivos, se evidencian otros síntomas de gravedad: Psicosis, Manía, Dependencia de alcohol y/o drogas, Intento o riesgo de suicidio.

6.2 Depresión Moderada:

Los pacientes con Depresión Moderada, también pueden tener gran dificultad para mantener su nivel de actividad social o laboral. Algunos síntomas pueden ser muy intensos y perturbadores, pero no están presentes los síntomas graves.

6.3 Depresión Leve:

Los pacientes con Depresión Leve, están generalmente afligidos por los síntomas pero los toleran a su pesar. Mantienen sus actividades sociales y laborales, pese a que les resulta dificultoso sostenerlas.

7. DEPRESIONES ENCUBIERTAS

(Dio Bleichmar, op. cit) también las denomina depresiones enmascaradas o equivalentes de la depresión. Algunas de ellas consisten en entidades que tienen tanto una identidad como un diagnóstico propio, como es el caso del comer compulsivo (bulimia) y otras adicciones: alcoholismo, drogas. No obstante, subyacentemente, o dando origen a estas otras afecciones, puede encontrarse un trastorno depresivo. Las formas encubiertas pueden dar lugar a una sintomatología variada que examinaremos a continuación:

7.1 Comer compulsivo. Si bien lo que se describe como síntoma más frecuente es la pérdida de apetito, que en algunos casos puede ser extrema, es decir, con la sensación de que “él estomago se cierra”, que cualquier alimento molesta, en otros casos la obesidad, el comer desenfrenadamente, está poniendo de manifiesto una forma de comienzo de la depresión. El sentimiento vago de “vacío”, de desgana, puede concretarse en la sensación del vacío estomacal y conducir a la tentativa fallida de suprimirlo atiborrándose de comida. En las mujeres, esto contribuye a profundizar su malestar, ya que la silueta se resiente y es mayor al desánimo.

7.2 Problemas en la vida de pareja. Con respecto a este punto es necesario hacer una aclaración previa. La problemática de pareja, la carencia de una comunicación íntima durante períodos prolongados de la vida, es una de las causas más frecuentes de la depresión, sobre todo en el sexo femenino; pero lo que estamos examinando en este apartado de las depresiones encubiertas es de otra índole: se trata de situaciones en que la depresión se origina por otras causas, muerte de un familiar, fracaso en el trabajo, carácter depresivo. Aquí la pareja actúa de blanco, de pantalla sobre la que se ventila el mal humor, la irritación, la indiferencia. En resumen, en estos casos los problemas de pareja son consecuencia de la depresión y no su causa.

7.3 Dificultades sexuales. Esto es una verdadera tragedia femenina y masculina. Uno de los principales fantasmas son las rupturas amorosas. Mucho se ha escrito sobre las mujeres que simulan una satisfacción sexual que no sienten o, por el contrario, se las culpabiliza de su frigidez y de varones que por disfunciones sexuales no presentan erección. Ambos sexos, saben que las sexualidades una clave del bienestar de la pareja, y que él se resiente, se enfada y se distancia si la vida sexual se enrarece. Por ello se avienen a una gimnasia sexual sin el menor deseo.

Cuando una mujer o un varón atraviesan un estado depresivo, por lo general tiene un doble problema: el que le genera la depresión y, en segundo lugar, el conflicto que surge de la pareja por su indiferencia sexual. Circulo vicioso y nefasto, pues el rechazo sexual los sumerge en una depresión aún mas honda por el temor a la soledad o el abandono. Muchas veces al desconocerse tanto los motivos que desencadenan el estado depresivo como la depresión misma, y trasladarse estos conflictos a la arena de la relación de pareja y específicamente a la relación sexual, Lo que aparece a primera vista es una batalla conyugal.

7.4 Irritación y desánimo. Lo mismo sucede con muchas consultas sobre problemas de pareja en las que predominan las disputas, los desacuerdos sobre los temas más diversos, y que en realidad tienen su fuente en desequilibrios de la autoestima, en insatisfacciones personales no reconocidas como tales que, de forma compulsiva y automática, se vuelcan en la relación afectiva más próxima, por lo general la pareja.

7.5 Problemas en las relaciones interpersonales. Volcar un estado de ánimo que proviene de un conflicto interior en el seno de una relación interpersonal es uno de los mecanismos psicológicos más generalizados. El niño que no puede montarse en la bicicleta porque no alcanza a sentarse se enfada con su padre que está tratando que lo consiga; la adolescente angustiada por un examen es descortés y desconsiderada con su hermana. La relación madre/hija suele ser un marco frecuente para que ambas vuelquen sus propias insatisfacciones. La adolescente insegura, en el umbral de sus primeras experiencias vitales, deprimida por un alto nivel de autoexigencias no cumplidas puede sentir sentimientos muy contradictorios hacia su madre. Si la admira: celos, rivalidad, temor a no cubrir las expectativas, lo que la madre espera de ella; en caso contrario, si la desvaloriza: culpa, deseos de separarse, agresión. En ambos casos puede prevalecer una conducta hipercrítica y descalificativa de la hija hacia la madre.

7.6 Síntomas físicos: "mujeres al volante". Se le denomina así especialmente a las mujeres entre las edades 40 y 60 años que son usuarias de los consultorios en busca de ayuda por diversas dolencias y molestias corporales, y que son enviadas de un servicio a otro, en un peregrinaje interminable, con el volante en la mano, sin rumbo fijo ni posibilidades de arribar con éxito a ningún puerto, porque sus dolencias no son físicas sino psíquicas. En algunas ocasiones estas personas se encuentran con algún profesional que las escucha y, posteriormente, no explicándose bien la razón, se sienten aliviadas y de mejor ánimo. Si bien las cefaleas, constipados, malas digestiones, flatulencia, insomnio, etc., son síntomas físicos que se presentan con frecuencia como acompañantes de los síntomas principales de la depresión, a veces son la única manifestación de la misma. A esto se le denomina somatizaciones: diarreas, dolores de espalda, temblores, adormecimiento, sueño exagerado.

8. DIFERENCIAS ENTRE ESTAR TRISTE Y ESTAR DEPRIMIDO

Desde tiempos inmemoriales se ha entendido la depresión como un estado de ánimo, y el término "melancolía" ha sido usado por poetas, escritores y trovadores de todas las épocas para evocar un sentimiento de profunda tristeza. En realidad, todos creemos que la depresión es un afecto, una pena muy honda, pero no es así. El humor es como la temperatura: sube o baja, si bien sabemos que el termómetro no es el causante del calor o del frío que sentimos. De la misma manera debemos considerar que si el ánimo, se nos cae por el suelo es por alguna causa. El humor, el estado de ánimo, es el termómetro de nuestra subjetividad.

Dio Bleichmar (ibid), señala que las teorías vigentes sobre la depresión han mostrado que la variación del ánimo es el resultado de alguna idea, pensamiento o juicio negativo. Las actitudes pesimistas juegan un papel fundamental en la aparición y perpetuación de las manifestaciones depresivas. Las ideas negativas

siempre preceden a la depresión. El humor y el ánimo son completamente diferentes cuando no se acompañan de pensamientos derrotistas.

Las emociones, la alegría, el entusiasmo, el buen humor. Son el resultado de la forma en que se ven las cosas, una consecuencia de la que significación que otorgamos a los acontecimientos. Esta ley no se aplica solo a la alegría o a la tristeza, sino a todos los sentimientos y emociones. Para que podamos sentir algo, previamente debemos darle, algún significado a lo vivido, aunque sea el mas elemental: el bienestar corporal; luego “sentimos” este bienestar. “Sentir”, tiene que ver con el sistema nervioso y el cerebro, con el nivel psicológico, con el significado atribuido a las cosas. , Aunque creamos o digamos que sentimos con el cuerpo y que es una sensación “visceral”.

No obstante, aunque la depresión es un estado de ánimo, un sentirse mal, un malestar, las personas deprimidas paradójicamente sienten poco, están aletargadas, bloqueadas, retraídas, ensimismadas.

Ahora bien, luego de haber entregado la definición, características, síntomas, tipos de depresión y diferencias entre sintomatologías como el estar triste y deprimido, desde una perspectiva médica, se considera necesario enriquecer el contenido de este capítulo, destacando diferencias entre hombres y mujeres, en la sintomatología depresiva.

9. DEPRESIÓN EN EL HOMBRE Y EN LA MUJER

9.1 Depresión en la Mujer

Entre las mujeres, la depresión toma formas particulares, mejor dicho, hace su aparición en momentos particulares de su vida. Estos pueden ser:

- ✓ Depresión premenstrual

- ✓ Depresión posparto
- ✓ Depresión de la mujer de mediana edad
- ✓ Síndrome del “nido vacío” o depresión postmaterna.

Cada una de estas formas se puede presentar en distintos grados de severidad. Si los síntomas interfieren seriamente en la habilidad para trabajar, dormir, comer o disfrutar de actividades que anteriormente fueron agradables, como lo son: distracciones, sexo, etc., se trata de una depresión mayor, con síntomas incapacitantes.

En el otro extremo tenemos un tipo de depresión que habitualmente pasa inadvertida como tal y que comprende una serie de síntomas de larga duración, crónicos, que no inhabilitan pero que impiden vivir con el máximo de energía, o entorpecen la posibilidad de sentirse bien: irritabilidad, mal humor, dolores o malestares físicos diversos, trastornos del sueño, apatía. En ocasiones, las personas que sufren de esta forma de depresión encubierta pueden experimentar episodios de depresión mayor.

9.2 Síntomas

No todas las mujeres que sufren depresiones experimentan todos los síntomas. Dio Bleichmar (op. cit.). Algunas sufren unos pocos, y muchas no se dan cuenta de que están deprimidas, porque a pesar de no sentirse bien, las manifestaciones del malestar adoptan una fisonomía atípica, constituyendo así las depresiones encubiertas. Otras, en cambio, se sienten literalmente abrumadas, los síntomas varían, según las personas, estos, pueden ser:

9.2.1 Estado de ánimo persistentemente triste, ansioso o vacío. La cara larga y taciturna, la falta de expresividad en el rostro, los párpados caídos, la mirada perdida o distraída es la carta de presentación de la persona deprimida. En el caso

de las mujeres se acompañan, por lo general, de un cierto descuido en la apariencia, ejemplo: el pelo graso, falta de maquillaje, la ropa arrugada.

En muchos casos, puede haber variaciones diurnas del humor. Para muchas mujeres el despertar es un tormento, se inicia un nuevo día con un sinnúmero de solicitudes frente a las cuales se sienten impotentes, agobiadas y quisieran no despertar; otras, durante el día, parecen llevadas por el ritmo de las actividades y es al atardecer cuando se deprimen. El fin de semana suele ser un fantasma que aterroriza a muchas mujeres modernas que durante la semana desarrollan una intensa actividad y luego se enfrentan con el vacío del sábado y domingo.

Cuando el desánimo se acompaña de ansiedad, lo que predomina es la agitación, el nerviosismo, es decir, un tipo de actividad o de movimientos sin propósito o sin sentido. También puede aparecer una queja verbal permanente, así como la acentuación compulsiva de ciertos hábitos: cigarrillo, alcohol, comer excesivo, gastos exagerados.

9.2.2 Sentimientos de desesperanza y pesimismo. Se suelen describir con expresiones como estar en el fondo de un pozo, “no ver nada”, “la mente que se cierra”, etc. junto con la convicción de que los problemas no tienen solución ni salida. No se presenta ninguna alternativa al estado de sufrimiento que se padece. Muchas mujeres parecen hallarse aprisionadas en una cárcel del pasado y no pueden aprovechar el presente ni siquiera como vivencia: flotan en recuerdos de experiencias desagradables. El futuro no se vislumbra, ya que han perdido todo potencial para el desarrollo. Existe una perturbación en el sentido del tiempo y un sentimiento de opresión el grado o la intensidad de la desesperanza sentida es un indicador importante de la gravedad de la depresión y del riesgo de suicidio. Una mujer con sentimientos delirantes de ruina y de catástrofe, subjetivamente puede considerar “lógico” el suicidio.

9.2.3 Sentimientos de culpa, inutilidad e incapacidad. Estos sentimientos pueden ser inconscientes o, por el contrario, consistir en un sistema de ideas tan férreo y vigoroso como para alcanzar el carácter de ideas delirantes. En psiquiatría se entiende por ideas delirantes aquellos pensamientos irreales y falsos que se apoderan de la mente de las personas, quienes son las únicas convencidas de tales ideas, y que no se pueden eliminar por medio del razonamiento lógico. En general son juicios autodescalificativos: “no sirvo para nada”, “soy inútil”, “soy una molestia para todo el mundo”, etc.

Durante mucho tiempo se consideró que los sentimientos de culpa en torno a principios morales eran los predominantes actualmente, se presta atención a las sensaciones subjetivas, defecto o deficiencia personal, que se denomina genéricamente trastornos de la autoestima.

9.2.4 Perdida de interés o de placer en pasatiempos y actividades que anteriormente se disfrutaban, incluyendo el sexo. La desgana es tan generalizada que produce una especie de anestesia emocional. El deseo sexual desaparece, y este síntoma se constituye en una tragedia adicional para la mujer depresiva que considera que corre peligro de perder a su pareja. Es más cuando hay estos encuentros sexuales, y ella no siente deseo, acepta cumplir con el rito para no rechazar a su pareja, el resultado es frustrante para ambos; la mujer se sume más profundamente en el estado depresivo.

9.2.5 Insomnio o hiperinsomnio. Uno de los primeros síntomas de un estado depresivo suele ser el insomnio. Las mujeres que se ven afectadas habitualmente por este trastorno se desesperan ante la compilación que les supone tener que hacerse cargo del trabajo doméstico o del cuidado de los niños.

9.2.6 Disminución de energía, fatiga, inhibición psicomotriz. Voz monótona, movimientos lentos, falta de ganas para todo, hasta para leer el periódico o ver televisión, nada le interesa.

8.2.7 Inquietud, irritabilidad. En muchas ocasiones, los sentimientos de tristeza o de desánimo no son los más relevantes; el malhumor, la irritabilidad, “el explotar por cualquier cosa” constituye la regla y contribuyen a enmascarar la depresión.

9.2.8 Dificultades para tomar decisiones, de concentración, trastornos de memoria. Aunque las funciones cognitivas se hallan perfectamente conservadas e intactas, la persona depresiva tiene un rendimiento bajo por la apatía, la falta de interés y la hiperconcentración en sus preocupaciones; todo ello le resta eficacia intelectual. Otro problema que origina sufrimiento adicional es la indecisión, que puede llegar a extremos inusitados.

9.2.9 Ideas e intentos de suicidio. Es muy habitual oír decir a una persona deprimida que su vida no tiene sentido, que se encuentra sola, que sufre demasiado y que se quiere morir. El deseo de muerte no guarda en las mujeres proporción con los suicidios cometidos, y en muchos casos se trata de una expresión de impotencia. Las estadísticas señalan que los hombres tienen mayor número de suicidios consumados, mientras que las mujeres cometen mayor número de intentos. La mujer afectada de una depresión muy severa puede planear su muerte en silencio, sin comunicárselo a nadie, y suele ser un suicidio efectivo. Afortunadamente, entre ellos predomina un tipo de atentado parcial contra la vida que suele llamarse suicidio histérico. Con esta denominación se subraya el carácter escénico, teatral de papel a representar, que implica un intento contra la vida que no va del todo en serio, que no se desea claramente. Por ejemplo: toma pastillas, pero no las suficientes para no despertarse nunca más; se corta las venas pero no se desangra; abre la ventana, pero antes de saltar grita lo bastante como para que la vengán a auxiliar inmediatamente. No obstante, es necesario recalcar que, aún en casos de una muerte anunciada, no debemos minimizar el riesgo que supone es un error de cálculo hecho en condiciones emocionales muy poco adecuadas, o desconocer que lo que al principio consistió en un despliegue teatral para solicitar atención termina convirtiéndose en un grave

intento. Por ello, toda idea de suicidio es un indicador de la necesidad de ayuda profesional.

10. PREDISPOSICIÓN DE LAS MUJERES A LA DEPRESIÓN

En las mujeres, comparadas con los hombres, se observa una mayor frecuencia de trastornos mentales y una mayor demanda de atención sanitaria para los mismos. Esta diferencia por género se ha intentado explicar mediante diferentes argumentos: diferencias genéticas, hormonales, sociales, de roles, artefacto metodológico, etc.

Sin embargo los motivos invocados por las mismas mujeres para explicar su malestar no parecen tener que ver, por lo general, con circunstancias extraordinarias, fortuitas, contingentes en sus vidas; tampoco, fundamentalmente con hechos traumáticos (sin excluir los casos en que estos factores están presentes), sino con razones más propias de su existencia corriente.

10.1 Femenidad y depresión

Los factores psicosociales que conducen a la depresión no son sino el espíritu mismo del estereotipo de la feminidad (Dio Bleichmar, 1999). Por tanto, se impone una evidencia: la necesidad de estudiar y poner en relación las condiciones que predisponen a la depresión y los modelos de la feminidad y masculinidad vigentes. Los innumerables estudios sobre roles llevados a cabo por investigadores en diversos ámbitos de las ciencias sociales. Tipifican la masculinidad y la feminidad. En términos de dos grandes categorías:

Feminidad: roles emocionales (Minoletti, 1999)

Masculinidad: roles instrumentales (ibidim)

Los rasgos que describen el modelo de feminidad más generalizados son los siguientes: sensibilidad, complacencia, dulzura (ausencia de agresividad y competencia), pasividad, obediencia, necesidad de contacto afectivo, dependencia, fragilidad.

Mientras que la masculinidad se caracteriza por: actividad, firmeza, capacidad para afrontar el riesgo, autonomía, decisión, autoconfianza, fuerza. La correlación entre los rasgos que definen la personalidad depresiva y los que caracterizan la feminidad permite elaborar el cuadro siguiente (Dio Bleichmar, op. cit):

Depresión	Feminidad
Dependencia	Dependencia
Pasividad	Pasividad
Falta de firmeza o asertividad	Falta de firmeza o asertividad
Gran necesidad de apoyo afectivo	Gran necesidad de apoyo afectivo
Baja autoestima e indefensión	Como efecto se desarrolla baja autoestima e indefensión
Incompetencia	Incompetencia

Como vemos, la superposición es significativa, además, y aportando la mayor precisión aun, los hallazgos son más contundentes. Sobre un tipo especial de mujer (la mujer tradicional), lo que actualmente en la bibliografía académica se denomina *estereotipo de feminidad (Ibíd.)*: las mujeres que en mayor medida presentan en su carácter rasgos de impotencia, incompetencia y depresión.

Cuando la mujer más estereotipada tenga su feminidad, en estos términos mayor predisposición a la depresión encierra, mientras que rasgos de la masculinidad y la propia masculinidad previenen contra la misma.

Como contrapartida, considerando la masculinidad como un conjunto de rasgos de personalidad, aquellas personas que desarrollan rasgos de carácter que se tipifican como masculinos se encontrarían mas alejados del peligro, de sufrir una depresión.

Depresión	Masculinidad
Pasividad	Actividad
Dependencia	Autonomía
Falta de firmeza o asertividad	Asertividad y agresividad
Gran necesidad de apoyo afectivo	Capacidad de aceptar riesgos y tomar decisiones
Baja autoestima e indefensión	Como efecto se desarrolla alta autoestima y seguridad
Incompetencia	Competencia

El perfil de mayor riesgo lo presentan las mujeres que reúnen los siguientes atributos (Ibíd.):

Estereotipos de la feminidad con ausencia de todo atributo positivo de masculinidad (ambiciones, confianza en sí misma)

Presencia de los atributos más negativos de la feminidad (dependencia y sumisión)

Ausencia de los atributos positivos de la feminidad (simpatía y disponibilidad para complacer)

11. DEPRESIÓN EN EL HOMBRE

11.1 El Hombre adulto y su medio

En su etapa de adulto joven, el hombre define su identidad, forja su espacio en el mundo y realiza elecciones que marcan su vida futura: elige una pareja,

forma una familia, se convierte en padre y llega a ser económicamente productivo. Esta edad ha sido idealizada como el mejor período de la vida, relacionándola con la mantención de trabajadores sanos, activos y productivos para la sociedad.

Esta etapa se caracteriza, además, porque el hombre es capaz de formalizar sus relaciones personales (por ejemplo, en el matrimonio).

A medida que transcurre el tiempo, aparece la necesidad de estabilizar aún más las elecciones hechas. Esto significa vivir en un barrio determinado, con la mujer que quiere, aportando esfuerzo y creatividad a la actividad que decidió desarrollar.

Cada hombre adulto organiza estos planes de acuerdo a sus intereses y capacidades. Hay hombres que prefieren su estabilidad económica y laboral antes de pensar en formar una familia, mientras otros buscan pareja primero y luego, la estabilidad laboral.

Para el hombre adulto, tanto lo afectivo como lo laboral constituyen áreas fundamentales de su vida.

11.2 El hombre deprimido

El terapeuta de la Universidad de Chile Castillo, R. (2005): "Aumento de tasas de suicidio en los chilenos", (<http://www.emol.cl>, 20-03-2006), plantea que los hombres son más reacios para admitir que tienen depresión. Por lo tanto, el diagnóstico de la enfermedad puede ser más difícil de hacer que en las mujeres.

Los hombres, manifiestan la depresión con irritabilidad, ira y desaliento, en lugar de los sentimientos de desesperanza o desamparo, enmascaran la patología con el consumo de alcohol, drogas y trabajo excesivo (Ibid). El hombre cuando se da cuenta que está deprimido, tiende a buscar menos ayuda que la mujer, pues

piensan que son signos de debilidad que no se esperan de su condición de varón y que no se esperan de él, por lo tanto, es importante que cuando el individuo reconoce que algo sucede entienda y acepte la idea que la depresión es una enfermedad real que requiere tratamiento terapéutico.

CAPITULO II

TEORIAS PSICOLOGICAS SOBRE LA DEPRESIÓN

Las orientaciones psicoterapéuticas que han sido estudiadas sistemáticamente en el tratamiento de la depresión son la terapia cognitivo conductual, la psicoterapia interpersonal y, en menor escala, la psicoterapia psicodinámica. Si bien, durante décadas, las distintas aproximaciones psicoterapéuticas han sido vistas como basadas en paradigmas teóricos y prácticos mutuamente incompatibles e inconmensurables, vale la pena hacer notar que en los últimos 25 años se han hecho esfuerzos considerables para integrar sistemáticamente componentes de psicoterapias de distintos orígenes dentro de un marco teórico coherente.

Gran parte de este proceso integrativo surgió como subproducto natural del vigoroso movimiento de investigación en proceso y resultados psicoterapéuticos con metodología empírica de la segunda mitad del siglo XX.

En Inglaterra, por ejemplo, Ryle (1990) ha desarrollado la *terapia cognitivo analítica* (CAT), donde las intervenciones terapéuticas, de corte psicoanalítico o cognitivo, se desprenden de la formulación de las dificultades del paciente. Se trata de un pluralismo coherente y planificado, diferente del eclecticismo espurio de aquellas terapias en las que las técnicas se mezclan y confunden en ausencia de un marco teórico que las ordene, fundamente y discrimine. El mayor contraste parece existir entre las terapias psicoanalíticas y la terapia cognitivo conductual. Sin embargo, como hace notar Gabbard (pos cit.; uvmnet, 2005):

***“Aún cuando esta última deriva de una tradición diferente, en muchas áreas la terapia cognitivo conductual y la terapia psicodinámica coinciden tanto en lo teórico como en lo práctico”.
(ibid:32)”***

La Psicoterapia Interpersonal, en cambio, puede considerarse una versión modificada de la psicoterapia dinámica. A continuación, se describirá brevemente estas tres formas de terapias que han sido validadas en el tratamiento de la depresión, destacando los puntos de unión entre los modelos.

1. Terapia Cognitivo Conductual

Los fundamentos de las terapias conductual y cognitivo conductual surgen de la teoría de condicionamiento clásica (aprendizaje condicionado y operante) y de la teoría de aprendizaje social. El método de desensibilización de Wolpe fue probablemente el primer intento riguroso de adaptar el condicionamiento pavloviano a la situación clínica. Al mismo tiempo, Skinner y sus colaboradores usaron técnicas de condicionamiento operante para modificar las conductas de pacientes sicóticos internados. Por razones básicamente epistemológicas, el enfoque conductual ignora la importancia de los factores cognitivos. Bajo la influencia de Beck (1995), entre otros, se produjo el llamado “giro cognitivo”, y las cogniciones (conscientes e inconscientes) han llegado a ocupar un rol cada vez más importante en los modelos psicopatológicos.

Las terapias cognitivas comparten con las terapias dinámicas el supuesto de la existencia de procesos cognitivos irracionales. Sin embargo, en la terapia cognitiva las cogniciones son consideradas aprendidas y mantenidas a través de reforzamiento. Por lo tanto, el desafío terapéutico a las cogniciones patológicas debe hacerse directamente y no por la vía de levantar sus determinantes inconscientes, como es el caso en las terapias dinámicas. Además, los vínculos que se suponen entre sintomatología y cogniciones específicas son en general menos complejos que en el enfoque dinámico. Con todo, hay coincidencias considerables entre la terapia cognitiva moderna y las ideas psicoanalíticas tradicionales, y muchas proposiciones cognitivas derivan, de hecho, de formulaciones analíticas. Ejemplos de coincidencia entre ambas tradiciones son la importancia asignada a la noción de desamparo, a la discrepancia entre el sí

mismo percibido y el sí mismo ideal, a la capacidad autodestructiva de las cogniciones negativas implicadas en la visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro, y a la tendencia defensiva a evitar el examen de cogniciones dolorosas.

Es notable que estos ejemplos surjan de, y sean relevantes para el análisis, precisamente, de la sicopatología de la depresión. Por alguna razón, Aaron Beck, uno de los padres de la terapia cognitiva partió desarrollando sus ideas estudiando la relación entre pensamiento y depresión (Ibid).

Este tipo de terapia es utilizada en el Programa de Detección, Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión, el cual se aplica desde el año 2001 en el Consultorio La Granja, lugar donde se realizó este estudio. Considerando importante la relación entre la persona afectada por Depresión y su entorno social inmediato en el nuevo paradigma del enfoque biopsicosocial que considera la salud de las personas en forma holística, integrando los ámbitos biológicos, psicológicos y sociales, esta orientada a resolver problemas y es altamente estructurada, utiliza técnicas variadas, como tareas escritas y calendarización de actividades, biblioterapia, *role-playing*, entre otras. Es técnicamente ecléctica, pero usa un amplio rango de técnicas de una manera consistente con el objetivo estratégico de lograr una modificación cognitiva. Se preocupa de la relación terapéutica como escenario para una reeducación cognitiva, pero sin poner el énfasis en los aspectos emocionales o de apoyo como factores curativos. De la misma manera, la terapia desarrollada por Beck no pone una atención especial en los sueños o en los recuerdos infantiles, aun cuando, de producirse espontáneamente, éstos puedan servir como claves valiosas para entender patrones cognitivos particulares. La meta es mucho más aprovisionar al paciente con un conjunto de herramientas prácticas de autoayuda que pueda continuar empleando y perfeccionado después de la terminación de la terapia.

En general, al clínico cognitivo le interesa menos que al dinámico investigar cómo han surgido las ideas y las conductas mal adaptadas. Los clínicos conductistas y cognitivo conductuales focalizan el estudio más bien en el cómo se mantienen estos aspectos o funcionamientos mal adaptados, ya sea por la

interacción con el entorno o a través de propiedades inherentes al sistema de creencias del individuo. En los comienzos de la terapia cognitiva se colocó un gran énfasis en la primacía de las cogniciones sobre las respuestas emocionales, en otras palabras, en la idea de que las reacciones emocionales podían ser predichas sobre la base de las creencias y expectativas. Más recientemente, ha habido un reconocimiento general, tanto de parte de teóricos dinámicos como cognitivos, de que la separación entre estos dos modos de funcionamiento es una simplificación de poco valor heurístico que tampoco es aceptada por la tradición filosófica o por las ciencias cognitivas modernas.

Teóricos cognitivo-conductuales han destacado que en la instalación y desarrollo de un desorden depresivo suelen establecerse círculos viciosos que deben ser desarticulados con el tratamiento: los pensamientos y sentimientos depresivos impactan la conducta del paciente, conduciendo a niveles de inactividad que pueden contribuir a cambios en el nivel neuroquímico, los cuales, a su vez, exacerbaban los componentes afectivos y cognitivos de la depresión. Además, el individuo deprimido tiene un impacto depresivo sobre los que lo rodean, contribuyendo así a la evitación y rechazo social de los que suelen quejarse los depresivos. Aún más significativo es que los individuos deprimidos suelen no darse cuenta como:

- ☞ El afecto actual colorea e influye en la forma en la cual los eventos y la información están siendo evaluados, procesados, almacenados y recuperados.
- ☞ La inactividad conductual está exacerbando el proceso depresivo.
- ☞ La conducta social inusual está contribuyendo inadvertidamente al proceso de mantenimiento de la depresión. La representación de sí mismo como impotente, contenido de la autoestima disminuida, actúa como un potente sesgo de confirmación, de acuerdo con el cual las personas deprimidas están predispuestas a atender selectivamente y de modo automático, a aquellas características de los eventos que son representativas de sus propios defectos

(reales o imaginarios), ignorando las que son disconfirmatorias. Esto amplifica la autoevaluación negativa de la persona deprimida.

A causa de su inserción en una tradición epistemológica positivista, el foco de las intervenciones conductistas se dirige a conductas definibles que puedan ser fácilmente identificadas y monitorizadas a través de intervenciones terapéuticas. Los tratamientos cognitivo conductuales representan una integración de este nivel de análisis con consideraciones acerca de pensamientos y creencias que pueden conducir a conductas disfuncionales. El objetivo de tales intervenciones es cambiar creencias mal adaptadas, usando un rango amplio de técnicas terapéuticas. Por lo general, éstas incluyen elementos de auto monitorización, identificación y reto a pensamientos y supuestos negativos que mantienen las conductas y las experiencias problemáticas; decatastrofización y calendarización de actividades que, a su vez, ayuden al ulterior auto monitorización y desafío de las creencias disfuncionales. Aun cuando la interpretación puede a veces formar parte del instrumental del terapeuta cognitivo, el encontrar las razones para la existencia de creencias singulares no es vista como un componente esencial o necesariamente efectivo de la intervención. Los objetivos de la intervención tienden a ser claros, y la motivación del paciente es permanentemente reforzada por el terapeuta mediante sugestión y apoyo.

La inserción en la tradición positivista de las terapias conductuales y cognitivo conductuales constituye una gran ventaja de estas terapias sobre las de tradición psicoanalítica, desde el momento en que las hace mucho más accesibles a la investigación sistemática de resultados, en especial, al estudio de la eficacia de técnicas estructuradas para condiciones psicopatológicas específicas. Esto explica el éxito que las terapias conductuales y cognitivo conductuales han tenido en la implementación de políticas públicas en Salud Mental. En nuestro país, por ejemplo, el programa de depresión para el nivel de atención primaria, insertó en el Plan Nacional de Salud Mental, prescribe intervenciones psicosociales grupales de 6 sesiones de 1,5 a 2 horas de duración para los pacientes con diagnóstico de depresión leve o moderada, de corte cognitivo conductual.

Finalmente, la distinción entre intervenciones cognitivas y conductuales es controvertida. Los clínicos más conductistas consideran que intervenciones tales como la reestructuración cognitiva puede ser eficaz sólo a través de su impacto en la conducta del paciente, la cual, a su vez, modifica su estado subjetivo. Al contrario, los “cognitivistas puros” consideran que los cambios conductuales inducidos directamente (por ejemplo, a través de refuerzo selectivo o exposición *in vivo*) tienen un impacto persistente sólo en la medida en que ellos fuerzan un cambio en las expectativas del paciente.

2. Psicoterapia Interpersonal

La psicoterapia interpersonal (PIP) se basa en las ideas de la escuela de la psiquiatría interpersonal e inicialmente fue formulada como una terapia de tiempo limitada de una frecuencia de una sesión semanal para pacientes depresivos. Si bien incluye una teoría explicativa general de la etiopatogenia que abarca todo el desarrollo vital, en especial las etapas más tempranas, el foco terapéutico no está puesto allí, sino en la conexión entre el momento de aparición de los síntomas depresivos y los problemas interpersonales actuales. De este modo, se orienta más a las relaciones actuales que a los aspectos crónicos de la personalidad. La actitud del terapeuta es activa y apoyadora.

La Psicoterapia Interpersonal es normalmente un tratamiento breve, usualmente administrado en la fase aguda de la depresión. La terapia comienza con una fase diagnóstica, en la que el desorden del paciente es identificado y explicado. El terapeuta destaca las maneras cómo el funcionamiento actual del paciente, sus relaciones sociales y expectativas dentro de tales relaciones, pueden haber jugado un papel causal en la depresión. Este es un momento educacional en el que el terapeuta vincula los síntomas depresivos con alguna de cuatro áreas interpersonales: duelos patológicos, conflictos de rol interpersonal, transición de roles o déficit interpersonales. En la segunda fase del tratamiento, el terapeuta lleva a cabo estrategias específicas para alguna de las áreas problemáticas. Por ejemplo, facilitando el proceso de duelo y ayudando al paciente a encontrar nuevas relaciones y actividades que compensen la pérdida. Los

conflictos de rol pueden ser abordados ayudando al paciente a explorar los problemas de relación y a considerar las opciones disponibles para resolverlos. En la fase final del tratamiento, el paciente es ayudado a focalizar en los logros terapéuticos y a desarrollar maneras para identificar y enfrentar los síntomas depresivos en el caso de que éstos reaparezcan en el futuro.

Con respecto a la relación entre la PIP y el enfoque psicoanalítico clásico, aparecen diferencias y semejanzas. El foco esencial de la terapia psicoanalítica clásica está puesto en los procesos mentales inconscientes y en el rol de las memorias, deseos, fantasías y conflictos intrapsíquicos en la determinación de la conducta y la psicopatología. El foco esencial de la aproximación interpersonal se dirige a los roles sociales y a las acciones interpersonales en las experiencias de vida pasadas y actuales. Tanto el enfoque interpersonal como el psicoanalítico consideran todo el ciclo vital de la persona y dan valor a las experiencias tempranas y a los patrones persistentes de personalidad en todas las etapas del desarrollo y en todas las áreas del funcionamiento personal. Sin embargo, en la comprensión psicodinámica el acento está puesto en las relaciones de objeto, mientras que el psicoterapeuta interpersonal se fija en las relaciones interpersonales. Dicho de otra manera, el psicoterapeuta psicodinámico “escucha” los deseos y conflictos intrapsíquicos, mientras que el terapeuta interpersonal “escucha” las expectativas y disputas de rol de su paciente. Con todo, tales diferencias parecen ser más teóricas que prácticas, pues sólo es posible “escuchar” las relaciones de objeto internas a través de la comprensión de las relaciones interpersonales “reales”. En este sentido, las relaciones de objeto son una inferencia que tiene el valor de un modelo heurístico, hecho a partir de las relaciones interpersonales. Además, el principio técnico psicoanalítico de privilegiar las interpretaciones transferenciales en el “aquí” y el “ahora” acorta más la diferencia, pues la relación de objeto en la que se focaliza la interpretación es precisamente aquella que está siendo actualizada en la relación con el terapeuta.

3. Terapia Psicoanalítica

Esta teoría estudia los procesos inconscientes, el comportamiento, se basa en factores internos e inconscientes que no se conocen. Comienza a desarrollarse con Freud y provoca un cambio cualitativo en la explicación y descripción de la conducta humana.

El autor desarrolla un modelo estructural acerca de la personalidad, el cual se divide en tres instancias: ello, superyó y yo.

Ello: corresponde a todas las funciones, instintos biológicos que aún no han sido socializados. la energía básica es el líbido, que es la energía sexual que está en el ello, que busca el placer.

Superyó: Representa las ideas valóricas, todo lo relacionado con la ética, todos los principios, las normas sociales, en los cuales está inmersa la persona en una determinada sociedad y cultura. Se forma a través del proceso de socialización.

Yo: produce una síntesis entre el ello y el superyó, procura que las necesidades instintivas se satisfagan de acuerdo a la realidad.

De esta división se separa la personalidad en tres formas, las que son: el consciente, inconsciente y preconscious.

La primera, el consciente, es aquella que agrupa todos los contenidos que agrupamos a través de la memoria, percepción y pensamiento. El preconscious, es todo aquel material que no es consciente, pero que se recuerda haciendo un esfuerzo. Y por último, el inconsciente, aquí están todos los contenidos del ello, todas las necesidades y exigencias del ello, las cuales a veces son amenazantes, por ejemplo los deseos de matar. Estos deseos son reprimidos por el superyó.

Para el autor la Depresión es un estado en que el sujeto vuelve la agresión hacia adentro, sobre sí mismo, en lugar de hacerlo sobre la persona que es una realidad el objeto de sus sentimientos agresivos (Fredén, 1986).

Para el psicoanálisis moderno la depresión constituye un síndrome variado y complejo con presentaciones semiológicas diferentes que pueden llegar a manifestarse como desórdenes bien delimitados que califican dentro de las nosologías en uso (DSM IV y CIE 10) y al cual se puede acceder por distintas vías. Estas vías pueden ordenarse dentro de series de causas que van desde lo biológico constitucional a lo psicogénico. Dentro de las series causales propiamente psicológicas, también es posible pensar en términos de series complementarias. Existen dos modelos psicoanalíticos para la psicopatogenia de la depresión. El más antiguo destaca la importancia de agresión y culpa en la génesis de la depresión. El más moderno recalca la tensión patológica entre la realidad y el ideal del yo en pacientes deprimidos. Dio Bleichmar (op. cit) ofrece un modelo integrado entre ambos que podemos resumir en 2 puntos:

- 1) La existencia de un deseo que ocupa un lugar central en la economía psicológica del paciente deprimido; fijación que no puede ser reemplazada o compensada por otros deseos. Este deseo puede pertenecer a diferentes áreas. Por ejemplo, pueden ser deseos de satisfacción instintiva o de experimentar niveles bajos de tensión mental y física, o ser deseos de apego, desde los más normales de contacto físico o comunicación emocional con un otro significativo, hasta los más patológicos de fusión con el objeto. Pueden ser deseos narcisistas, también desde los normales deseos de control de los propios impulsos y emociones, de buen funcionamiento psíquico o de ser querido y apreciado, hasta deseos más patológicos de cumplir con ideales de perfección física, mental o moral, de ser objeto de admiración sin límite o de tener un control total sobre sí mismo o sobre los demás. Por último, están los deseos que pueden estar relacionados con el bienestar de la persona querida. Si el sujeto se ve a sí mismo como siendo el agente causal del daño o sufrimiento de la persona deseada, se originará una depresión cuyo componente principal será la culpa.

Lo crucial es que el deseo sea profundamente anhelado, es decir, sea central en la economía psíquica del sujeto, de modo tal, que su no realización y su imposibilidad de ser reemplazado o compensado conduce a una situación de catástrofe psicológica.

2) El sentimiento de desamparo e impotencia frente a la realización de ese deseo, con la correspondiente representación de sí mismo como incapaz de satisfacer el deseo. En el surgimiento de este sentimiento de desamparo pueden estar involucrados: agresión volcada contra sí mismo (culpa inconsciente), o ser consecuencia de la agresión a objetos internos del ser que al quedar deteriorados por la crítica hacen sentir a la persona que está viviendo en un mundo despoblado de objetos gratificantes, o de ataque a objetos en la realidad exterior con la consiguiente pérdida de relaciones interpersonales y oportunidades sociales, o un superyó muy severo (heredero introyectado de una relación temprana que fue vivida desde un otro abandonante, exigente y castigador), o de aspiraciones narcisistas exageradas (discrepancia entre el yo percibido y el ideal del yo), o de identificación con padres depresivos que generan un sentimiento básico de impotencia y desesperanza (carácter depresivo), o exposición a situaciones traumáticas actuales (opresión, enfermedades graves invalidantes, etc.), o fijación a situaciones equivalentes en el pasado que al sobrepasar los recursos de la persona le hacen sentir impotente y desesperanzado, o pensamientos automáticos negativos de diferente origen, etc. Además, estos diversos componentes pueden interactuar y, a su vez, retroalimentarse entre sí y con el entorno interpersonal de distintas maneras, de modo que la depresión se mantiene y profundiza.

De acuerdo con Dio Bleichmar (ibid), el modelo centrado en agresión y culpa es una manera particular de llegar a la situación que define la esencia de la depresión.

Klerman (cit. pos. Trad 1992), postula cuatro áreas de problemas capaces de desencadenar una depresión. La primera se refiere a los duelos patológicos. La segunda destaca lo que él llama disputa de rol interpersonal. Esta disputa se desarrolla cuando la paciente –porque generalmente son mujeres–, y otra persona

significativa tienen expectativas no complementarias y divergentes sobre la interacción de los roles y relaciones mutuas. Estos conflictos pueden tomar la forma de crisis maritales, disputas entre padres e hijos, entre colegas de trabajo o dentro de una familia extendida o red de amistades. La tercera área que puede estar involucrada en el desencadenamiento de una depresión se refiere a la existencia de una situación vital de transición de rol. Inevitablemente, el desarrollo de la vida conduce a cambios críticos en los que se experimenta la pérdida de algún rol (de estudiante, de hijo por abandono de la casa paterna, de un puesto de trabajo por promoción, cesantía o jubilación, cambio de residencia, etc.). En este caso, la pérdida exige adaptarse a nuevas situaciones vitales y a nuevos roles. Consciente de su cercanía con las situaciones de duelo, este autor prefiere diferenciarlas, por razones de trabajo terapéutico. La cuarta área patogénica se refiere al déficit que algunos sujetos deprimidos muestran en su habilidad para iniciar o sostener relaciones interpersonales.

El concepto de técnica focal supone que el trabajo terapéutico puede centrarse consistentemente en la interpretación y elaboración del mismo conflicto patógeno a lo largo de la terapia. El conflicto focal se encuentra en un nivel mediano de abstracción y se relaciona dinámicamente tanto con los síntomas como con la estructura de personalidad del paciente. El foco es un constructor teórico técnico que surge en la mente del terapeuta a partir de la interacción con su paciente dentro de las primeras sesiones de tratamiento y podría formularse idealmente en términos de una interpretación esencial en la que basar la terapia. La determinación del foco es un proceso intersubjetivo complejo y fluido que no pretende ser una imposición del terapeuta, sino un emergente de la “negociación” propia de dos mentes que entran en contacto. A través de la escucha de la biografía del paciente, de los elementos de su situación actual de vida en relación con las etapas del ciclo vital, de los eventuales conflictos que caractericen la situación desencadenante y de la manera como el paciente entrega la información y se comunica en las entrevistas, va surgiendo en la mente del terapeuta un patrón de interacción conflictiva interpersonal característico que se repite en la historia de vida, se manifiesta en la situación actual y desencadenante de la

depresión y se ofrece a la comprensión del terapeuta en la interacción personal durante las entrevistas.

CAPITULO III

LOS ROLES EN LA SOCIEDAD

Para el desarrollo del presente estudio, es importante abordar el tema de los roles que deben cumplir hombres y mujeres en nuestra sociedad y de este modo ir comprendiendo la evolución que los individuos han tenido en cuanto a los roles que les toca cumplir en la sociedad actual y cómo esto influye en las historias de vida, en las formas de pensar, sentir y vivir un eventual trastorno depresivo.

1. LOS ROLES

Todas las personas, en algún momento, esperan algo de alguna persona. En este sentido la pregunta ¿qué se espera de mí?, Se relaciona con lo que desean los demás que otros hagan en determinado momento, es decir, el rol que tienen que cumplir. Por ejemplo la familia de cualquier mujer dueña de casa, espera que cumpla el rol de esposa, de madre, de cocinera y también de profesora (al momento de ayudar a realizar sus tareas).

Un rol es el comportamiento que las personas realizan en determinado momento. Frente a los hijos, los padres cumplen el rol de educadores; frente a los pacientes, los médicos cumplen el rol de ayudadores. Un rol posee derechos, deberes y un modo de comportarse de acuerdo a su función. Por ejemplo, de un profesor, esperamos que entregue conocimientos a sus alumnos, que sepa bien su materia y que tenga paciencia para enseñar.(Teleduc 1995)

El rol se pone en práctica en una relación entre, por lo menos, dos personas. No puede existir un rol sin otra persona. Así, por ejemplo, tenemos el rol de madre- hijo(a), jefe-empleado(a) y profesor(a)-alumno(a). Si se presta atención, es imposible ser madre sin tener un hijo(a), o ser jefe si no tenemos una

empleada(o). En muchos casos de mujeres, los hijos se encargan de recordarles que su rol como madre es ayudarle con las tareas y cocinarle la comida.

2. Ser Hombre y ser mujer

Desde hace mucho tiempo, se ha definido culturalmente lo que es propio de una mujer y lo que es propio de un hombre, a partir de estas características biológicas. Dependiendo de cada cultura y del momento que sé este viviendo, se acepta o se critica aquellos roles que se han considerado biológicamente más femeninos o más masculinos.

A la mujer, por ejemplo, a partir de la procreación, se le ha asignado la función de crianza, mientras que al padre se le ha dado una función más lejana sobre los niños y una tarea más central en el sustento de la familia.

Sin embargo, estos roles varían mucho de una cultura a otra. Así, en algunos lugares, los hombres cuidan a los niños mientras que las mujeres trabajan en la tierra; en otros casos, ambos asumen el trabajo como la crianza de los niños. Y, en otras sociedades, mientras la mujer tiene su trabajo de parto, el hombre sufre los dolores de este proceso con conductas que muestran sufrimiento, como si fuera el hombre el que estuviese dando la luz. (Barroso, 1998)

3. El Concepto de Género

La idea tradicional de que el sexo de una persona determina sus roles debido a sus características biológicas ha cambiado mucho en los últimos tiempos. Actualmente, los roles los define la cultura no sólo en función del sexo, sino principalmente considerando las capacidades y condiciones de cada persona.

En los estudios de género, se observa consenso en el sentido de que existen dos elementos básicos al analizar este tema. El primero de ellos, se refiere a la construcción cultural presente en todo sistema social; el segundo guarda relación con el hecho de asignar atributos a lo femenino y masculino, los que inevitablemente llevarán a marcar diferencias de poder entre hombres y mujeres.

El rol que le da una cultura a una mujer o a un hombre independientemente del sexo se llama rol de género.(Teleduc, op. cit)

El sexo masculino y femenino corresponde a una manera de ser del hombre y la mujer en su estructura corporal y en su funcionamiento biológico. En cambio, el género masculino o femenino, y lo que hace o no hace cada uno (rol), se define en cada cultura.

3.1 Roles de cada Género

Los roles definidos por el género son más amplios que los roles definidos sexualmente.

Esta variedad ha surgido a partir del gran desarrollo de la tecnología moderna. Trabajos que antes eran realizados solo por hombres (por su condición sexual de hombres), comenzaron a ser hechos eficientemente por mujeres, esto ha confirmado de alguna manera, que no existen tareas ni labores exclusivas para los sexos, como se había pensado por tanto tiempo. Por ejemplo el manejo de un taxi por una mujer, ahora es algo común en nuestro país.

Los roles que la mujer cumple cambian de acuerdo a la evolución de la sociedad y, por lo tanto, la mujer se ve enfrentada hoy a nuevos desafíos en relación a la posición que ella quiere ocupar socialmente.

3.2 Cuestionamiento de los roles tradicionales

Tanto hombres como mujeres tienen roles tradicionales, los cuales, a veces, entran en conflicto con los roles de género, que son más amplios y cuestionados por la sociedad. Aquí aparecen las preguntas difíciles: ¿qué se espera de mí? Y ¿qué es lo que yo quiero? Siempre se encontrará en el conflicto de responder a los demás, a sí mismas o a un conflicto mayor, que es el de lograr conciliar las expectativas de los otros con las de sí misma.

El rol tradicional de la mujer, que de alguna manera poseen la mayoría de las mujeres, se centra en el ser esposa y madre. En este sentido, se espera que la mujer se preocupe de todo lo relacionado con la familia: la mantención de las relaciones afectivas y sociales, el bienestar de todos y la mantención de los lazos afectivos con las familias de origen. El hombre, por su parte, de acuerdo al rol tradicional toma las grandes decisiones referentes a la familia, mientras que la mujer se encarga de las decisiones cotidianas. Además, el hombre asume su función de proveedor, en la cual su trabajo y sus actividades sociales se realizan, en general, fuera del hogar.

Debido a la evolución social, económica y a los avances de la tecnología, la mujer ha ido descubriendo nuevas actividades que puede realizar. De hecho, hay mujeres que trabajan fuera del hogar; algunas lo han hecho como una opción de desarrollo personal y, otras, por necesidad de apoyo económico para el hogar. Para muchas de ellas, la labor exclusiva de dueña de casa y madre ya no es considerada como un modelo de realización personal. Esto no quita que, para otro número importante de mujeres, la labor de ser madres y dueñas de casa, sea un aspecto importante de su desarrollo personal.

4. MANDATOS CULTURALES

El sexo femenino, en la sociedad se ve enfrentada a sus propios deseos y necesidades. Es importante que cada mujer reflexione y busque el sentido de sus roles de acuerdo a lo que cada una, como mujer en particular, quiera ser y realizar.(Teleduc, op. cit)

Esta reflexión es importante para enfrentar las contradicciones emocionales entre “lo que debo ser y se espera de mí” y “lo que yo quiero ser y yo espero de mí”.

Cada cultura se organiza siguiendo determinadas órdenes sociales que le son propias. A partir de esas órdenes se forman los mandatos culturales que nos obligan a ser de cierta manera. En cierto sentido, son como las imposiciones de la moda, que nos gusten o no, terminan definiendo de alguna manera cómo nos vestimos, y aunque no las sigamos, igual las tenemos presente. Así lo explica este cuadro complementario (ibid):

En forma muy amplia, la cultura en que estamos insertos, obliga a la mujer a:

- ✓ Ser exitosas o, por lo menos, querer el éxito, el cual se mide en términos económicos.
- ✓ Saber de todo, si no, es una vergüenza
- ✓ Tener todo claro y no mostrarse confusas o dudosas, lo que es igual a ser pocos eficientes.
- ✓ Luchar para ser mejores que otras y lograr el éxito.
- ✓ Estar permanentemente dispuestas y preocupadas de las necesidades de los otros, especialmente de la familia.

- ✓ Ser siempre acogedoras y no poder decir “no puedo”, “no quiero”, “no me gusta”.
- ✓ Ser fuente de desarrollo, afecto, y enriquecimiento personal para los que la rodean.
- ✓ Estar siempre en una actitud de autoexigencia, asumiendo las responsabilidades de manera casi absoluta, creyendo que el funcionamiento de la casa, el bienestar, la felicidad y la armonía del hogar son de su absoluta responsabilidad.
- ✓ Centrarse solamente en los hijos; su crianza, su bienestar físico, psicológico, educativo y su desarrollo personal.
- ✓ Organizar y realizar todas las funciones de la casa al mismo tiempo: Cuidar a los hijos mientras hace el aseo y ser buena esposa y buena amante, entre otras; si además trabaja fuera del hogar, debe realizar su trabajo, organizándose de manera tal que no interfiera con sus tareas hogareñas.

Considerando los mandatos recién descritos, se puede ver que la sociedad obliga, a las mujeres, a valorarse a si mismas en función del “hacer”, lo que las lleva a la imposibilidad de darse tiempo y espacio para si mismas. De esta manera, las mujeres llegan con frecuencia a tener la idea de que los demás las quieren por lo que hacen y no por lo que son.

4.1 Diferencias de mandatos entre el hombre y la mujer

Los mandatos no sólo atrapan a la mujer, sino que también a los hombres. A continuación entregamos una lista con aquellos mandatos que afectan por igual a los dos sexos o géneros y que limitan la libertad de expresión.(ibid)

4.1.1 Lista con mandatos que afectan por igual a los dos sexos o géneros:

- ✓ La mujer debe ser discreta en el planteamiento de sus ideas y opiniones. A los hombres les corresponde ser directos e incluso peleadores para exponer sus puntos de vista.
- ✓ Las mujeres tienen que encontrar modos de expresión indirectos que son frecuentemente percibidos como manipuladores. Cuando son directas, las mujeres parecen agresivas. El hombre siempre debe ser muy directo y le cuesta mucho asumir que también puede ser inseguro y débil.
- ✓ Las mujeres deben ser autosuficientes y fuertes pero, al mismo tiempo, mantenerse dentro de la definición del “sexo débil”. El hombre debe ser siempre duro y fuerte, no se le permite tener caídas o momentos de debilidad.
- ✓ La mujer no debe tomar en cuenta su sexualidad. Debe limitar su natural curiosidad, incluso al nivel de no estar informada. La expresión “la mujer nace para ser madre” pareciera implicar que la mujer no debe tener sexo. Para el hombre, el mandato es ser un súper hombre, saber todo acerca del sexo y no fallar nunca.

Es importante que las mujeres tengamos presente que, como parte de la sociedad, también cooperamos en el mantenimiento de estos mandatos y debemos reflexionar sobre ellos. Habría que partir, por ejemplo, preguntándonos cómo calzamos individualmente con los roles y los mandatos que tenemos.

4.2 Reflexión sobre los roles y mandatos

Una mujer puede creer que está “fallando” al no pensar, sentir y actuar como lo hacen “las mujeres”. Sin esto ocurre conmigo, algo me pasa a mí: “yo

estoy fallando”. Es decir, se termina en autocrítica y no se nos ocurre cuestionar el mandato y analizar qué es lo que no calza conmigo, de ese mandato o de ese rol.

Cuando no se cumple con lo que se “debe” se puede sentir que se pierde derechos y esto tiene un beneficio y un costo. El beneficio es (y esto es lo que generalmente no tenemos presente) que se gana otros derechos. Por ejemplo, si debo ser eficiente y eso me hace sentir cómoda con los demás, puede ocurrir que me sienta cansada y disminuya mi eficiencia. Por otro lado, hay un beneficio: si asumo frente a los otros que estoy cansada (por lo que no haré tan bien los quehaceres), no seré celebrada como eficiente, pero me doy el derecho de descansar.

Si la mujer está siempre dispuesta para otros, se limita la posibilidad de pensar en sí misma y de cuidarse. Se descuida muchas veces la parte externa, aspectos de embellecimiento y arreglo personal, y lo más importante, tiene una dificultad para gozar de la vida y de disfrutar la quietud y el descanso.

Los mandatos actúan por lo general a nivel inconsciente y sin que nos demos cuenta, razón por la cual pasan a constituirse en un “deber ser”, que no se puede dejar de lado. Por eso es importante reflexionar sobre ellos.

Cada mujer, en esta reflexión debe conectarse con sus propias necesidades y decidir qué cambios desea hacer considerando sus propias características personales. Cada una determinará cuáles mandatos le hacen sentido, cuáles calzan más con sus necesidades y cuáles le resultan más difíciles y conflictivos.

4. ROLES Y NECESIDADES

Las necesidades son impulsos que no se puede evitar sentir y que deben ser satisfechos. Estas necesidades del ser humano van desde las necesidades físicas orgánicas (como el hambre y la sed) y psicológicas (ser valorado, ser

respetado), hasta las necesidades intelectuales y espirituales (búsqueda de conocimiento, realización personal, sentido de la vida). A lo largo de la vida, algunas de ellas se tornan más importantes que otras.

Las necesidades son numerosas y se dan simultáneamente. Para poder satisfacerlas es importante, primero, tener claro cuáles son y luego ordenarlas para poder elegir cuál o cuáles serán aquellas que serán satisfechas de manera más inmediata y cuáles dejaremos para después. Cada mujer es quien mejor sabe determinar cuáles son sus necesidades más urgentes y cómo las maneja y logra satisfacer.

A las mujeres les cuesta tanto conocer sus necesidades como encontrar formas de satisfacerlas, debido, básicamente a lo que decíamos antes: la mujer está centrada en los mandatos sociales y en lo que se espera de ella, que muchas veces no se da cuenta de las cosas que necesita.

Esta tendencia de la mujer de definirse de acuerdo a lo que los otros esperan de ella la hace distanciarse de sí misma y perder contacto con sus necesidades.

El desafío para la mujer, en estas circunstancias, es confiar en su creatividad y buscar un tiempo y un ritmo propio que le permita afrontar sus propias necesidades como persona y la posibilidad de relacionarse de una manera más satisfactoria y vital con ella misma y con los demás. (ibid)

CAPITULO IV COMUNICACIÓN FAMILIAR

1. ¿Qué es la comunicación?

La comunicación es un intercambio de comportamientos entre dos o más personas, mediante la palabra oral o escrita (comunicación verbal), y mediante los gestos o las expresiones emocionales (comunicación no verbal).

Comunicar es mucho más que hablar. La persona que comunica utiliza varios medios de expresión para entregar un mensaje. Querámoslo o no, siempre estaremos comunicándonos, ya sea a través de las palabras, los gestos e incluso, a través del silencio.

El resultado de la comunicación es un intercambio de significados. Si el proceso de comunicación es adecuado, estos significados favorecen la comprensión entre las personas, a través de acuerdos en los contenidos que se transmiten en los mensajes, y de acuerdos en los sentimientos y en las formas de relación. Esta comprensión en la comunicación genera una vida en común satisfactoria.

Los tipos de comunicación que encontramos, se basan en simbolizaciones diferentes (Comunicación Familiar, Revista Teleduc op. cit):

- ☛ **Comunicación No verbal:** el principio de la analogía, hace referencia a la experiencia interna, supone imágenes no verbales, movimientos corporales, reacciones espontáneas.

- ☛ **Comunicación Verbal:** el principio digital son los números o letras que se asignan arbitrariamente a los acontecimientos

4.2 Funciones de la comunicación

La comunicación crea lazos, vínculos y relaciones que ponen en contacto a las personas. Estos lazos pueden generar sentimientos de cercanía o lejanía, de atracción o rechazo entre los que se comunican.

El comportamiento de cada miembro de la familia está relacionado con el de los demás y todo comportamiento es comunicación. Por esto es que se dice que la comunicación “tiñe” la vida de las personas.

La familia es como el laboratorio donde se experimentan las primeras experiencias de comunicación. La manera cómo nos relacionamos y cómo convivimos con otras personas la aprende el ser humano desde pequeños dentro de la familia.

Esta comunicación familiar, pertenece a lo más básico de la experiencia humana. Su función es establecer vínculos, construir la identidad (ser alguien único), desarrollar la autoestima, forjar la voluntad y enseñar a expresar las emociones. A través de aquello que nos dicen o manifiestan los demás, tanto verbal como no verbalmente, construimos nuestra identidad y autoestima. Cuando la comunicación es positiva, nos alimenta, dándonos seguridad y permitiéndonos afrontar con éxito las distintas situaciones de la vida.

4.3 Características de la comunicación

4.3.1 Comunicación circular

Para Barroso (op. cit), en el proceso de la comunicación se produce una influencia mutua. Esto significa que el comportamiento de las personas afecta al

de todos los miembros de la familia. Es decir, un mensaje va provocando respuestas y estas respuestas, a su vez, se convierten en nuevos mensajes que generan nuevas respuestas, y a sí sucesivamente (circularmente).

Esta circularidad de la comunicación ayuda a entender algunos conflictos que se presentan en las relaciones cotidianas, especialmente cuando los significados que cada uno da a las situaciones no son compartidos por los otros.

4.3.2 Niveles de la relación y del contenido

En la comunicación se transmiten contenidos (información). En la comunicación, también, se define la relación que existe entre las personas, relación que se expresa en los comportamientos que tiene cada persona. En este sentido se pueden presentar distintas situaciones (op. cit: 10):

- ☞ Los comunicantes pueden estar de acuerdo en el contenido y en la relación; se puede tomar el ejemplo del caso de marido y mujer, ambos dos concuerdan que la sopa esta desabrida y también en la relación (la esposa no se complica con el comentario del esposo, ya que no se siente descalificada por él en su rol de dueña de casa).
- ☞ Los comunicantes pueden estar de acuerdo en el contenido (la esposa opina que la sopa sí esta desabrida), pero **no** en la relación (ella considera el comentario del esposo como una duda o crítica a sus funciones de dueña de casa).
- ☞ Los comunicantes pueden **no** estar de acuerdo en el contenido (la esposa opina que la sopa está sabrosa), ni tampoco en la relación (ella siente que hay una crítica a su labor, una agresión o una falta de agradecimiento).

- ☞ Los comunicantes pueden **no** estar de acuerdo en el contenido (la sopa está desabrida, según ella), pero sí están de acuerdo en la relación (la esposa no se siente criticada en su desempeño).

4.3.3 Comunicación es más que palabras

En la vida familiar y en la relación de pareja, especialmente, no son las palabras las que generan problemas. Se puede calificar a alguien de tonto y el efecto va a ser distinto según el momento en que se diga, la forma en que se expresa, y la historia de la relación, entre otras cosas. Según esto, las palabras, “eres un tonto”, pueden ser consideradas como una expresión de cariño, o como una descalificación personal. Por lo tanto cada participante le da su propio significado a las situaciones, que son vistas de manera similar o diferente. La comunicación está impregnada con las historias personales, la cultura, los mitos, las formas de vida y, en general, con la personalidad de cada uno de los que se comunican.

En la comunicación humana participan las imágenes que se forman los comunicantes de sí mismos y del mundo. Muchas veces estas imágenes no son compartidas por los demás, así como tampoco lo son los significados que se les dan. En estos casos se tienden a adivinar significados y lo malo es que las adivinanzas se toman como hechos.

4.3.4 Puntuación en la comunicación

Así como es difícil determinar el contenido y la forma de una comunicación, también es difícil delimitar cuándo ésta se inicia y cuándo se termina. Cada uno se explica el inicio y fin de ella según lo que oye y quiere oír. Esto sucede por que la comunicación, como ya se dijo, está “teñida” por cada uno de los comunicantes.

Cada persona va puntuando e interpretando las situaciones comunicativas. Cuando no hay acuerdo entre dos o más personas sobre esta puntuación e interpretación, se generan problemas. Por ejemplo: el niño dice que es rebelde porque sus padres lo castigan, sus padres a su vez dicen que castigan al niño porque es rebelde.

Existen varias formas de puntuar, destacar o dar un significado a una misma situación. Es importante, para disminuir los conflictos, que se reconozca la dificultad de señalar el inicio y el término de una comunicación, de modo que no se llegue a círculos viciosos en donde cada cual defiende rígidamente su posición.

4.3.5 Simetría y complementariedad en la comunicación

La comunicación entre dos personas puede ser simétrica o complementaria. Es simétrica, cuando se basa en la igualdad de conductas, actitudes o cualidades entre dos personas. Es complementaria cuando se basa en las diferencias entre dos personas (si uno habla mucho el otro se calla; si uno persigue, el otro arranca). Esta igualdad (simetría) o diferencia (complementariedad) pueden referirse a responsabilidades, al poder, a la posibilidad de hacer críticas, de proponer alternativas y de tomar iniciativas o decisiones, entre otras cosas.

Dentro de la familia, la simetría en la relación puede darse, por ejemplo, entre los hermanos. Cuando la relación es de igual a igual, pueden aparecer conflictos como competencias, disputas y luchas que pretenden romper esta igualdad. En estos conflictos se miden fuerzas y poder, por ejemplo, y cada uno trata de imponerse a los demás.

La relación complementaria, por su parte, se basa en que las diferencias entre las personas son importantes y necesarias. Es común que dentro de la familia las actitudes y conductas sean complementarias, ya que los distintos miembros de ella (padres e hijos, esposo y esposa, hermanos mayores y

menores) no tienen igualdad en las funciones ni en las responsabilidades. Desde su lugar en la jerarquía, cada uno asume comportamientos diferentes que se complementan.

El crecimiento de los miembros de la familia se estanca si los comportamientos son siempre los mismos. Si siempre es la mujer la que se preocupa del contacto protector y cariñoso con sus hijos, y el esposo, en cambio, siempre representa el rol autoritario y duro frente a ellos, la mujer no aprenderá a poner límites a sus hijos y el marido no sabrá cómo acercarse cariñosamente a ellos.

El ideal es ser flexible y poder ser simétrico, en algunos momentos y complementario en otros. La rigidez en la simetría y en la complementariedad puede ser la causa de muchos problemas.

En el caso de la simetría, por ejemplo, cuando dos personas se igualan en rabia, pueden generar una escalada de violencia. En cambio, si actúan complementariamente frente a esa rabia, será uno el que se enoje más, y el otro que ponga la necesaria cuota de calma. Esta flexibilidad en roles y actitudes permite buscar diferentes maneras de ser, sin quedar pegados y limitados a un solo tipo de comportamiento.

En la complementariedad rígida puede existir una relación que obliga a mantener aquello que uno posee y al otro le falta, lo que fatiga la relación.

5. Modelos de comunicación familiar

Es importante complementar la información con los Modelos de Comunicación, (ibid: 170), habla de la congruencia de lo que es la persona, siente y expresa en determinado momento, en cada una de estas maneras existe:

- ☞ Una comunicación con palabras.
- ☞ Una comunicación corporal: expresión facial, posición corporal, tensión muscular, ritmo respiratorio y tono de voz.
- ☞ Frases y sentencias.

Existen mensajes a doble nivel: una cosa dicen las palabras, otra el resto del cuerpo. Y suponen una manera de verse a sí mismo y de mirar la vida, según mapas aprendidos en familia. Son cinco formas de hacer contacto consigo mismo y con los demás, estas son:

5.1 Acusador-recriminador. El acusador cuando se comunica, acusa, descalifica, expresa rabia, se muestra hostil, agresivo, intransigente, duro, dogmático, simétrico. No cree en sí mismo, ni en el otro. Vive en el pasado y del pasado, con conflictos severos, no resueltos, con figuras de autoridad. Su sentimiento básico es la rabia y, se toma cuenta a sí mismo mediante la negación del otro. Acusa y desvaloriza, para no acusarse, ni desvalorizarse, proyecta en el otro lo que no acepta de sí.

En el contexto familiar es recurrente encontrarse con parejas acusadoras, recriminadoras, para quienes nunca está nada bien. Le encuentran defecto a todo. No saben apreciar, sino reclamar, amenazar, quejarse, insultar, gritar, criticar, ridiculizar, ofender con palabras y con acciones, al igual que con el tono de la voz, con gestos mirando feo, torciendo la cara, respirando entrecortado. Desde sus mapas jerárquicos y su modelo de la vida autoritario, sólo saben hacer contacto a través de la rabia, que en el fondo es lo único que les proporciona seguridad.

5.2 Suplicante-conciliador. Pasivo, lastimoso, crítico de sí, complaciente, se desvaloriza, se siente culpable, no se toma en cuenta, le da demasiada importancia al otro, niega sus necesidades, no sabe poner límites. Viene del abandono con un sentimiento básico de miedo que lo dejen. Y desde ese miedo manipula con su debilidad y síntomas físicos. El problema le presta importancia.

En el contexto familiar encontramos padres e hijos suplicantes y lastimeros, víctimas profesionales, de todo y de todos: del marido, de los hijos, de la vida, para manipular a toda la familia. Acusados por todos, no tomados en cuenta, no les queda más remedio que meterse en su lástima y desde allí mantener el control de todo el grupo. También encontramos padres ancianos, hijos con defectos físicos, con problemas de toda índole, que mantienen a todo el sistema familiar, en jaque, bajo un régimen despiadado de control y de maltrato.

5.3 Superrazonable-computadora. Es frío, distante, calculador. Mira al otro desde sus elucubraciones y racionalizaciones. El ha fabricado su propio mundo consistente en teorías y modelos, en donde se explica todo, menos lo esencial de sí mismo. Le fascina leer, aplicarle a otros lo que lee y usar términos y palabras rimbombantes, para hacer sentir a los demás incompetentes. Rígido, intransigente, distante, fanático de cualquier ideología, observa al otro desde arriba, con el sarcasmo de quien posee el derecho de la verdad, porque nadie sabe tanto como él.

5.4 Irrelevante-impertinente. Nada ni nadie, es importante. Nada vale la pena, nada vale lo suficiente, porque él siente que él tampoco vale. Desde su descalificación, se rebela contra todo lo establecido, no respeta, ni acepta límites, ni autoridad. Por no ser capaz de enfrentarse a sí mismo, para él nada cuenta, ni él mismo, ni el otro, ni el contexto. Es confuso, distraído, rebelde, excéntrico, hiperactivo y desordenado. Vive fuera de sí y de contexto.

En el contexto familiar, es una forma típica de comunicación de personas con problemas serios de triángulos rotos, quienes se sienten abandonados. Se refugian en la impertinencia y en la irrelevancia, como una forma paradójica de volver a ser incluidos, pero convierten su estilo en una forma de pasar facturas, de saldar cuentas del pasado. No le agradan las responsabilidades de ninguna área. embarcan a todos, llegan tardes a las citas, no dan importancia, a lo que a otros

importa , viven su aquí y ahora, pero desconectándose del resto del mundo, porque no tomando nada en serio, pretenden ser tomados en cuenta.

5.5 Congruente-auténtico. Responsable, congruente, verdadero con sus sentimientos, creativo, expresa lo que siente, toma en cuenta sus necesidades y las del otro. Directo y específico, competente y ético, diferente y complementario. Esta forma de comunicarse es propia de personas que atienden su crecimiento y buscan ser efectivos en sus relaciones consigo mismo y con los demás. Se valoran a sí mismo y valoran al otro. Están centrados en el aquí y ahora sin desconectarse de lo que lo rodea.

En el contexto familiar, el congruente se respeta así mismo y al otro, atiende necesidades propias y ajenas, está pendiente y en contacto. Una persona congruente, se acerca y entiende las situaciones desde otras perspectivas, sabe escuchar y es empático. Sabe cuando acercarse, cuando retirarse. Es productivo y efectivo, administra bien su tiempo y recursos y está contextualizándose en todo momento. Es el miembro familiar que respeta lo que sienten los demás, pero también exige respeto de ellos, porque se siente persona y no negocia por menos.

II. PARTE

MARCO REFERENCIAL

CAPITULO V

POLÍTICAS PÚBLICAS Y DEPRESIÓN

Las políticas de salud tienen un proceso de generación semejante al de otras políticas públicas. Nacen cuando la opinión pública y los dirigentes coinciden en que un problema de salud merece entrar en la agenda del sector, ya sea por su gravedad, medida en el número de muertes que provoca; o en el daño que provoca a las personas generando discapacidades que interfieren en la vida normal; o simplemente en la relevancia cultural o valórica que se le atribuya a la enfermedad y sus consecuencias.

En los tiempos modernos se busca establecer políticas de salud basadas en evidencias, es decir, con pruebas científicas que avalen la eficacia de las soluciones propuestas. Para ello se utilizan diversos mecanismos de evaluación, ya sean cuantitativos como cualitativos. Se incluyen las valorizaciones económicas de las intervenciones, pero también la valorización social que la comunidad otorga a la atención de un problema de salud específico.

Cuando un problema de salud alcanza un punto de visibilidad social por alguna de estas razones, y se demuestra la efectividad de algunas soluciones técnicas, este problema será incorporado a la lista de problemas prevalentes. Este ejercicio, llamado de priorización, se ha hecho mucho más explícitamente en los últimos años.

Así nacen inquietudes, que se implementan desde el Ministerio de Salud, una de ellas, es el ***Programa de Diagnóstico y Tratamiento Integral de la Depresión en la Atención Primaria***. Este Programa se inserta en el proceso de cambio del Modelo de Atención, cuyo eje es la evolución del Consultorio a un

Centro de Salud con enfoque de salud familiar y que en distintas etapas involucra ya a muchos Equipos de Atención Primaria.

Este tratamiento de la Depresión con un enfoque integral es congruente con el desarrollo de este modelo agregando mayores competencias a los Equipos de Salud para la atención integral de las personas, con incorporación de dimensiones sociales, culturales, ambientales y económicas, junto a las características propias del contexto familiar y la personalidad del individuo que pide atención. (Vega, Muñoz; George, Monreal 2002)

La iniciativa se impulsó en el año 2001 en conjunto con la **Unidad de Salud Mental de la División de salud de las personas en el Ministerio de Salud**, recoge valiosas experiencias que se vienen implementando en diferentes Consultorios de Atención Primaria, con intervenciones psicosociales grupales para personas con trastornos depresivos y grupos de apoyo para pacientes con trastornos emocionales.

El propósito de este Programa es **CONTRIBUIR AL TRATAMIENTO INTEGRAL CON PERSONAS CON DEPRESIÓN, DE 20 A 64 AÑOS**, que consultan en los establecimientos de atención primaria. (ibid)

Consta de dos partes: Trabajo grupal de 06 sesiones, las que se realizarán de recurrencia semanal. Las que tratan temas, que tienen que ver con:

- ☞ Educación sobre Depresión
- ☞ Activación
- ☞ Resolución de Problemas
- ☞ Pensamientos Negativos
- ☞ Plan de Prevención de Recaídas

En segundo lugar, existen evaluaciones periódicas del estado de la paciente con el fin de determinar la posible necesidad de evaluación médica para iniciar un tratamiento con medicamentos para la Depresión.

Con esta iniciativa, el gobierno pretende actuar sobre el índice de prevalencia de la Depresión en la población chilena y hacer partícipe al paciente en su propia autosanación. Otra iniciativa es el **PLAN AUGE**, proyecto de salud, que originó movimientos sociales importantes en torno al nuevo sistema, pero veamos como se gestó esta reforma en salud.

2. PLAN AUGE

Antecedentes previos a la creación del acceso universal con garantías explícitas (auge)

2.1 REFORMA SANITARIA EN CHILE

Chile vive un período de reforma en su sistema de salud que se intensifica a partir del año 2000 cuando se establece la Comisión de Estudios de la Reforma y el Presidente de la República se compromete públicamente a presentar un paquete legislativo al Congreso Nacional. Después de una serie de etapas preparatorias, los proyectos de leyes ingresan a discusión parlamentaria en mayo de 2002. Estos fueron los siguientes:

2.2 Proyectos de Ley Reforma de Salud del 2005

Área temática del proyecto

- ☞ AUGE Sistemas de Garantías en salud
- ☞ Autoridad sanitaria y gestión hospitalaria
- ☞ Financiamiento
- ☞ Isapres

☞ *Derechos y deberes del paciente*

Todos estos proyectos ya han sido aprobados, sin embargo el de Derechos y Deberes del Paciente, se encuentran en distintos grados de aplicación práctica en los centros de atención en salud. Sin embargo (y es a donde se desea llegar con la explicación), el proyecto que mayor controversia e interés ha provocado en la opinión pública y en los medios ilustrados ha sido el del Sistema de Garantías en Salud, más conocido por su sigla **AUGE. Esta quiere decir Acceso Universal con Garantías Explícitas.**

Para poder entender el propósito central de la reforma, es preciso conocer algunos antecedentes previos. Estos antecedentes son algunos de carácter técnico y otros de política sectorial. El antecedente técnico más relevante es el documento llamado Objetivos Sanitarios.([www. minsal.cl](http://www.minsal.cl); 23-05-2005)

2.3 Objetivos sanitarios

En el proceso de desarrollos del sistema sanitario de Chile, desde siempre se ha utilizado el conocimiento epidemiológico para proponer tareas y metas de salud. Desde la perspectiva del daño medido en mortalidad primero, para seguir en las orientaciones que nacen desde la medición de riesgos específicos de grupos vulnerables, después. Todo ello ha sido una parte esencial del desarrollo de nuestra capacidad de país para enfrentar los desafíos de la salud.

En 1990, en Chile, se tenía conciencia de que ya vivíamos un cambio demográfico y epidemiológico evidente y que se hacía necesario mejorar la calidad de la información para generar políticas y estrategias que se hicieran cargo de esa nueva realidad.

Un primer estudio sistemático fue el de “El Desafío de las Políticas de salud del Adulto”, realizado por expertos nacionales con apoyo de las misiones técnicas

y financiamiento del Banco Mundial, en su proyecto de apoyo a la reforma de salud en Chile publicado en 1994.

Con posterioridad se efectuaron estudios de carga de enfermedad al interior del Ministerio de Salud, con el apoyo de la Escuela de Salud Pública de Harvard y otras estimaciones de los expertos del departamento de Epidemiología en base a la información de las estadísticas habituales, más las encuestas de CASEN, Calidad de Vida y otras posteriores.

Las principales tareas que este documento propone al país son:

- ✓ Mejorar los logros sanitarios alcanzados.
- ✓ Enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento de la población y de los cambios de la sociedad.

Por ello las metas para los próximos 10 años se centran en tres áreas:

a) Controlar los factores determinantes de enfermedades más relevantes desde el punto de vista de cantidad y calidad de vida. Estos son:

- ✓ Frenar el consumo de tabaco.
- ✓ Frenar el aumento de la obesidad, implicada en enfermedades (diabetes mellitus, dislipidemias, hipertensión arterial, arteriosclerosis).
- ✓ Promover conductas sexuales seguras.
- ✓ Contribuir a crear un ambiente saludable, particularmente en lo que dice relación con la contaminación atmosférica, del agua, del suelo, de los alimentos y de las enfermedades asociadas a reservorios animales y los vectores.
- ✓ Contribuir a mejorar las condiciones laborales.

b) Enfermedades que generan la mayor carga de mortalidad y para las que se cuentan con medidas de intervención de efectividad probada. Así en los próximos 10 años se debe disminuir la mortalidad por:

- ✓ Enfermedades cardiovasculares, centrandos esfuerzos en la reducción de enfermedad isquémica y cerebro vascular.
- ✓ Cánceres, centrandos los esfuerzos en cáncer de cuello uterino, de mama y de vesícula.
- ✓ Traumatismos y envenenamientos, concentrando los esfuerzos en los accidentes del tránsito que muestran una tendencia ascendente en los últimos años.
- ✓ Enfermedades respiratorias, especialmente por neumonía en los adultos mayores.
- ✓ Diabetes; se debe disminuir la magnitud de la discapacidad asociada a esta enfermedad.
- ✓ VIH/SIDA, que ha mantenido un aumento sostenido desde que empezó la epidemia, y que de no implementarse medidas de control (conducta sexual segura y aumento de la sobrevivencia de las personas infectadas), seguirá aumentando en los próximos años.

c) El tercer ámbito de acción para enfrentar el envejecimiento y los cambios de la sociedad, son aquellos problemas de salud que no matan, pero que disminuyen la calidad de vida de las personas, generando discapacidad, dolor y angustia.

Problemas de salud mental: las metas fundamentales son disminuir la recurrencia de episodios depresivos, aumentando la cobertura en el tratamiento y disminuir las adicciones, a través de estrategias intersectoriales.

3. El sistema de garantías en salud o Plan AUGE

Es un instrumento de regulación sanitaria que considera Acceso Universal para 56 prestaciones integrales y Garantías Explícitas asociadas a la atención de prioridades (AUGE). Las garantías constituirán derechos exigibles por las personas. De estas 56 prestaciones, que según el cronograma estipulado en el proyecto de ley deberían estar implementándose el 2007, ya se ha iniciado su aplicación con carácter de piloto de tres enfermedades primero (2004), doce después (2005), hasta alcanzar las cincuenta y seis.

Este Acceso Universal con Garantías Explícitas es la herramienta con la que las autoridades del sector salud pretenden cumplir los cuatro objetivos sanitarios que el Ministerio de Salud se planteó para el 2010. Estos objetivos son:

- ☛ Responder a los problemas de salud actuales, que son muy diferentes a los de hace cincuenta años.
- ☛ Hacer que la atención en salud sea más igualitaria.
- ☛ Responder a las necesidades planteadas por la población y que pueden no estar dentro de las prioridades sectoriales.
- ☛ Mejorar respecto de los indicadores de salud actuales.

Más específicamente, según los textos legales, el Plan AUGE busca:

Establecer un Régimen de Garantías Explícitas en Salud, referidas al:

3.1 Atención garantizada: No sólo se asegura que el paciente recibirá atención médica si padece una patología AUGE, sino que también se establecen tiempos máximos de espera según la patología (algo que será especialmente valioso en el sistema público).

Importante es saber las fechas de cobertura específica de ciertas enfermedades. Por ejemplo, algunas patologías como la diabetes o esquizofrenia están cubiertas por el AUGE independientemente de cuándo se hayan diagnosticado, mientras que otras, como la disrafia espinal, tendrán cobertura AUGE para los niños nacidos a contar del 1 de julio (los nacidos antes de esta fecha con este problema están cubiertos por su plan normal o por el seguro catastrófico, si es el caso).

3.2 Protección financiera: Para cada uno de los problemas de salud se establecen aranceles de referencia, el cual es conocido de antemano. La GES establece que el copago máximo para el afiliado será el 20% del arancel de referencia. Con la GES se busca garantizar entonces que el afiliado no pague más allá de una cierta cantidad por una enfermedad.

3.3 Medicamentos ambulatorios: Se garantiza cobertura financiera (20% de arancel de referencia) cuando el tratamiento AUGE requiera de este tipo de medicamentos.

3.4 Examen de medicina preventiva: La Isapre debe proporcionar a todos sus afiliados un examen preventivo sin costo.

4. Determinación de prioridades para el Plan AUGE

De acuerdo con la metodología establecida por la ley, se priorizan enfermedades de acuerdo con criterios sanitarios e impacto financiero. Un primer requerimiento es la relación de la enfermedad o condición de salud con los objetivos sanitarios nacionales. Todos los problemas incluidos en el AUGE tienen mención expresa en los objetivos -y en la mayoría de los casos una meta sanitaria específica- con excepción de algunas condiciones que fueron incluidas porque ya forman parte del Programa de Prestaciones Valoradas (PPV) de FONASA. Con el fin de entregar un parámetro técnico para ajustar el AUGE dentro del marco de los

recursos disponibles, se intentó establecer una priorización de las enfermedades y condiciones de salud para apoyar las decisiones de inclusión o exclusión y también ayudar en las decisiones sobre implementación. Para este fin, se elaboró un algoritmo de priorización, usando los criterios comúnmente aplicados para establecer prioridades en salud.

Mediante este procedimiento, se establecieron 56 condiciones de salud protegidas mediante el plan, ellas son:

Parto con analgesia

Nacimientos prematuros

Enfermedades perinatales

Anomalías congénitas (cardiopatías, labio leporino y defectos del tubo neural)

Cáncer infantil

Cáncer cervicouterino

Cáncer de mama

Cáncer de próstata

Cáncer de testículo

Cáncer de estómago

Leucemia

Linfoma

Cuidados paliativos para cánceres

Isquemia infarto agudo del miocardio

Trastornos de conducción cardiaca

Accidente vascular encefálico

Neurocirugía tumores y quistes del sistema nervioso central

Neurocirugía para aneurismas

Neurocirugía para núcleo pulposo

Depresión (prioridad en mujeres y jóvenes)

Trastornos psiquiátricos severos

Dependencia de alcohol y drogas

Insuficiencia renal crónica

Hipertensión arterial
Diabetes
Artrosis
Artritis reumatoidea
Enfermedades respiratorias del adulto
Cataratas
Desprendimiento de retina
Retinopatía diabética
Cirugía de prótesis y ortesis en adulto mayor
Hipoacusia
Rehabilitación protésica
Estrabismo en menores de 9 años
Hiperplasia prostática benigna
Neumonías en adultos mayores
VIH/SIDA
Trauma ocular
Fibrosis quística
Hemofilia
Escoliosis
Atención prehospitalaria de urgencia
I.RA. Niños y adultos
Salud bucal integral
Urgencia odontológica
Actividades preventivas en niños, adolescentes, mujeres y adultos mayores

Las condiciones enumeradas dan cuenta del 75% de la carga de enfermedad y el 50% de las hospitalizaciones. La carga de enfermedad había sido estimada por las cifras de mortalidad ajustada y por años de vida saludables perdidos. Sin embargo, como se puede ver de la lista, existen condiciones que no son necesariamente mortales y forman parte de la calidad de vida o de las intervenciones de carácter preventivo o de salud pública.

5. PROCEDIMIENTO PARA USAR AUGE

Cada Isapre definirá una red de prestadores AUGE, de modo que sólo en esos centros podrá atenderse el paciente que decida tomar esta cobertura. Si usted padece alguno de los problemas de salud definidos en el AUGE y se atiende fuera de la red, no tendrá derecho a esta cobertura. Sólo cuando se trata de una urgencia vital podrá hospitalizarse fuera de la red, pero apenas esté estabilizado deberá comunicarlo a su Isapre para que sea trasladado a un establecimiento que sea parte de la red. Además, para tener derecho a la cobertura AUGE debe cumplir con otro requisito, cual es completar un deducible.

5.1 EL DEDUCIBLE

Para tener derecho a la cobertura, junto con atenderse dentro de la red de prestadores el afiliado además deberá enterar un determinado deducible en un plazo de doce meses.

El deducible se forma a partir de los copagos que a usted le genere una enfermedad de acuerdo al protocolo establecido.

5.2 COSTOS DE SU ANTIGUO PLAN DE SALUD POR EL AUGE

Según la Superintendencia de Salud, cada Isapre está facultada para cobrar un precio único a sus afiliados por el otorgamiento de los nuevos beneficios. En todo caso, el valor que fije cada Isapre deberá ser el mismo para todos sus afiliados. Actualmente, la prima AUGE más barata está en \$600 mensuales, y la más cara en \$1.200. Cada Isapre informará si traspasará a sus afiliados esta prima y a partir de qué momento.

En todo caso, la Isapre es libre de modificar el valor de los planes, por lo que no se puede descartar que en el futuro haya ajustes en los precios.

6. FALLAS DEL PLAN

Principales problemas:

6.1 Las exclusiones. Excluye muchas enfermedades frecuentes en las mujeres, varios tipos de cánceres, várices, osteoporosis, etc. Excluye la atención dental a adolescentes, adultas y mujeres no embarazadas. Discrimina por sexo y edad con el pretexto de priorizar y focalizar en las edades y sexo donde más se presentan las enfermedades priorizadas (Ej.: Depresión, psicosis, tratamiento por alcohol y drogas, infecciones respiratorias, trastornos de la visión, atención dental).

Por razones económicas, los establecimientos no encontrarán conveniente atender problemas de salud en grupos no priorizados. Algo parecido ocurrirá con las enfermedades que no están contempladas en el Plan Auge.

6.2 Omisiones

No se explícita dentro del plan AUGE la priorización de la educación en salud reproductiva y derechos sexuales de la mujer, dejando de lado el tema del aborto provocado y el embarazo en las adolescentes, la prevención, el tratamiento del VIH y SIDA y la violencia intrafamiliar.

No se ha informado si se mantendrán todas las prestaciones que hoy se entregan en la Atención Primaria, muchas de las cuales no aparecen en el Plan Auge. Tampoco se ha definido si se mantendrá la gratuidad de ellas.

7. COSTOS DE ATENCIÓN

El AUGE establece copago 0 a beneficiarios/as A y B de Fonasa y hasta el 20% a personas de Isapre y Fonasa C y D.

Con el Plan Auge, los grupos C y D de FONASA pierden la gratuidad en diversas enfermedades y prestaciones, que ahora están garantizada para todos los y las beneficiarias. (Ej. Triterapia para el VIH/SIDA; cardiopatías congénitas operables, diálisis, fibrosis quísticas, depresión, Infarto cardíaco, cáncer infantil y de próstata, atención prehospitalaria, etc).

Hoy son gratuitas todas las prestaciones de Atención Primaria (menos las odontológicas).

En el Auge sólo serán gratis los controles de salud. Se cobrará a los beneficiarios/as C y D que consulten por enfermedad (entre \$500 y \$1000), exámenes de laboratorio, de imagen (Ej. ecografías o rayos X) y procedimientos diagnósticos (Ej. audiometrías, exámenes oftalmológicos).

8. PLAN AUGE Y DEPRESIÓN

Una de las enfermedades que estreno el Plan Auge el 2006, es la Depresión en mayores de 15 años, es una de las que tiene más alto costo (59.560 millones de pesos) seguida por la hipoacusia (sordera) y la hiperplasia benigna de próstata (ver cuadro N°1).

COSTO DE LAS ENFERMEDADES	
ENFERMEDAD	COSTO (millones)
Depresión en mayores de 15 años	\$ 59.560
Hipoacusia en mayores de 65 años	\$ 28.997
Hiperplasia benigna de próstata	\$ 28.997
Retinopatía diabética	\$ 23.559
Accidente cerebrovascular	\$ 20.412
Asma Bronquial	\$ 13.207

Fuente: Millonario Costo tendrá el Plan Auge 2006. (2005, 30 de Noviembre). Diario La Nación Noviembre 2005. Sociedad.

En cuanto a la depresión, se pesquisará la enfermedad en todos los mayores de 15 años a nivel ambulatorio en la atención primaria para los casos leves o moderados, y con hospitalización en caso de ser severa.

9. CONCLUSIONES Y COMENTARIOS

El sistema de salud de Chile está dando un paso adelante muy significativo con la presente reforma del año 2005. Ella representa un avance cualitativo y cuantitativo de gran nivel pues recoge muchas de las aspiraciones de las personas, expande los derechos y los hace reales mediante instrumentos específicos que obligan a todos los aseguradores y prestadores.

Los elementos principales de esta reforma sanitaria han sido el uso de la priorización y el establecimiento de garantías sobre las condiciones de salud ordenadas. Las garantías explícitas son las de Acceso, Oportunidad, Calidad y Protección Financiera. Cada una de estas dimensiones tiene respaldo en leyes y reglamentos para su aplicación y ello, junto con el desenvolvimiento práctico de este cuerpo de procedimientos, indicará el resultado intermedio o final de esta iniciativa.

Toda priorización tiene conflictos éticos y políticos evidentes. No es un ejercicio fácil, requiere de coraje y de las debidas consideraciones a los principios de respeto a las personas y sus derechos esenciales. Por ello el ordenamiento de prioridades se ha hecho en este caso con instrumentos científicos provenientes de la epidemiología, pero también considerando las opiniones de los afectados, comunidad y líderes de opinión. Los debates parlamentarios fueron intensos y acalorados, la oposición de los gremios profesionales llegó a niveles muy intensos, pero finalmente se logró consenso y se generó una gran expectativa sobre esta reforma.

III. PARTE

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

CAPITULO V

AUTOIMAGEN

La autoimagen determina positiva o negativamente la personalidad de un ser humano, es el conjunto de cualidades individuales que diferencian a esa persona de otra y de la respuesta ante determinados estímulos que ella tenga la capacidad de dar. Quien cambie la autoimagen transformará su personalidad y conducta.

Todos los actos, sentimientos y conductas, se hallan contenido dentro de la autoimagen. En una palabra, uno se desempeña en la vida como la clase de persona que uno concibe que debe ser. La persona que se conceptúa como fracasado, hallará algún modo de fracasar en cualquier cosa que emprenda, por más voluntad y buena intención que posea. Quien se crea víctima de la injusticia, hallará de alguna manera las circunstancias que lo van a conducir a verificar su creencia.

La autoimagen es creada en base a las propias creencias a cerca de uno mismo y que han ido tomando cuerpo inconscientemente, fundadas en las experiencias de éxitos, fracasos, logros, triunfos y humillaciones, y del modo en cómo otras personas han reaccionado con respecto a uno mismo, especialmente en la primera infancia. Así se ha formado un “ser” o el cuadro que representa a ese ser, que se ha convertido en real o verdad para quien lo creo.

Otra parte del propio concepto de autoimagen, tiene que ver con la percepción física que posee la persona. Por tal motivo en este estudio se intenta analizar la autopercepción física que tiene el paciente depresivo.

1.1 Autopercepción Física

Esta claro, que la visión general que tiene el ser humano se basa en el propio concepto físico, e incluso se sabe que la relación existente entre la satisfacción de los individuos con su apariencia física y su autoconcepto en general, marca totalmente el comportamiento que tendrá el individuo en su medio social y los factores protectores que posea para superar los problemas o complicaciones del “arte de vivir”.

La autoimagen que posee el grupo objetivo, en relación a su imagen corporal, es negativa; las 12 pacientes entrevistadas declararon verse “horribles o feas”, poco agraciadas en su atractivo femenino, lo que genera inevitablemente estados depresivos.

*“Fea, muy fea, algunas veces ni me miro al espejo, porque, pa’ verme demacrada y sin gracia...mejor no me veo”
(Karen 25 años)*

En este caso la paciente, no es capaz de reconocer ninguna virtud física en ella, a tal punto que busca con sus propias palabras destruirse. Es común encontrarse con este tipo de comentarios en las personas con Depresión, es tanto su malestar consigo mismo, que les es fácil encontrar el elemento negativo, procediendo automáticamente a su autodescalificación.

*“Hay mejores, yo me encuentro fea”
(Ivonne 36 años)*

Una de las características de las pacientes con Depresión es que piensan muy mal de sí mismas, “la otra siempre es mejor”, les parecen que no valen, que tienen miles de defectos, fallas, imperfecciones o deficiencias sobre la que recae casi en forma exclusiva el juicio sobre su identidad.

Sin embargo, podemos destacar que en algunos casos, hay matices de superación del episodio depresivo, pues persiste un esfuerzo de parte de las pacientes en modificar sus convicciones, sus perspectivas, sus fantasías, o sea, trabajan para producir un cambio en la percepción de sí misma.

*“Horrible...si... antes era mejor...pero me veo horrible, aunque a veces cuando me arreglo...no me veo tan fea...no sé”
(Cecilia, 38 años)*

Es importante destacar y como se demuestra en el comentario de la paciente. Las personas con Depresión debidamente tratadas, son capaces de volcar esos sentimientos de autodescalificación y suicidio de imagen que presentan al principio del tratamiento, con el reconocimiento paulatino de virtudes en su imagen corporal, influenciando directamente en los cambios de actitud y confianza para enfrentar las vicisitudes de su vida diaria.

*“La mayoría de las veces fea, otras no depende del día”
(Rossana 22 años)*

Esta imagen negativa que tiene las mujeres contenidas en este estudio, corresponde a la visión interna, que cada una de ellas tiene de sí. Esta imagen la han construido a lo largo de sus propias vidas, de acuerdo a su propia historia personal, a las experiencias vividas y a las relaciones que establecen con las personas que las rodean. Otro punto que es importante destacar es lo que opinan algunos autores, respecto de los cánones de belleza que tienen las mujeres. En este sentido, se dice que cuando la mujer tiene patrones de imagen corporal que desea alcanzar, por ejemplo ser como un personaje o modelo de televisión y estos “atributos de imagen”, no están presentes en ellas, tienden a deprimirse afectándoles lo que se llama Depresión Narcisista (Dio Bleichmar, 1999). Este tipo de Depresión, en que lo fundamental es el sentimiento de inferioridad de no alcanzar el listón deseado, es común tanto en hombres como en mujeres. Lo específico en la mujer es su cuerpo femenino, acompañado directamente de su belleza y juventud, su fertilidad, su capacidad para generar deseo. Todos estos

componentes, continúan siendo para la gran parte de los hombres y las mujeres de nuestro mundo, la mayor virtud y el máximo poder femenino. Por lo tanto no es extraño que las mujeres se depriman cuando sienten o ven que están perdiendo sus “dones o recursos principales”.

En el caso de los varones depresivos, en general los 8 entrevistados, al comentar sobre su imagen física, mostraron mayor grado de satisfacción, respecto del sexo femenino:

*“...Pocas veces ...si pocas veces me miro al espejo, pero cuando me veo en él....no me veo tan mal”
(Omar 27 años)*

El paciente depresivo, pareciese que no le atribuye mayor importancia a su imagen física, pues declaran despreocupación respecto de la imagen que ellos poseen, sin embargo al momento de identificarse son poco críticos respecto de su apariencia, no se descalifican ni se autodestruyen, muy por el contrario no denotan en este punto déficit de autoestima.

*“No tan mal...nooo! como un galán de teleserie..pero no feo”
(Johans 25 años)*

El varón también posee al igual que la mujer, referentes que desea seguir, sin embargo esto no se traduce en un fin para ellos. Es relevante destacar la edad del paciente entrevistado que da esta opinión, pues esta en una etapa de su vida, que por lo general poseen modelos a seguir, por ejemplo: parecerse a determinado cantante, o ser como tal actor, son patrones que venden imagen de hombre exitoso, con poder económico y fama de galante.

*“Hay veces que feo....pero no tanto”
(Juan 32 años)*

El varón da su valor de acuerdo a la obra que realicen, no tanto al aspecto físico, pues serán los mejores candidatos para ser queridos en la medida “que

tengan algo que ofrecer”: una carrera, un trabajo, un instrumento de poder en el mundo, da lo mismo un aspecto físico interesante.

Los hombres contenidos en este estudio, difieren mucho de las mujeres, pues estas al describirse por lo general son más críticas y con menor autoestima, atribuyen parte de su éxito a su condición física de mujer. En cambio todos los varones estudiados, a pesar de su situación depresiva, mantienen su fortaleza, atribuyendo su éxito a su inteligencia, a sus logros económicos, etc. Esto podría deberse por lo siguiente:

- ✓ El aspecto de los modelos tradicionales, que no le permite al hombre, mostrar debilidad, respecto de su condición depresiva y al responder la pregunta, se sienten invadidos en su intimidad y sobrecogidos, a lo que ponen barreras automáticas y elevan sus rasgos machistas.
- ✓ En los medios de comunicación, el varón no está sobrepuesto con la misma frecuencia que la mujer, por lo tanto, si se presentante referentes en la belleza masculina, estos mensajes no son tan explícitos, lo que no los conduciría a ser “patrones” a imitar.
- ✓ Al igual que las mujeres, al no tener una Depresión severa y estar en tratamiento. Su situación depresiva, esta siendo superada, por lo tanto, son capaces de reconocer en ellos rasgos físicos interesantes para el sexo opuesto.

En relación a su definición física

Es este aspecto, se puede decir, que en base a los conceptos e ideas expuestas, se vuelve a dar el mismo fenómeno de desvalorización femenina, demostrando preocupantes déficit de autoestima. Los resultados son los siguientes:

“Soy 1.60, a mi lo que me gustano me gusta es mi guata.....mira a mi más lo que me afecta, es mi guata (señalando el estómago)....esto es lo que no me gusta el rollo.....los pechos no, porque creo que no es tan tan malos pa’ tener tres hijos.....no me encuentro tan horrible, no tan plana como antes pero si tener menos estómago.”
(Erna 39 años)

En la paciente se dan claras evidencias de una persona depresiva que resalta en primer lugar, lo que no le gusta de su apariencia física, en un momento da claros indicios de hablarnos de características físicas favorables para ella, no obstante se retracta como incurriendo en un error y resalta su imagen negativa. Con gran esfuerzo comenta sobre rasgos y definiciones corporales positivas en ella.

“Me encuentro ni baja ni alta, normal....si normal...para las chilenas...no me gusta mi guata...”
(Rossana 22 años)

La definición física que sostiene la paciente, da claros indicios que las mujeres siguen modelos de belleza física, pues al comentar de la estatura, se ubica entre los parámetros de altura “de una mujer chilena”, puede estar dándonos el mensaje implícito de que “no soy mas alta, porque soy chilena”. Sin embargo no justifica su disconformidad con el estómago, lo que nos deja claro que sus patrones a seguir de una mujer bonita en apariencia, son las que no poseen grasa localizada en el estómago o bajo vientre.

“Me encuentro gorda...si debería bajar de peso...eso me hace ver fea...no me gusta mi guata”
(Jessica 26 años)

La paciente citada anteriormente nos revela los mismos sentimientos de frustración ante su imagen corporal, pues evidencia claro desconformismo con su peso y un eventual estómago prominente.

En cuanto a los varones contenidos en este estudio, se puede concluir lo siguiente:

*“Alto, contextura delgada, moreno, peludo, con ojos grandes de color negro.....”
(Johans 25 años)*

El varón, al definirse físicamente, le cuesta menos caracterizarse; otorgan más detalles respecto de su apariencia física, resaltando algunos aspectos al describirse.

*“Delgado,demasiado delgado..para mi gusto...pero mire mi rollo..tengo guata...las piernas tampoco me gustan, aunque jugando fútbol se me engruesan...es que hace tiempo que no voy a la cancha”
(Omar 27 años)*

El paciente citado anteriormente, denota un cierto disconformismo cuando describe su imagen corporal, encuentra algunos detalles en su apariencia; sin embargo es capaz de encontrar solución rápida al “desajuste corporal”. Aparentemente por su apariencia física, no es afectada su imagen, autoestima y/o confianza.

La imagen física del varón no constituye un riesgo de Depresión en ellos, pues su autoconfianza y manera de enfrentar la vida, no esta estipulada por su imagen sino más bien por otras cualidades y logros que pueda obtener a lo largo de su existencia.

Es cierto que físicamente hombres y mujeres, se definen según sus modelos propios a seguir con los cuales consciente o inconscientemente, se comparan modelos de belleza, valor, fuerza, dedicación, habilidad. A pesar de que los ideales femeninos han sufrido en el último siglo, especialmente en las últimas décadas, una gran transformación, todavía para la mayoría de las mujeres de nuestro planeta la juventud y la belleza, la fertilidad y el amor, siguen siendo valores fundamentales que gobiernan su subjetividad. En este sentido, puede ser por esto, entre otros factores, que la mujer depresiva, tienda a autodestruirse,

cuando se describe físicamente. En cambio el varón, no se descalifica, pues sus ideales masculinos apuntan a otras variantes, más instrumentales.

Al referirse a su cuerpo, las pacientes depresivas, expresaron lo siguiente:

*“No me veo gorda, me gustaría ser más delgada”
(Rossana 22 años)*

La paciente entrevistada, denota una clara disconformidad con su peso corporal, pues evidentemente no responde a los modelos impuestos a seguir.

*“No en realidad no me gusta...después de tener a los niños me puse más gorda...aunque he adelgazado...antes era mejor”
(Clara 26 años)*

En la mayoría de las pacientes con depresión, existe un antes y un después, sus anhelos y sus sueños están sujetos a situaciones o imágenes corporales que ellas tenían antes de caer evidentemente en el estado depresivo en que se encuentran.

*“ Mi marido me dice que pa’ tener la edad que tengo, estoy biena veces le creo...pero de verdad siento que no he bajado nada de peso, estoy como inflá”
(Erna 39 años)*

Es frecuente encontrarse en el medio que nos rodea con frases como estas, donde se denota una clara importancia de lo que dice o como se refiere el otro o los otros de uno mismo. En las personas con depresión esto se nota claramente, pues sus argumentos están cargados de mensajes que reciben del medio que los rodea, de los cuales y en el caso de las mujeres es más recurrente, tienen eventual importancia los que provienen del medio familiar, pareja e hijos.

Todas las mujeres de 20-40 años contenidas en este estudio, expresaron su malestar por un exceso de peso, de esto deducimos, que tampoco están de acuerdo con su peso corporal, pues el exceso de éste las hace sentirse gordas y menos atractivas.

En relación a lo antes expuesto, se sabe que a las personas deprimidas, les cuesta moverse, se sienten pesadas, además que no tienen las mismas energías y por lo general en cualquier actividad, denotan un cierto desánimo, esto se nota en las pacientes, pues todas en general, manifestaron cierto desánimo.

Otro punto que se debe destacar, es la ansiedad que presentan algunos cuadros depresivos, si bien lo que describen algunos autores como síntoma más frecuente es la pérdida de apetito, en otros casos la obesidad, el comer desenfrenadamente, esta poniendo de manifiesto una forma de comienzo de la Depresión. El sentimiento de desgano, de vacío produce sensación de insatisfacción estomacal, llevando al paciente deprimido a atiborrarse de comida. En las mujeres, esto contribuye a profundizar su malestar, ya que la silueta se resiente y es mayor el desánimo.

Todos los varones contenidos en este estudio, se refieren negativamente a su cuerpo, esto contestaron:

*“No mucho...estoy un poco gordo, no tengo muchos músculos”
(Abraham 34 años)*

En el varón depresivo, se denota cierta disconformidad con su imagen corporal, en el caso del paciente citado, busca al clarificar su imagen, ceñirse a los patrones que venden los medios de comunicación, hombres con músculos y con aparente capacidad para ejercer fuerza, entre otras capacidades.

*“ No mucho ...estoy flaco..no tengo ni pantorrillas guenas...”
(Omar 27 años)*

El paciente citado, denota disconformismo por su apariencia física, vuelve a aparecer, como se planteó anteriormente, el patrón de la belleza masculina.

Las respuestas de los varones, no difieren de las mujeres, reconocen no estar muy de acuerdo con su imagen corporal, manifestando su insatisfacción por la caracterización que ellos sienten proyectar al otro.

En relación a **lo que destacan de su cuerpo**, las personas del sexo femenino contenidas en este estudio destacan, lo siguiente:

*“Los ojos, creo que mis ojos son bonitos”
(Gabriela 22 años)*

La paciente depresiva denota gran inseguridad al resaltar una característica física atractiva en ella. Le cuesta asumirse como una mujer atractiva, que puede lucir aspectos físicos interesantes en ella.

*“ Los ojos, cuando me los pinto me veo cachilupi”
(Erna 39 años)*

La paciente anteriormente citada, es capaz de reconocer en ella atributos físicos, ella descubre en el maquillaje un buen aliado para combatir su aspecto ceniciento y desvitalizado, que por lo general es característica física del paciente depresivo.

“mmm, el pelo...sí el pelo...del cuerpo nada”
(Karen 25 años)

En este tipo de paciente se nota que el mensaje que envía, se encuentra influenciado por el medio que la rodea, después de pensar, con cierta dificultad comenta la conformidad que siente sobre su pelo. Sin embargo los sentimientos de autodestrucción aparecen evidenciando un claro disconformismo con su imagen corporal.

Los varones a esta misma pregunta, reaccionan de distinta manera:

“Nunca me lo he preguntado”
(Omar 27 años)

El paciente anteriormente citado, al igual que todos los pacientes entrevistados, ninguno pudo destacar nada de su cuerpo. Señal que puede indicar, que esta situación se produce por los modelos tradicionales, los cuales otorgan belleza, distinción y sensualidad a la mujer, versus rudeza y agresividad al varón.

De esto se puede agregar, que la función estética en el paciente depresivo, es percibida por ellos con preocupación, pues es evidente su descuido en el arreglo personal y la ruptura de sus antes apreciados actos de aseo personal. Sus movimientos han perdido toda gracilidad y se ejecutan con pesadez y torpeza, hasta el maquillaje, en el caso de las mujeres, es sobrepuesto como una máscara, el vestuario no luce, el peinado es artificial, hasta la mirada es opaca y sin vida. Es por esto y otras variables, como lo son los sentimientos de tristeza y desgano, que las personas no son capaces de reconocer espontáneamente atributos personales, y son invadidos frecuentemente por pensamientos pesimistas y desvalorizadores.

Cuando se les preguntó si sentían molestias en alguna parte de su cuerpo y si saben porque se producen, las personas del sexo femenino, respondieron lo siguiente:

“Sii...me duele la espalda, el cuello...cuando me levanto en la mañana me duele el cuello” “No sé porque me duele...¿Será por la Depresión?”
(Erna 39 años)

La sintomatología física de dolor corporal en los pacientes con Depresión es recurrente, por lo tanto no es extraño encontrarse con las expresiones de la paciente anteriormente citada. La continúa tensión en que se encuentra la persona con Depresión conduce a que esta sufra de dolores musculares, sobretodo los que se localizan en la zona del cuello, hombros y brazos, pues estos están expuestos a los niveles tensionales en que se encuentran los pacientes deprimidos. Los síntomas somáticos de la depresión no son “fantasías”, sino que se siente. La depresión es tanto un trastorno fisiológico como un trastorno psíquico.

“...Me duele el cuello y las piernas” “Noo, no sé porque me duelen”
(Clara 26 años)

Muchas de las pacientes que ingresaron al Programa de Depresión, consultaron previamente en medicina general por dolencias musculares, los que se traducían en dolores crónicos donde el cuerpo manifiesta su estado de enfermo y ansiedad respecto de la anomalía a la que esta sujeto. A esto se le llama Depresión encubierta, pues antes de descubrir en el paciente la verdadera causa de las dolencias se generan muchos diagnósticos médicos y exámenes, que en algunos casos eran agobiantes tanto para la persona enferma como para el médico tratante. Hay autores que explican este peregrinaje de los pacientes en los centros de salud, con nombres característicos como:

"mujeres al volante". Se le denomina así especialmente a las mujeres entre las edades 30 y 50 años que son usuarias de los consultorios en busca de ayuda por diversas dolencias y molestias corporales, y que son enviadas de un servicio a otro, en un peregrinaje interminable, con el volante en la mano, sin rumbo fijo ni posibilidades de arribar con éxito a ningún puerto, porque sus dolencias no son físicas sino psíquicas. En algunas ocasiones estas personas se encuentran con algún profesional que las escucha y, posteriormente, no explicándose bien la razón, se sienten aliviadas y de mejor ánimo (Dio Bleichmar 1999:33)

Es importante comentar que existe un desconocimiento respecto del dolor y la causa, pues de los 12 casos entrevistados, dos fueron capaces de afirmar que el dolor que presentaban es por su síndrome Depresivo y que era una reacción de nuestro cuerpo al defenderse de los niveles tensionales, a los que estaba sometido. Sin embargo no deja de ser preocupante el desconocimiento casi generalizado de los pacientes de las raíces de sus dolencias corporales, pues se sabe que para el éxito del tratamiento de una persona Depresiva, esta debe contar con toda la información acerca de su enfermedad y sintomatología corporal.

Los varones focalizan los dolores en casi las mismas zonas:

*"A mi me duele mucho el cuello...es un estado de dolor general" " Sé que es por la Depresión"
(Omar 27 años)*

El paciente, describe un dolor generalizado en todo el cuerpo, esto puede ser debido a la pesadez que algunos pacientes describen que sienten y lo difícil que les resulta moverse. En este caso este paciente reconoce a la Depresión como la causante de los dolores corporales.

*“mmm....las piernas, los brazos, el cuello” “No sé, ¿por las pastillas?”
(Abraham 34 años)*

Podemos observar, que las dolencias de los varones con depresión, son en las mismas zonas vulnerables de la mujer. También se refleja un desconocimiento parcial, respecto del origen de los dolores.

1.2 Percepción de la mirada externa

En relación a la imagen que proyectan las personas con depresión. Se pueden distinguir que existen diferencias notables entre hombres y mujeres sobre la importancia que le otorgan a la percepción de la mirada externa. Las mujeres contenidas en el estudio expresaron lo siguiente:

*“Ojala! que bien....., la otra vez fui a carretear y me dijeron que estaba super bién.....la otra vez estaba super gorda pero ahora estoy super biencomo que eso me sube el ego.....pero sabe lo que me molesta de veras así....es que antes me miraban hartoo en la calley ahora no mucho.....(piensa)...o será que yo no me doy cuenta.....Mi pareja me encuentra hermosa lliinda, peroyo estoy guatona.....él me dice “Erna antes que eray más gorda te quebrabay másahora que estas mas linda no, ni te arreglai.....”
(Erna 39 años)*

La paciente anteriormente citada, deja claras evidencias de la valorización que se le otorga a la opinión que otros tienen de nuestra persona, sobretodo si hay lazos de afecto y acercamiento. Sin embargo y como podemos observar en el comentario, la persona depresiva, en este caso y como se ha planteado anteriormente, más aún la mujer, quien otorga un culto de mayor importancia a la imagen física que proyecta, es autodestructiva en su opinión personal.

*“Ahora mejor.....es que antes no estaba bienel tratamiento me ha
hecho bien “
(Gabriela 22 años)*

Esta paciente nos demuestra como un tratamiento bien guiado, es capaz de sacar adelante una persona con depresión y más aún que salga fortalecido de ella. Los aportes y esfuerzos del paciente sumados a los del equipo multidisciplinario, son capaces de revertir los sentimientos, pensamientos y acciones de estas personas.

*“ Ahhh! ...ellos piensan que estoy gorda”
(Rossana 22 años)*

Las personas del sexo femenino contenidas en este estudio, nos muestran que la autoimagen de las personas con Depresión, esta directamente relacionada con la información que de otros recepciona, por lo tanto la valorización externa, constituye un punto de apoyo para la construcción de una imagen sólida para proyectar.

Estas respuestas están directamente relacionadas con las descripciones físicas que las mujeres hicieron respecto de ellas mismas. Existe mucha influencia del medio que rodea al paciente depresivo y como éste influye en la recuperación o en el agravamiento de la enfermedad.

En tal sentido, los varones hablan de la imagen que ellos proyectan. Esto señalaron:

*“ Para las mamás no hay hijos feos...mi hermana dice que no
estoy tan mal”
(Johans 25 años)*

Es importante, el apoyo y comunicación familiar para la persona que se encuentra en un estado depresivo. Como lo señala el paciente citado, son

importantes los mensajes positivos que provienen de las personas que mantienen lazos afectivos con el paciente deprimido, pues estos construyen una imagen más positiva en estas personas, la que se convertirá en un factor protector importante para que la enfermedad no siga avanzando en el enfermo.

“ No lo séno lo he preguntado....”
(Omar 27 años)

El paciente citado anteriormente, nos revela una constante que se repite en las personas del sexo masculino, pues muchos de ellos desconocen la imagen que proyectan en sus familias y/o entorno social más inmediato.

“ No me lo han dicho...uy! no sé”
(Abraham 34 años)

En este sentido, el paciente citado arriba, repite la misma afirmación que la mayoría de los varones entrevistados, les cuesta ponerse en el lugar del otro para poder definirse físicamente, al parecer no necesitan tanto la valoración del medio en su parte física, más bien el entorno que los rodea, los obliga a estar pendientes de otras cosas. Por ejemplo: trabajo, ser económicamente activos, productivos.

Ante la incapacidad que tuvieron los hombres deprimidos de definirse según la imagen que proyectaban, no se pudo preguntar respecto de que si estaban de acuerdo con las opiniones de los otros con respecto a ellos.

En cambio, las mujeres le otorgan notable importancia a la opinión que otros tienen sobre ellas.

“Me lo dicen tanto que me lo creo...”
(Rossana 22 años)

Nuevamente nos encontramos con la influencia del medio en la persona depresiva y como éste va construyendo imágenes positivas o negativas en los pacientes.

El total de las pacientes entrevistadas, expresaron que para ellas es muy importante la opinión en general que posee su grupo familiar y/o el entorno más cercano de ellas.

1.2 Autopercepción Psicológica

Aquí entran en juego dos conceptos. Uno de ellos es la personalidad, el otro es la identidad.

La personalidad, es el nombre que se le da a un conjunto de características psicológicas de una persona. La identidad es la capacidad de saber quiénes somos.

En tal sentido, al describir su personalidad, las mujeres contenidas en el estudio, señalaron lo siguiente:

*“Amistosa, solidaria, regañadiente.....ahora no tanto como antes. Antes si que era polvorita pero ahora no.....”
(Erna 39 años)*

Como lo refleja la entrevistada en su respuesta, las personas depresivas tienden a tener continuos cambios de carácter, en tal sentido a veces se encuentran en profundos estados de tristeza, que los lleva a adoptar una personalidad sumisa, como si lo que sucediera a su alrededor no le importara o no atrajera su atención en lo más mínimo. Sin embargo hay momentos en que estas mismas personas tienden a tener reacciones agresivas, manifestaciones de ira, con desencadenantes insospechados. Ambas personalidades bipolares contienen estados anímicos que son capaces de alterar el ritmo familiar, atrayendo al núcleo problemas relacionales entre los subsistemas.

*“ Agresiva, de mal carácter pero cariñosa”
(Rossana 22 años)*

La paciente anteriormente citada, menciona su tendencia a la agresividad, sin embargo aflora en ella la necesidad que tiene la mujer de presentar rasgos emocionales inherentes en su personalidad, la que las obliga a “ser” siempre acogedoras y comprometida con “los otros”.

*“ Tengo la autoestima muy baja..ahora todo me da temor....vergüenza”
(Karen 25 años)*

Como lo manifiesta la paciente citada anteriormente, las personas depresivas tienen déficit de autoestima (Dio Bleichmar, 1999), tienden a presentar falta de firmeza o asertividad unida a otros estereotipos de feminidad que contribuyen a que las personas con este tipo de personalidad tengan una tendencia a la Depresión.

De la descripción que dan las mujeres contenidas en este estudio, respecto de su personalidad, podemos deducir que existen rasgos de una Depresión Bipolar, en algunas pacientes, sobretodo en aquellas que declaran tener continuos cambios de humor. También se denota la pasividad, que tienen algunas mujeres depresivas, negando sus capacidades de desarrollo y crecimiento, siendo fieles seguidoras de cánones estereotipados de la mujer tradicional, lo que las hace ser más vulnerables a sufrir estados depresivos.

Los varones, al explicar las características de su personalidad, comentaron que en general su forma de relacionarse con su entorno más inmediato es muy agresiva; esto dijeron:

*“Soy cariñoso, pero muy agresivo”
(Omar 27 años)*

Las formas de expresar sentimientos de tristeza y rabia, son diferentes en los varones y las mujeres. En los hombres, como lo señala el paciente citado

arriba, los sentimientos de dolor y pena que siente el varón deprimido, los cubre con acciones y reacciones violentas. Su masculinidad, solo les proporciona rasgos instrumentales, donde no están permitidos los llantos, la falta de firmeza, entre otros.

“Soy hogareño, tranquilo, pero de muy mal carácter”
(Johans 25 años)

En tal sentido y como lo determina el paciente citado, los 8 casos de varones entrevistados, todos señalaron ser cariñosos pero muy agresivos. Esta situación viene dada por la misma enfermedad, que en momentos hace tan vulnerable a la persona deprimida, donde las necesidades de cariño y arraigo están a flor de piel y en otras para esconder esa misma necesidad, mal llamada “debilidad”, se convierten en personas agresivas, donde en vez de llorar reaccionan contra todo lo que pueda generar o demostrar un signo de debilidad.

Sin embargo es bueno mencionar, que la demostración de rabia de hombres y mujeres, es percibida en forma distinta por el medio social. En tal sentido, cuando la mujer expresa abiertamente su rabia se hace sospechosa. Nadie tolera la imagen de una mujer vociferando, iracunda y furiosa. Tampoco es buena esta figura en el varón, pero a un hombre en un estado así, se le teme, se le rechaza por terror, pero no se le desprecia. La mujer iracunda se gana el rechazo y el desprecio de todo el mundo, incluidas las propias mujeres. No es un enigma decir entonces que para muchas mujeres, más aún las depresivas, que dependen tanto de la imagen que proyectan en el medio que las rodea, que la expresión de sus propios sentimientos de rabia sean un tema prohibido, pues atentan contra su sustento básico, sus relaciones afectivas.

Así mismo, definen que es lo que más les gusta de su personalidad y que menos les gusta, destacando aspectos muy similares en ambos géneros pero con presencia de rasgos agresivos, característicos en los pacientes depresivos:

“Si...haber soy cariñosa, tranquila, siiiii....también soy hogareña, me gusta la casa, pero lo que menos me gusta es cuando me da la rabia, me da no más”
(Erna 39 años)

En el caso de las mujeres deprimidas, y como lo señala la paciente citada anteriormente, todas expresaron que lo que más les gustaba de su personalidad es ser cariñosas, hogareñas y tranquilas. Lo que menos les gustaba, es la agresividad que algunas veces manifiestan con ellas mismas y los otros.

Así mismo fue la definición, de los varones deprimidos, 6 de los 8 casos, comentaron que lo que más les gustaba de su personalidades que eran cariñosos, hogareños, sin embargo destacan la agresividad con que ellos actúan.

“..Mire le voy a ser bien clarito...lo que menos me gusta es que soy muy malas pulgas, me enoja por todooo, aunque de repente no....pero me gusta ser cariñoso...me gusta estar en la casa....sí me gusta estar en la casa...”
(Omar 27 años)

La baja en el estado de ánimo de las personas deprimidas es tan evidente, que en vez de salir del hogar y mantenerse activos, realizan lo contrario, se “encarcelan” en sus propios hogares, originando así un aislamiento social que actúa como factor de riesgo para seguir avanzando a un estado más deplorable.

Otro punto importante es la rabia contenida, que es expresada muchas veces con agresividad por los pacientes depresivos. Este tipo de rabia es un sentimiento bloqueado y no asumido. Se convierte en una respuesta al derecho de no perder el contacto y satisfacer las necesidades. Es importante y más bien sano darse cuenta cuando se siente rabia y se debe respetar y hacerla expresión, ya que la rabia tiene su aspecto positivo, pues es el modo de desintoxicar al organismo; sin embargo cuando se pierde y como le pasa por lo general al

paciente depresivo la conciencia y la dirección en la expresión, aparecen mil prohibiciones, amenazas y predicciones catastróficas.

Lamentablemente, en el manejo de la rabia en el paciente depresivo, existe la alternativa de la violencia y la parálisis. En la primera alternativa se quiere destruir, romper maltratar, agredir a personas y/o así mismos, no importando el cómo, transformándose en un aspecto de la personalidad. En la segunda al sentir la rabia se pierde el contacto y la conciencia de lo que está pasando y el sujeto se distrae en otras cosas que se alejan de la situación o que sencillamente no le permiten expresar. La parálisis, permite que la energía se desvirtúe, por la culpa y el miedo, característica de la expresión de la rabia en el caso de la mujer depresiva.

En el aspecto si logra expresar lo que sienten las personas con depresión. Las mujeres señalaron lo siguiente:

*“ Nooo, no mucho, es que hay veces que no puedo...es que tengo tanta rabia...Cuando lo logro es cuando me mosquean a las niñas..si cuando las molestan en la casa de mis suegros...ahí no me quedo callada”
(Cecilia 39 años)*

La pasividad es una de las características de las personas depresivas, como lo señala la paciente citada, no son capaces de emprender la labor que las conduzca a su propia autonomía y a la construcción de sus propios espacios. Sin embargo si son capaces de emprender la lucha o de reaccionar violentamente cuando sienten que “los suyos” son agredidos o pasados a llevar en sus derechos. Una de las características de la mujer y más aún de la tradicional es que son capaces de los mayores sacrificios por otros y no por ellas mismas.

*“ No algunas veces no más ...cuando se meten con los niños no me guardo nada...no importa yo..por último me quedo callada....pero los niños no pueden pasarlo mal”
(Karen 25 años)*

La paciente citada, vuelve a demostrar la pasividad que esta inherente a la persona que sufre de Depresión y a la capacidad de “sacrificio” que son capaces en este caso las mujeres de sobrellevar por “otros”. Sin embargo, esta paciente nos revela, que la Depresión es una suma de hechos negativos en la vida de las personas, situaciones que pueden ser arrastradas desde la niñez y que se convierten en elementos gatilladores de la enfermedad en la etapa de la adultez. Esta paciente es el vivo ejemplo de la rabia que paraliza, cuando no se siente capaz de defenderse ante la agresión o llamado de atención del medio que la rodea y la rabia expresada en violencia, cuando siente que sus hijos son pasados a llevar.

En fin de los 12 casos de mujeres deprimidas, 8 manifestaron ser muy calladas y tímidas en su relación con otros, pero al momento de sentir que es pasado a llevar uno de los suyos, desatan ese sentimiento de rabia guardada, en defensa de quienes ellas sienten que necesitan su protección.

En este sentido se puede explicar, que para poder volcar un estado de ánimo negativo es necesario sentirse autorizada y no temer demasiado a las consecuencias. Este sentimiento de autorización, lo obtienen las mujeres, desde pequeñas, cuando son condicionadas a ser “madres” (en los juegos infantiles, las niñas por lo general, son quienes cumplen los roles de protección y cuidado de sus muñecas, en imitación al papel que desempeñan sus progenitoras) a estar al cuidado de otros, dispuestas a los mayores sacrificios; cuando la mujer siente que es atacado su vínculo más íntimo, es capaz de volcar esa rabia, no temiendo a la descalificación o la pérdida de las relaciones afectivas.

En el caso de los varones respecto de esta misma pregunta. Ellos expresaron lo siguiente:

*“Sii...si lo logro cuando converso con mi mamá, en esos momentos en que estamos solos”
(Omar 27 años)*

El paciente citado, nos revela lo importante de la figura materna, de la cónyuge u otra mujer. En este sentido se puede asegurar por observación en terreno que siempre es la figura femenina la precursora en las rehabilitaciones, acompañamientos, entre otros, de los varones.

*“ Si cuando converso con mi esposa yo me doy cuenta que me abro”
(Juan 32 años)*

Con la respuesta del paciente citado, se puede concluir que los varones deprimidos, logran expresar lo que ellos verdaderamente sienten en momentos de intimidad con un ser querido de confianza, por lo general, este ser querido es mujer.

En la pregunta si se encuentra distintas o distintos a personas de su misma edad, es decir, en el ámbito de diferenciación con los otros, ocurre que hay una polarización de ideas, ya que hay opiniones encontradas de hombres y mujeres.

Pero veamos que contestaron, cuando tuvieron que diferenciarse de sus pares:

*“ ...Hay personas que están peores que nosotros en la casa y que yo...que tienen más problemas encuentro yo...es bien jodio eso....aquí mismo en el consultorio uno habla con alguien y te empiezan a contar una cantidad de tragedias...siiii! hay familias que a las señoras les pegan ...los hijos en la droga....eso”
(Cecilia 39 años)*

Es importante que la paciente depresiva, reconozca que hay situaciones más estresantes en otros núcleos familiares y que tal vez su situación puede ser revertida si son capaces de reconocer las situaciones puntuales que pueden cambiar para ayudarse a salir del estado depresivo en que se encuentran.

“...Yo encuentro que estoy regia pa’ lo que están otros..es que hay niñas con tres o cuatro cabros chicos que no se dan cuenta que hay que salir adelante y tienen que trabajar y no andar leseando en fiestas...yo creo que estoy más madura.”

(Karen 25 años)

Es importante que el paciente depresivo, sea capaz de reconocer en ellos habilidades y aptitudes acorde al tipo de responsabilidad que ellos tienen en ese momento, si lo miramos desde este punto de vista, se podría decir que la paciente citada, posee los suficientes factores protectores para salir de su estado depresivo, pues es capaz de reconocer en ella habilidades que eventualmente la puedan ayudar a enfrentar o asumir responsabilidades en el campo laboral y/o familiar. Sin embargo, también es importante tener en cuenta el “enjuiciamiento” que recibe la mujer y frecuentemente de parte de su mismo género, cuando no puede, no quiere o no asume el “deber ser” del patrón tradicional, impuesto culturalmente para personas de su mismo sexo. Pues no es permitido o aceptado que la mujer se dedique a tiempos de ocio o de disfrute personal, sin cuestionar su rol de madre y/o esposa, sin mencionar los de dueña de casa, trabajadora, entre otros.

Por el contrario los hombres expresan que su situación es más desmedrada en relación a sus pares:

“No sé ...encuentro yo que estoy más mal que los demás...es que hay cabros que tienen su familia.....trabajo....luchan por la casita propia...y yo todavía no consigo mi rumbo...eso me achaca”

(Omar 27 años)

Al varón, los modelos tradicionales les imponen un “deber ser”, donde deben ser económicamente activos, poseer y suplir a su familia todas las eventuales necesidades que se presenten, entre otros. Al no conseguir esto o no estar en el camino de lograr “éxitos” económicos, son muy vulnerables a sufrir cuadros depresivos. Por lo tanto siempre el hombre y como lo declara el paciente anteriormente citado, la seguridad económica, un trabajo digno y bienes materiales, son primordiales a la hora de compararse con los otros pares.

*“Si soy distintohay hombres de la misma edad que yo ...que tienen de todo a su familia....y a mi me cuesta...las pegas están muy malas...yo no quiero que mi mujer me ayude”
(Juan 32 años)*

Juan, el paciente citado arriba, declara sentirse abrumado por no poder suplir las necesidades de su familia, externaliza el problema a la falta de trabajos dignos, esta situación esta directamente relacionada con el nivel educacional de los pacientes, en este caso, este paciente tiene educación básica completa, sin cursos de calificación laboral, lo que cierra más sus posibilidades de conseguir un trabajo que le permita generar ingresos suficientes para mantener a su familia sin ayudas extras.

Las diferenciaciones entre unos y otros se dan claramente, mientras las mujeres, opinan que ellas están mejor que otras mujeres, pues en sus núcleos familiares “las otras”, están mal, ya que viven situaciones de violencia y abuso al interior de su hogar y/o no asumen su “deber ser” respecto del cuidado de otros. Es importante destacar, que al momento de diferenciarse las mujeres, estas se “midan” según el cumplimiento de los roles impuestos por la cultura.

Los varones señalan al respecto que los “otros están mejores”, pues se encuentran económicamente activos y con empleos que les permiten lograr proyectos que satisfacen sus necesidades económicas y de bienestar social y familiar. También impera en ellos, los roles asignados por la cultura.

Respecto de los sentimientos de Pena, como se trató anteriormente, es muy común en personas depresivas, escuchar lamentos y sentimientos encontrados de rabia, dolor y pena. Son enemigos de la autoestima que encierran impotencia, odio, amargura, resentimiento, violencia, lástima, los que se traducen en expresiones de frustración por necesidades no atendidas.

Cuando las mujeres hablaron de sus sentimientos de pena, expresaron lo siguiente:

“Siento rabia o pena algunas veces por mi papá y mi mamá...es que se separaron y mi papá de ese día es un amargao y mi mamá el marío que tiene le pega y ella le tiene miedo”
(karen 25 años)

La paciente citada arriba, tiene sentimientos de tristeza por la relación que sus padres tienen y las consecuencias que esto ha producido en la vida de ellos. Es común este tipo de queja en los pacientes deprimidos, pues al encontrarse tan vulnerables, absorben como una esponja todo lo que les rodea, más aún los problemas; pues son las situaciones negativas que nutren los pensamientos de desesperanza y pesimismo en las personas con Depresión.

“Sí por las cosas que pasé cuando chica.....es que mi padrastro abuso de mí...(piensa)”

¿Qué pasó? ¿Desea contarlo?

“Si....es que es un episodio no superado....yo crei que lo había hecho pero el psicólogo me dijo que si yo todavía pensaba en eso no había sido superado....mi madre nunca hizo nada...me mando a vivir con mi abuelita....allí yo crecí”
(Fresia 37 años)

Las situaciones de abuso, cuando no son debidamente tratadas, no son superadas. Bajo esta perspectiva, es vulnerable la persona sobreviviente del abuso que tenga sentimientos de desesperanza, rabia, culpa, resentimiento, ansiedad, negación, apocamiento, dificultad para confiar en los demás, dificultades sexuales, dificultad en sus relaciones personales, retrospectiva, desórdenes de la memoria, abuso de drogas, entre otros.

Es importante destacar que las mujeres que fueron acosadas o maltratadas sexualmente en su niñez tienden más a sufrir de depresión clínica en algún

momento de su vida en comparación con las que no tuvieron esa experiencia, incluso hay una mayor incidencia de depresión entre las mujeres que fueron violadas en la adolescencia o en la edad adulta. Estas observaciones son muy importantes, ya que más mujeres que hombres han sido víctimas del abuso sexual en la niñez. Las mujeres que han sido víctimas de otras formas comunes de maltrato, como el maltrato físico o el acoso sexual en el trabajo, pueden también tener una mayor incidencia de depresión. El maltrato puede llevar a la depresión porque baja la autoestima y causa tristeza, culpabilidad y aislamiento social.

“Si, por la infidelidad de mi marido..por que la verdad señorita yo por eso estoy tomando casi todos los fines de semana...por mi hijo chico por que tiene problemas de lenguaje.....aunque ya lo esta superando...(piensa) a veces pienso que me voy a morir y no voy a verlos mas”.

¿Y porque esos pensamientos de morirse?

*“Noooo.....no es que yo pienso que me voy a matar, pero uno piensa eso a veces”
(Erna 39 años)*

Una de las situaciones que vulnera a la mujer, son los problemas en las relaciones de pareja, este tipo de situaciones lleva a la persona deprimida a sentir impotencia y desolación ante la pérdida acaecida, sentimientos que son disfrazados por el consumo de alcohol y drogas.

Otra situación que afecta a las mujeres, son los problemas de salud y/o eventuales dificultades en el desarrollo de sus hijos, muchas de ellas sienten cierto grado de responsabilidad y culpabilidad cuestionando su rol materno. Es bueno comentar que las mujeres cuando se dedican a la sola empresa de ser cuidadoras del hogar y sostenedoras afectivas del núcleo familiar y éste eventualmente sufre de controversias, las mujeres se confrontan con sentimientos de impotencia, tristeza y culpa, por la labor mal realizada; se sienten vulnerables y puede ser el principio de un estado depresivo.

Es importante destacar, los pensamientos suicidas que persisten en el paciente depresivo.

“Es que la personalidad mía es así. Desde que me pasó eso cuando chica.

¿Qué paso. Desea contarlo?

Es que cuando niña. Tenía 12 años un hombre me violó.....yo fui a comprar con una amigita cerveza para su papá y un hombre nos atacó. Ella pudo escapar....pero yo no.....el hombre estaba curado.....

¿Qué pasó con su amiga. Ella no avisó?

Sí avisó pero el paco no hizo nada. Estaba fuera de servicio y en eso dijo que no se metía. ...(piensa)....mi mamá no hizo nada, me dijo que me lavara y nada más.....yo esperaba....que hiciera algo más sobretodo mi mamá....pero ella calló”.

(Carolina 34 años)

Esta paciente, es particularmente especial, pues ante de esta entrevista, se pensaba que su problema depresivo era gatillado por la mala relación con su pareja; sin embargo se descubre que los problemas relacionales con su cónyuge, constituían una fachada, que encubría la verdadera causa de su estado depresivo. Dio Bleichmar (1999), habla de este tipo de síndrome, llamándole “Depresión de orden melancólico”, que encubren vínculos que predomina el odio hacia algún familiar u otro agente.

Las personas que han sufrido una situación traumática en su niñez, por lo general, son personas bastante retraídas, con problemas para relacionarse con el medio, con la pareja, con la sexualidad; tienden al aislamiento social. Todos estos factores favorecen el inicio de la Depresión y dificultan su tratamiento. Además poseen rabia contenida con miembros familiares que no acudieron a su auxilio y

cuestionan la diligencia de quienes podrían haber evitado, en este caso, aquel episodio.

*“Siento pena por que no puedo salir adelante...veo que los chiquillos están tan chicos y la vida pasa para mí....no veo salida....y todo se me hace largo”
(Rossana 22 años)*

En esta pregunta, las pacientes se sintieron con la suficiente confianza de señalar situaciones estresantes de su vida. Este grupo de estudio los resultados reflejaron la diferenciación y acomodación que va experimentando la mujer a medida que va transcurriendo la edad en la etapa adulto-joven, en este sentido, la mujer deprimida contracta su historia de vida con su presente, relacionando hechos que la llevan a realizar una introspección de si mismas, autovalorandose y posicionandose respecto de su situación actual. Si el presente es bueno, son capaces de vivir momentos de completa felicidad, casi eufóricos, si esta no cumple con sus expectativas, caen en profundos estados de tristeza y depresión.

Es claro que existe diferenciación en los sentimientos de pena que afectan al grupo de estudio. Lo que les deprime a las mujeres en el rango etéreo de 20-29 años es distinto a lo que les genera sentimientos de tristeza a las la década subsiguiente en el mismo tramo de edad. Ya que sus necesidades son distintas y sobretodo en los estratos mas desfavorecidos de nuestro medio, la acomodación por factores sociales y económicos es más alto.

En relación a esto mismo, los hombres señalaron lo siguiente:

*“ Tengo pena porque no tengo un buen trabajo.. las cosas no andan bien....en la casa...la máquina esta cada día más mala...y algunas veces no tengo pega”
(Carlos 36 años)*

Los varones contenidos en este estudio, los 8 casos declararon sentir pena por la falta de trabajo o la imposibilidad de tener uno mejor, esta situación altera el

sistema familiar, pues el varón al sentir incapacidad de generar recursos o suplir todas las necesidades familiares, lo lleva a sentir que pierde poder, terreno en un campo que según el modelo tradicional, debería ser el hombre él más capaz.

Al pedirles a las personas contenidas en este estudio, que se autodefinieran. Las mujeres expresaron lo siguiente:

*“Una mujer con altos y bajos...sobretudo bajos....estoy triste”
(Ivonne 36 años)*

A pesar de tener claro su identidad de mujer en esta sociedad, la mujer depresiva siempre encuentra el momento, el espacio para autodestruirse, para hablar de su melancolía y/o dejar en claro que algo sucede en ella. Su mensaje esta cargado de un cierto reclamo y llamado de atención, de ayuda.

Es esta identidad de mujer, de querer vivir la vida, de ser generadora de vida, lo que precisamente la ayuda para no caer en estados que pueda atentar contra su vida. Pueden haber intentos de suicidios histéricos (Dio Bleichmar, 1999), que son meramente llamados de atención que algo no funciona, pero es su condición de madre, de mujer lo que no le permite verdaderamente atentar contra su vida en forma certera.

*“ Una mujer que lucha por salir adelante para darle lo mejor a mis hijos y que cuando sean grandes estén bien”
(Erna 39 años)*

Esta paciente también tiene claro su identidad de mujer, pero también destaca su papel de madre, se sabe necesaria y con herramientas para asegurar un porvenir a sus hijos.

Si bien la definición de si misma esta influenciada por lo que otros opinan, las mujeres entrevistadas se definieron primero, refiriéndose a su género, para luego definirse en proyección de los demás.

Los varones, al definirse respondieron lo siguiente:

“Bueno....alguien...que quiere superarse....poder estudiar...encontrar un buen trabajo..estar bien...con mis cosas”
(Omar 27 años)

Es importante tomar en cuenta, como el varón no se define respecto de su género, sino más bien del rol que le toca cumplir dentro de la sociedad.

“Pucha....es difícil...un buen trabajador...hombre...que quiere darle lo mejor a mis hijos...y...a...bueno la familia”
(Abraham 34 años)

El paciente citado, vuelve a mencionar su rol impuesto por los modelos tradicionales, después vagamente menciona su género, para posarse definitivamente en el papel de proveedor en la familia.

El varón cuando se siente imposibilitado de no poder cumplir con la función económica dentro del núcleo familiar, siente que se desvaloriza ante la familia y sus pares. Por lo tanto para el género masculino el “estar bien” se mide por el cumplimiento de un trabajo productivo y la tenencia de bienes materiales.

Otro punto relevante es la imagen que posee el paciente depresivo que cree proyectar al entorno social que lo rodea.

2.2 Percepción de la mirada externa

En esta parte del estudio se debe destacar que se observan diferencias respecto de la opinión que tiene las personas con depresión, de sí mismas. Hombres y mujeres, tan diferentes entre sí tienen su punto de convergencia en esta parte; el círculo que los rodea, su entorno inmediato, los influye de tal

manera, que da la impresión que mecánicamente estuvieran aceptando y absorbiendo para luego internalizar todos los mensajes transmitidos por los otros, llamados seres queridos, y que constituyen el núcleo familiar inmediato del paciente.

Respecto de la proyección familiar referente a su persona.

En este punto se destacaron diferencias en ambos géneros. Las mujeres señalaron lo siguiente.

*“Mi familia espera que yo salga de la depresión que este contenta ..y mi esposo que lo perdone”
(Erna 39 años)*

El apoyo familiar es fundamental para el paciente deprimido, como lo señala la paciente citada, es requisito principal que la persona deprimida tenga un buen soporte familiar, que ayude eventualmente al enfermo. También hay que destacar la comunicación que se da al interior del núcleo, pues esta paciente sabe exactamente lo que desea su familia para su futuro, no lo desconoce, al contrario, aparentemente es un tema recurrente a nivel familiar.

*“Que salga adelante”
(Ivonne 36 años)*

Las pacientes en estudio, coinciden en que sus familias manifiestan preocupación por su enfermedad, esto es un respaldo importante para la superación del estado depresivo. Además, al poder responder ¿Qué es lo que espera de Ud. su familia? hace notar que existe comunicación entre los miembros de la familia y que en algún momento de espacio familiar es tema de diálogo y preocupación. Sin embargo deja entre duda lo siguiente. Sí es tema de conversación familiar su situación depresiva, por lo tanto, existe preocupación de los seres queridos, entonces, porqué las mujeres expresaron que entre los temas

familiares no se hablaba de ningún tema concerniente a su estado depresivo, ni nada referido a su persona, que sea importante para ella. Esta situación se puede derivar que las mujeres se sienten tan vulneradas y solas por la carga que llevan que no logran percibir, que “los otros” en conjunto, sí están verdaderamente preocupados, y no aisladamente como se lo han manifestado.

Los varones contenidos en este estudio, por su parte, expresaron lo siguiente:

“Uuy! no sé nunca lo he preguntado..”
(Johans 25 años)

Es importante observar lo complicado que se nota el paciente al responder la pregunta sobre las expectativas familiares; denota una pobre comunicación familiar, situación preocupante para la superación de la depresión del paciente.

“Mmmm...no sé ..haber...a sí que estudie ...que salga adelante...que supere la droga..sí que no fume más”
(Omar 27 años)

En el triángulo familiar de los varones deprimidos, se denota una pobre comunicación, así lo deja entrever el paciente citado arriba, pues les cuesta mucho expresar que espera su familia de él. En el mejor de los aspectos, puede ser que su familia le exprese al paciente sus deseos para con él, pero tal vez la forma que utiliza no es la adecuada, ya que, el paciente puede oír pero no escuchar el mensaje que se le quiere transmitir. Otra hipótesis puede estar dada por la entrega de información por separado de la familia, situación que señala el interés de un miembro familiar por separado y no por el clan familiar, que es la suma de todas sus partes y en algunos casos un masivo apoyo es más efectivo y energizante para el paciente depresivo.

Concluyendo con el análisis de la autoimagen de las personas entrevistadas, es importante considerar, la situación de desgano y tristeza en que se encuentran estos pacientes, por esto, uno de los descuidos en una persona

deprimida, es su parte externa, aumento o baja de peso, aspectos de embellecimiento, y arreglo personal; además y quizás lo más importante les produce dificultades para gozar de la vida y de disfrutar de la quietud y el descanso. Cuando una persona tiene una pobre opinión de sí misma, falta de confianza en sus recursos de acción y de opinión, lo que comúnmente se entiende como inseguridad o debilidad, características de los pacientes entrevistados, entonces están creadas las bases de la Depresión. Unido a esto se encuentran las personas que vivieron experiencias traumáticas en su niñez, pacientes que se caracterizan por tener una personalidad retraída, inseguros, en fin una gama de emociones que afectan su vida.

Otro punto que se trató, estuvo referido a las dolencias corporales de los pacientes, tanto hombres como mujeres, se quejaron de dolores localizados en el cuello, espalda, hombros, extremidades inferiores, entre otros. Estas dolencias son comunes en las personas con depresión, pues constituyen la alarma que envía el cuerpo avisando de las anomalías que esta generando en el sistema humano la constante tensión a la que es sometido. En este sentido, es bueno comentar, que existen personas que consultan por estas dolencias, visitando todas las especialidades médicas, esto desde luego genera gastos de dinero (en medicinas, exámenes, tratamientos, entre otros), de tiempo, de energía. Sin poder tener un diagnóstico preciso que le solucione la raíz del problema, su trastorno depresivo. Este tipo de Depresión Encubierta es de muy difícil diagnóstico para los equipos de la salud.

Los modelos tradicionales de feminismo y masculinidad, también afectan al paciente deprimido; si bien en algunos casos, estos pueden ser gatillantes del estado depresivo, en otros es causa que dificulta la mejoría del paciente. En este tema se observan diferencias en los puntos de vista de hombres y mujeres y entre las mujeres, pues si bien para unas el deber ser impuesto por la cultura no es punto controversial en su relación con el medio; las pacientes más jóvenes, manifiestan un continuo reclamo y desacuerdos respecto del papel que tienen que

cumplir socialmente. En este sentido la gran mayoría de los varones, asumen su rol en la sociedad, sin embargo otorgan valor a su existencia, en la medida que cumplan la función económica en el ámbito familiar o según sus logros materiales, de acuerdo a la obra que realicen, éxitos laborales o de que posean de algún instrumento que les otorgue poder. Si esto no está presente en su vida la tendencia a la Depresión es inminente. Es común ver en las noticias suicidios por esta causa, protagonizados por los varones.

Kenny Oyarzún, directora del Centro de estudios de Género de la Universidad de Chile; en entrevista *“Feminismo al Revés”*, publicada en el Mercurio el 23 de Abril del 2006. Comenta que mujeres con alto nivel de instrucción no tienen la opción de elegir entre quedarse en casa y cuidar a los hijos e ir al campo laboral.

“A las más escolarizadas se les obliga a pensar que tener una carrera exitosa es el único objetivo en la vida” (Kenny Oyarzún).

Se sienten presionadas por factores que van más allá de lo económico; además que se les presenta como una exigencia social para ser valoradas.

Otro tema desencadenante de un trastorno depresivo, son los sentimientos de culpa, pena, rabia, inutilidad e incapacidad, acciones de agresividad, que presentaron los pacientes. En muchas ocasiones, los sentimientos de tristeza y desánimo no son los más relevantes; el mal humor, la irritabilidad, la agresividad constituyen la regla y contribuyen a dar matices de una Depresión declarada. En este tema también reaparecen los modelos tradicionales, pues la mujer ha recibido una sistemática y vigorosa prohibición de la percepción y expresión de los sentimientos de rabia. Es más aceptado socialmente que un varón exprese abierta y directamente su rabia, lo peor que le puede pasar como sanción social que se le tema o se le rechace, pero en ningún caso se le desprecia o se pone en evidencia su salud mental.

3. DINÁMICA FAMILIAR

La familia como lugar de aprendizaje, de pertenencia, de amor y de seguridad, ofrece al ser humano las mayores oportunidades para desarrollar sus capacidades personales. La familia es por tanto el espacio vital del desarrollo humano para garantizar su subsistencia. Es un sistema íntimo de convivencia en el que la asistencia mutua y la red de relaciones de los miembros la definen y determinan.

Dentro de esta dinámica familiar donde se establecen esquemas de transacciones e intercambios entre los miembros del sistema familiar; coexisten las funciones, los límites, las relaciones familiares, la comunicación y la resolución de conflictos.

3.1 Funciones

En este apartado de estudio, indagamos sobre dos tipos de funciones de la familia; uno de ellos es la función socializadora y la otra es la función de protección psicosocial de sus miembros. Es importante conocer quienes cumplen en las familias de los pacientes con Depresión, este tipo de funciones.

En la función de protección psicosocial de sus miembros, las mujeres que constituyeron el estudio, respondieron esto:

*“Yo me encargo de las cosas de la casa, voy a reuniones escolares, les enseño a los chiquillos a comportarse, no ve que uno es el que queda en vergüenza si ellos se portan mal....si po...la gente dice:
“la mamá no le enseña, la mamá lo tiene cochino o salió malo para el colegio por culpa de la mamá...que no le enseña”
yo tengo que ver con todas las cosas, él (refiriendose a su pareja) ni sabe que pasa en la casa cuando va a trabajar...llega en la noche ...uno tiene que ver con la casa...¿Quién más que uno?....
(Erna 39 años)*

En el caso de las mujeres depresivas y como lo plantea la paciente citada, ellas sienten que el ritmo del hogar, la vida de los hijos y el cuidado de los otros, se plantea en oposición a su propio autocuidado. Además tienen internalizado que son responsables del desempeño pedagógico de los hijos en el colegio, por lo tanto, deben cumplir con labores de enseñanza pedagógica (ir en ayuda directa de las tareas escolares de los más pequeños), buenas amas de casa, buenas educadoras, es decir, buenas en todo, porque si hay algo que no hacen bien, sienten el peso de los “debeismos” impuestos por nuestra cultura.

Es común, observar como las mujeres cumplen distintos tipos de funciones dentro del núcleo familiar, en el caso de la paciente anteriormente citada, podemos ver que cumplen funciones, como la afectiva, educativa, psicológica; la función de control social, es traspasado comúnmente a personas del sexo masculino.

*“Nooo, quien se encarga de limpiar, cocinar, lavar, planchar soy yo...también voy a reuniones del colegio de los tres niños, además les ayudo con sus deberes escolares, me preocupo de todas las cosas del colegio....cuando vengo del trabajo, los llamo antes para saber si les falta algo para el otro día y si es así voy y paso a comprárselos de una carrerita....les enseño a comportarse ante la gente, les vigilo las juntas...me preocupo de todo....eso sí mi marido los va a buscar al colegio...no ve que yo llego mas tarde” “Mi marido es el jefe de hogar.....yo vengo después ...el se encarga de buscar peguita por aquí ...trabajar por allá..ud. sabe..también de darles los permisos a los cabros yo no”
(Jessica 34 años)*

La paciente citada, nos demuestra que no son casos aislados los continuos reclamos y quejas que encierra el discurso de la mujer en contra de los modelos tradicionales; además se agrega el mensaje cultural de que el hombre es el que “debe” tomar las decisiones trascendentales dentro del núcleo familiar, asumiendo la carga de responsabilidad que esto significa. Además, en dos de los casos entrevistados, expresan, que aunque sean el único sustento que llega al hogar, no

son ellas las jefas de hogar, sólo ocupan ese título en segunda opción después de sus parejas o cónyuges.

“Yo señorita tengo que ver con todas las cosas de la casa...todo todo todo....no ve que si no mi suegra me pela..siii po, yo me preocupo de las niñas, eso sí ellos (*refiriendosé a familiares de su esposo que habitan el mismo hogar de ella*) no tienen nada que decir...soy hasta bien económica para mis gastos...mi marido pasa todo el día afuera....llega en la noche a puro mandar...a veces me mosquea a las niñas..por los permisos...no vé que ahí ellos (*refiriendosé a su cónyuge, ubicándolo en el mismo nivel de todos los hombres*) son los machos ..se fijan en puras leseras..si uno las vé (*refiriendosé a las hijas del matrimonio*)todo el día...el (*refiriendosé a su cónyuge*) se mete para puro molestarla..el tiene que ver con que salen o no y a veces las cabras se aburren encerradas todo el día”
(*Cecilia 39 años*)

En el caso de la paciente citada arriba, se agrega al reclamo continuo de las mujeres que se sienten criticadas y enjuiciadas por pares de su mismo género, sobretodo mayores que ellas, sienten que son cuestionadas por lo que deben hacer y no lo están cumpliendo, en su rol de madre, esposa y dueña de casa. Expresan sentimientos de rabia, respecto del comportamiento de sus parejas que al parecer no valoran el trabajo que ellas realizan en el hogar ni con los miembros de la familia.

“En esa casa nadie me ayuda en nada, todas las cosas las hago yo...todo, todo, todo..también me preocupo de los niños..que si que va a ver para el almuerzo..que si las pastillas de mi papá...de el uniforme del trabajo ...de mi hermano...no ve que si uno no hace todas las cosas es de mala hija...si no estoy pendiente de los niños...soy mala madre...sino soy mala hermana sino plancho y ordeno a mi hermano”
(*Karen 25 años*)

Nuevamente la cita de la paciente, da claros indicios de que la queja constante de las mujeres, tiene que ver con los roles impuestos por la sociedad, este papel que de alguna manera poseemos, se centra en el ser esposa, madre, cuidadora. En este sentido se espera que la mujer se preocupe y ocupe de todo lo

relacionado con la familia; la mantención de las relaciones afectivas y sociales, el bienestar de todos, entre otros.

Los varones respondieron al tipo de función que ellos cumplen en el hogar, lo siguiente:

“.....En la casa las cosas las hace mi mujer..ella vé a los niños..y esas cosas del colegio...yo me encargo de las platas..es que tengo turnos en la tarde y llego muy tarde en la noche...yo casí no veo a los niños..”
(Carlos 36 años)

En el caso de los hombres, se plantean situaciones distintas, de los 8 casos entrevistados, solo 1 declaró ayudar en las labores de casa. Todos los demás declaran no tener mayores actividades en el hogar, tampoco tener bajo responsabilidad directa la educación y protección de los hijos cuando existen en el núcleo familiar del paciente deprimido. La diferencia se plantea, cuando se trata el punto de ¿Quién es el jefe de hogar, en su familia? en esta pregunta se sienten completamente identificados, relacionando directamente, su éxito a la solidez económica que ellos les entregan a sus familias y la capacidad de poder generar todos los recursos suficientes para la subsistencia familiar.

“Nooo, en la casa yo no ayudo mucho....para que la voy a engrupir...no..las cosas las hacen mi mamá y mi hermana...yo y mi papá nos dedicamos a trabajar, aunque últimamente no he podido trabajar mucho por mi pierna”
(Omar 27 años)

Como lo explícita el paciente citado, en general los varones que no tienen pareja e hijos, no presentan las mismas preocupaciones, sienten que las funciones del hogar están destinadas para las mujeres que habitan su mismo hogar, pues estos son los mensajes que se han reproducido en su familia desde siempre. Se puede concluir que los varones tienen internalizado como un fin la función económica, por lo tanto, al no estar trabajando o cumpliendo una labor remunerativa, trae consigo sentimientos de impotencia y desesperanza que afectan directamente su autoestima.

3.2 Relaciones familiares

Al relacionarnos con otras personas, somos influidas por ellas y, a su vez, ellas son influidas por nosotras. La forma en que podemos convivir con otras personas, lo aprendemos al interior de nuestras familias de origen.

La familia constituye un espacio poderoso de influencias. En ninguna otra parte del universo social existen más posibilidades de apoyar, dar consuelo, herir, denigrar, reasegurar, ridiculizar, amar u odiar. Por eso, pertenecer a una familia puede ser algo agobiante, según los lazos de compromiso que se desarrollen en su interior. Por esto es interesante estudiar, el sistema relacional en que se encuentran los pacientes deprimidos.

Relación al interior del sistema conyugal

En el caso de las personas deprimidas del sexo femenino, podemos constatar que de las 12 entrevistadas, solo 1 caso comentó que su relación de pareja no era buena.

Veamos que opinaron:

“Con mi pareja, nos llevamos bien no hay grandes cosas entre nosotros...no peleamos....pero a veces me da rabia que el pueda salir y yo no.....”
(Karen 25 años)

La paciente citada, manifiesta contradicciones en su mensaje, cuando se refiere a la situación relacional con su cónyuge; pues encierra una fuerte carga emocional que no le permite expresar asertivamente ante su esposo, sus necesidades recreación y tiempo libre. Esta situación de no poder expresar los

sentimientos y rabias acumuladas es común en los pacientes que sufren Depresión, pues es tal su estado de aletargamiento y tristeza que no son capaces de enfrentar un intercambio de opiniones sin entrar en estados de ansiedad, llanto y/o confusión que no los conduce a una comunicación efectiva con el receptor.

“Sí la relación es buena....no peleamos mucho, aunque a veces me da rabia por que el puede terminar sus estudios y yo no ...por los niños”

(Clara 26 años)

La paciente citada vuelve a reproducir un mensaje similar a lo antes visto; rabia contenida, impotencia por no poder revertir la situación. Sin embargo hay otro agregado, los hijos, la mayoría de las veces, quien retarda o anula su propio crecimiento profesional, laboral, es la mujer; pues es ella quien queda al cuidado de los niños. Las mujeres son capaces de los más grandes sacrificios, desafíos, labores en pro de su entorno familiar; queda claro que si toda esa energía la encauzaran para superar su estado depresivo y así recuperar su bienestar personal, no habrían personas del sexo femenino deprimidas.

“Antes peleábamos harto, ahora ya no.....es que estamos mas tranquilos...si ahora la relación esta mejor”

(Erna 39 años)

Es importante tomar en cuenta la edad de la paciente citada, su relación de pareja es estable, ya existe un nivel de acomodación de ambos que permite limar asperezas del pasado y valorar la relación que persiste en el momento; aparentemente no existe rabia acumulada por situaciones pasadas.

“Es buena la relación con mi mario.....es que la verdad nunca peleábamos ..es que yo me guardo todo”

(Cecilia 39 años)

En esta paciente se ejemplifica la clara visión cultural de que la mujer “debe” ser sostenedora de un buen clima familiar dentro del hogar, así como de la imagen que se proyecta hacia el entorno social que rodea al sistema familiar.

Aunque esta misión transgreda sus más íntimos deseos y necesidades, la persona deprimida no es capaz de revelarse ante este papel de contenedor de conflictos y disputas, sin sentirse responsable por las consecuencias que generaría en caso de descubrirse y abrirse la discusión.

Es importante destacar que todas las pacientes entrevistadas declararon no tener problemas en la relación de pareja; las diferencias de opiniones aparecieron, cuando compararon sus necesidades con la relación conyugal, en este sentido, existen distintos discursos entre los rangos etáreos de 25-29 años y los de 30-40 años. Las primeras expresan sentimientos de malestar por el rol que les toca ocupar en la sociedad, sienten que la postergación de sus necesidades personales las abruma, generando en ellas sentimientos de rabia, impotencia y culpabilidad. En cambio las mujeres que tienen 35 años en adelante, tienen asumido o aparentemente aceptan pasivamente su rol dentro de la sociedad, no tienen mayores expectativas de su futuro próximo ni menos de satisfacción de necesidades personales, da indicios que todos sus logros están vinculados con la familia. De esto se puede deducir y como ya se planteó anteriormente, que la mujer que es sostenedora de la relación afectiva y familiar, y su vida gira entorno a esta tarea o función de forma exclusiva o casi exclusiva, cuando sufren alguna dificultad en las relaciones interpersonales, sobretudo a nivel familiar, no sólo sienten dolor por la relación que se malogra o que se pierde, sino que esta situación afecta su confirmación, su valor como ser humano. En estas condiciones la mujer sufre desequilibrios que compromete su identidad, lo central del concepto de sí misma. No es sólo la ruptura de un vínculo; es también de que ella no sirve para lo que debiera servir; pierden dos veces en la vida: pierden la relación y la autoestima.

En relación a los resultados sobre la relación del sistema conyugal en el caso de los varones, no persiste mayor diferencia, todos los hombres, que se encuentran en pareja, califican la relación como “buena” no difiriendo opinión alguna por los rangos etáreos. esto se expresa en lo siguiente:

*“La relación con mi mujer es buena, nos llevamos bienella es un buen apoyo”
(Carlos 36 años)*

En el paciente citado arriba, se evidencia, la importancia del soporte familiar para la superación del estado depresivo. Al relacionarse satisfactoriamente con su cónyuge y demás familiares, ayuda a que las personas depresivas sientan el apoyo necesario para salir de la Depresión, actuando este tipo de convivencia familiar, como factores protectores ante una eventual recaída del paciente, una vez superado el episodio.

*“Hubo un período que la relación era malísima...yo creo que era por mis actitudes...pero ahora es buena..nos comunicamos harto.”
(Abraham 34 años)*

El paciente reconoce que su relación familiar era estresante por situaciones anómalas donde el era protagonista principal, en cambio reconoce que un cambio de comportamiento generó un ambiente más saludable en la familia, abriéndose espacios de comunicación y reflexión familiar.

Relación al interior del sistema fraternal

Las relaciones entre hermanos, son ingredientes importantes para la buena dinámica familiar; constituyen un soporte fundamental para el padre y la madre y una preocupación menos a la hora de definir las relaciones en el sistema familiar.

Al parecer el grupo de estudio goza de “buenas” relaciones fraternales, no presenciando situaciones conflictivas entre ellos. En este apartado las mujeres deprimidas que tenían hijos todas concluyeron que las relaciones entre hermanos son “buenas”, esto declararon:

*“Mi hija de 17(refiriendose a la edad de la niña) manda a la de 14 y 11 y sabe que le obedecen harto, es que ellas se preocuparon cuando supieron que yo tenía Depresión por el asunto del papá (declara tener depresión por infidelidad de su pareja, padre de las niñas)...ahora niquiera las escucho alegar entre ellas”
(Erna 39 años)*

La paciente anteriormente citada, comenta que las relaciones familiares, mejoraron desde que ella empezó a manifestar indicios de su situación depresiva. En este caso sus hijos colaboraron convirtiéndose en cómplices directos del bienestar de la madre; esto permitió mejorar las relaciones fraternales redescubriendo en ellos cualidades de empatía, colaboración y respeto por el otro. También esta presente la parentalización de los hijos, en este caso, la paciente declara que su hija mayor asumió ciertas funciones familiares que le competen directamente a los padres. Esta situación es muy común, en los hogares donde el padre o la madre son depresivos.

*“ Los niños se llevan biennunca pelean..son tan chiquititos...es como si supieran que la mamá esta triste..”
(Karen 25 años)*

En la familia, cuando existe un paciente depresivo, más aún cuando éste es la madre, el sistema se reciente a tal punto que hasta los hijos más pequeños perciben la situación anómala que se vive dentro del núcleo familiar. Según Barroso, en su libro la Experiencia de ser familia; los hijos de padres enfermos, tienden a culpabilizarse por el estado en que se encuentran su o sus progenitores,

generando en ellos estados de ansiedad y tristeza que afectan directamente su relación con el entorno.

La relación que establecen los pacientes deprimidos con sus hijos, esta en constante riesgo de transformarse en una parentalización, pues los hijos asumen las responsabilidades del cuidado de los otros, cuando el paciente se ve imposibilitado de cumplir su rol. Esta situación se genera por los estados de vulnerabilidad y dependencia que tienen los pacientes en determinado momento. En especial cuando no tiene ganas de levantarse, no tiene fuerzas para realizar las actividades cotidianas, transformándose así los hijos en verdaderos guardianes de las personas con depresión.

Los varones, al responder sobre la relación dentro del sistema fraternal, respondieron esto:

“...mmmmm...si...se podría decir que bien..yo creo....no estoy seguro..normal..como todos los cabros”
(Abraham 34 años)

Al parecer y como lo indica el paciente citado arriba, el varón depresivo, desconoce la relación que existe entre los hijos que constituyen el núcleo familiar. Esta situación es recurrente cuando el hombre sólo se ocupa de la función económica en la familia. Esta situación lo obliga a mantenerse largas horas fuera del sistema, logrando que se perpetúe en el tiempo un desconocimiento parcial o total de la situación familiar.

Es importante destacar, que cuando el varón sólo se concentra en cumplir con la función económica en el grupo familiar, lo aleja de la posibilidad de nutrirse de vivencias y experiencias que se dan dentro del núcleo familiar y que pueden ser factores protectores ante un cuadro depresivo.

Relación al interior del sistema parental

Los pacientes deprimidos, por lo general, en su situación de vulnerabilidad buscan refugio en algún miembro de su familia. Los sujetos entrevistados, también conversaron sobre este tipo de relación. Las mujeres expresaron lo siguiente:

“Con la de 17 (hija mayor) con ella me llevo mejor de todos en la casa...es que somos bien yuntas”
(Erna 39 años)

Por lo general, en las familias siempre se da una suerte de complicidad entre la hija mayor y la madre. Esto puede ser por los intereses propios de ser mujer, situación que favorece lazos de confianza y empatía. En este sentido y por los resultados que arroja este estudio, se puede decir que en el caso de las mujeres, son otras mujeres quienes prestan el apoyo necesario que necesita el paciente depresivo. Esto se comprueba en las mujeres que tienen hijos mayores; todas ellas identificaron a su hija mayor, como su principal apoyo y con quienes mantienen lazos de confianza.

“Con mis hijos...aunque son chicos todavía, pero con ellos me llevo mejor”
(Karen 25 años)

La paciente citada arriba, comenta que dentro del núcleo familiar con quien se lleva mejor es con sus hijos; en este sentido se puede afirmar que la mujer depresiva joven, se refugia en sus labores domésticas y en la constante entrega de cariños y afecto que recibe de sus hijos, convirtiéndose sólo en un ser funcional, para el resto de la familia.

En el caso de los varones, estos señalaron en el caso de los solteros a su madre, como la persona con quien se llevan mejor dentro del núcleo familiar y en el caso de los casados, sus parejas, son para ellos de completa confiabilidad y agrado.

*“Con la negra (refiriéndose a su esposa) me llevo mejor de todos...es que ella me acompaña para todos lados..”
(Abraham 34 años)*

Como lo indica el paciente depresivo, siempre es una mujer quien es la acompañante directa de un varón deprimido. Es bien sabido experiencialmente que siempre al lado de un hombre viejo, enfermo o con serias dificultades, se encuentra alguna mujer. En cambio la situación inversa no es de observación frecuente.

3.3 Límites

Es necesario mencionar, que los límites serán entendidos como las fronteras que protegen la diferenciación de los subsistemas. Los límites definidos con precisión, permiten el desarrollo de las funciones específicas al interior de cada subsistema de parte de los individuos que lo integren (Quintero, op. cit.)

Para efecto de este estudio, se consideraran elementos que permitirán clarificar de manera específica los límites que se generan al interior de las familias a las cuales pertenecen los pacientes insertos en el Programa de Depresión, entre estas se destacan: funciones, normas, tareas, autonomía y aceptación a las opiniones, entre los miembros.

En relación al caso de las mujeres, esta situación es preocupante. De los 12 casos entrevistados, 8 de ellas señalaron respecto de las funciones de cada uno de los miembros, de las normas al interior del hogar, de la autonomía de los miembros, lo siguiente:

*“ Noo pa’ na’ en la casa nadie me ayuda...yo les hago todo...dicen que cuando tengamos una casita propia de nosotros van a ayudar más...si yo no llego no hay na’...ni pan van a comprar las chiquillas si no las mando”
(Ivonne 36 años)*

La paciente citada, comenta lo que aqueja a la mayoría de las mujeres; la falta de colaboración y autonomía de los miembros de la familia. Sin embargo a veces esta llamada falta de colaboración es originada por el mismo sistema familiar, pues a veces, sobretodo las madres no son capaces de delegar ciertas tareas a los demás miembros de la familia, es más el sexo femenino se queja de la misma reproducción que realiza; en el sentido que por un lado reclama que los hijos varones son poco colaboradores y sin embargo a veces son ellas mismas que no dejan que esta colaboración sea efectiva, pues no es labor de ellos los quehaceres domésticos.

“Nooo, esos no ayudan en nada...es que estan muy regalones...si hasta para hacer la cama son flojos...eso me tiene cabrea...todo tengo que hacerlo yo...sino..ud. sabe..esta malo...”
(Cecilia 39 años)

Se reproduce el mismo malestar en esta paciente, vuelve a quejarse y reclamar por la falta de cooperación familiar. Es importante destacar este punto, pues y como se observa en la mayoría de los pacientes deprimidos, ellos se mantienen en una constante justificación de su rol en la familia, como si a cada momento tuvieran que validar su posición en el medio familiar, demostrándose así mismas que son importantes e irremplazables para los demás miembros del clan.

A modo de análisis, podemos decir que los límites que se dan al interior de la familia son difusos, pues interfieren en la autonomía de cada uno de sus miembros, asignando solo un responsable para todas las tareas hogareñas.

En el caso de las mujeres con depresión, no se atreven a hacer exigencias al clan familiar, tratando por todos los medios de evitar confrontaciones directas (peleas o discusiones), ya que todo lo que marque diferencias entre los miembros, se interpreta como una amenaza a la unidad familiar. Además no existen normas claras que favorezcan la comunicación y diálogo entre los miembros.

Los varones respecto de sus funciones, también señalaron lo siguiente.

“Nooo, pa’ que vamos a estar con cosas...en la casa están mi hermana, mi mamá para hacer las cosas...mi obligación podría ser ir a comprar pan”
(Omar 27 años)

En el caso del paciente citado arriba; se repite el mismo cuadro pero de forma inversa. Identifican a personas del sexo femenino, miembros de su familia, como a quienes les corresponde las labores de casa, etc. Con mucho esfuerzo identifica alguna tarea que realice con frecuencia.

“Noo, lo que pasa que en la casa hay hartas mujeres..esta mi señora, mi mamá, mi tía ..vé. Nosotros vamos a trabajar ..ellas se encargan de todo”
(Juan 32 años)

En el caso de los varones entrevistados, podemos analizar que los límites son difusos, claros en el hecho que son las mujeres quienes asumen las tareas domésticas y responsabilidades dentro del hogar, haciendo de este núcleo familiar un sistema de total dependencia, no siendo capaces de desarrollar autonomía entre los miembros.

Es necesario hacer notar, que es siempre una mujer, quien esta supliendo las necesidades de abrigo, atención a un varón, bien sea la esposa, la hermana, la madre, debe haber una mujer para suplir las necesidades básicas como comer, de protección, de contacto físico, de bienestar, etc. Por otro lado, las mujeres se quejan continuamente de la poca autonomía de sus familiares, entonces ¿Quiénes son los directos responsables de los sistemas familiares enfermos?

3.4 Categorías de comunicación

Para indagar como perciben las personas, desde su estado depresivo, los distintos niveles de comunicación familiar, necesariamente se debe hacer referencia a un modelo de comunicación congruente que se relacione

directamente con la autoestima de la persona. Este modelo de congruencia en las personas estudiadas se reflejó en expresiones que se intentaron determinar en categorías, de las que se destacan la afectiva, instrumental e informativa.

Para lograr esto, se preguntó respecto de su nivel de comunicación familiar y recepción de estos hacia la persona entrevistada, indagando un poco sobre su mirada personal. Después en un segundo plano ampliamos la mirada sobre los temas que se conversan al interior de la familia, ya sea entre todos los miembros del grupo familiar, en la pareja y entre ésta y los hijos.

En el caso de las mujeres respecto de a quien ellas comunican sus problemas, contestaron mayoritariamente que se los guardan para sí mismos:

“ A nadie”:
(Gabriela 22 años)

Es común escuchar respuestas como esta en los pacientes depresivos, pues si bien la paciente de arriba, goza de tener una familia que la apoye, no necesariamente se siente acompañado o con la garantía de confiabilidad para expresar sus sentimientos y/o situaciones de la vida diaria. Esta situación se puede dar además por la edad de la paciente, pues en este período de vida, las personas tienden a tener distintas necesidades, como lo son las de autonomía, independencia, de diferenciación.

“ me los guardo”
(Ivonne 36 años)

Este hermetismo en la comunicación es común en las pacientes depresivas. Algunas veces es tanta la carga de ansiedad y/o angustia que presentan las personas, que las sumerge en estados de tristeza, confusión y aislamiento social.

“...mmm...a mi hija...mayor.”
(Cecilia 39 años)

La paciente citada, identifica a la hija mayor como su confidente, esta situación se reproduce en los sistemas familiares donde no existe la pareja, o que simplemente por motivos laborales u otros tiene períodos prolongados de ausencia.

La mayoría de las mujeres 8 de los 12 casos, expresaron que no comunicaban sus problemas. El resto de las entrevistadas (especialmente las que tenían hijas) señalaron a la hija mayor, como la persona que escuchaba sus quejas y/o situaciones que le afectaban directamente.

De estos extractos de la entrevista, se puede deducir que las personas con Depresión tienden a aislarse de su familia, si se quiere nombrar así es como una especie de aislamiento social, donde se empieza a perder la capacidad de extraer las emociones, sumiendo a la persona en estados de mutismo total donde sobrevienen sentimientos de desesperanza, pesimismo, inutilidad e incapacidad.

Un resto importante de mujeres entrevistadas, quienes tenían la capacidad de conversar sus problemas, identificaron a la hija mayor como su “confidente”, dejando entrever que la parentalización de los hijos en los núcleos familiares que sus madres sufren depresión es frecuente, pues reaccionan ante la incapacidad que se sumerge la progenitora, cambiando los roles y funciones dentro y fuera del hogar.

Los hombres comunican sus problemas de manera distinta, esto dijeron:

*“...A mi madre..ella me escucha”
(Johans 25 años)*

Nuevamente se repite la constante de la presencia de la mujer, como soporte principal en la familia de un paciente depresivo. Como lo indica el paciente, son ellas, las mujeres, en este caso las madres, los pilares fundamentales de los hijos enfermos.

*“Mi pareja...cuando tengo problemas se los comento a ella”
(Abraham 34 años)*

Al no estar presente la madre; la función cuidadora la cumple la esposa en el caso del varón depresivo. Esto revela nuevamente como la comunicación familiar es importante para la superación del estado depresivo, sin la presencia de esta, el paciente corre el riesgo de ahondar su estado depresivo, a tal punto de complicar mas su situación con límites insospechados.

De los pacientes entrevistados 4 de ellos de un total de 8; identificaron a su madre como la persona que escuchaba sus problemas, 3 de ellos confidenciaron que en su casa era su esposa quien los escuchaba. Sólo un caso manifestó que no comentaba a nadie sus problemas.

Al estudiar las categorías de la comunicación (afectiva, instrumental, informativa) en los pacientes depresivos; nos encontramos con lo siguiente:

En el caso de las mujeres, las 12 pacientes entrevistadas, coincidieron que en las conversaciones familiares, solo se presentan temas de carácter informativo e instrumental, no existiendo temas afectivos en torno a su persona, sino más bien siempre primando los intereses de los otros. Esto se refleja en las siguientes frases:

*“Si, de las cosas que pasan, de los problemas de ellos, de las pastillas de mi papá, que si se las tomo.....”
(Karen 25 años)*

Es común que la paciente con depresión, sienta que los temas que atañen a su persona no son de gran importancia a nivel familiar; en este sentido su déficit de autoestima, la afecta a tal punto que ni ella misma le atribuye importancia a sus actividades, sentimientos o vivencias diaria.

*“Depende de las cosas, por ejemplo si nos vamos en la profunda hablamos con las chiquillas de la sexualidad, de las drogas.....cuando tenemos un problema, por ejemplo, lo de mi hermano Julio....hablamos sobre eso o que si la vecina aquí, que si la señora Filo (suegra de la entrevistada) va a venir esta vacación....eso....si, pero ahora hablamos....porque antes nos ladrabamos...”
(Erna 39 años)*

En el relato de la paciente de arriba, vuelve a evidenciar lo que se a repetido como constante durante todo el estudio; en la comunicación familiar, poco se habla de la situación que puede afectar o estar afectando a la paciente depresiva, ocurre el fenómeno de que ellas no lo plantean en una conversación familiar, como si no fuera importante; hay una tendencia que tiene la mujer de preocuparse más por se entorno que por ellas mismas.

En la comunicación familiar en el caso de los hombres, cambia, pues estos si declaran que sus familias comentan respecto de su estado depresivo, de los 8 casos entrevistados, 4 de ellos declara sentirse apoyado por su familia, siendo su mayor relación de contacto su madre en el caso de los solteros. En la situación de los casados o en convivencia identifican a sus esposas y hermanas, como las personas que ponen en la palestra familiar su situación depresiva, brindándoles su mayor apoyo y comprensión.

Esto se refleja en los siguientes extractos de las distintas entrevistas:

*“Hablamos de cosas que han pasao.....de sexualidad, de las venidas mías (al consultorio) con el sicólogo, que si como me siento...mi mamá esta preocupa.”
(Johans 25 años)*

Es importante para el paciente depresivo sentir el apoyo familiar, el hecho de que comuniquen sus problemas, los libera de una sobrecarga emocional que como lo planteamos anteriormente es fundamental para la superación de la enfermedad. El paciente citado, indica que en su familia existe una preocupación constante de su estado emocional, ubicando su enfermedad en el tapete al lado de temas profundamente importantes en el núcleo familiar.

*“Haber.....de todo un poco de las chiquillas, de mí ...típico que cuando vengo pa’ ca’ (al consultorio) soy tema fijo de la mesa ...sobretudo mi mamá...que me pregunta...ella dice que me sonsaca.....”
(Omar 27 años)*

El paciente citado arriba, comenta que su estado es preocupación familiar, siendo expuesto firmemente en este caso por la madre de éste; atribuyendole la importancia y el apoyo que se necesita, para la superación del estado depresivo.

En cuanto a los temas que se tratan con la pareja, de los 12 casos de sexo femenino, 9 de ellas manifestó que su conversación era meramente de carácter informativo, pues se conversaba de problemas e inquietudes familiares, puntualizándose en los hijos, dejando de lado los temas afectivos de la pareja. Además busca ser instrumental, pues busca dar respuesta a un interés familiar o personal. Esto se ve reflejado en las siguientes frases:

*“De los chiquillos....nada más ..si de los chicos”
(Jessica 29 años)*

Es común que en los hogares, se reproduzca estos niveles de información, sobretudo cuando los niños son de edades pre escolares. Los temas de carácter afectivo, tan comunes en la etapa de noviazgo, quedan postergados o anulados

en la mayoría de las veces, incidiendo a la larga en la comunicación y relación de la pareja.

En el caso de los varones, estos resultados no difieren mucho de los de las mujeres entrevistadas, 3 de estos que mantienen vínculos de pareja comentan que su comunicación es meramente instrumental, para dar soluciones a otros miembros de la familia, en especial los hijos, en estos extractos lo podemos notar:

*“Cuando hablamos ..es de los niños”
(Abraham 34 años)*

Analizando esta dimensión, podemos decir que las categorías que más se presentaron entre los sistemas, fueron la instrumental e informativa, las que surgen o dejan entrever conflictos latentes dentro del núcleo familiar de las personas deprimidas. Los temas que se comentan no permiten generar lazos afectivos tan necesarios tanto para la sanación del sistema familiar en que se encuentra el paciente deprimido, como para la recuperación de este.

Es como si desde los triángulos de las familias de origen, aprendieran a no hacer contacto. Teniendo ojos no ven, teniendo oídos no oyen, teniendo manos no tocan, teniendo olfato no huele, teniendo gustos no saborean. Cinco canales de contacto bloqueados por obra y gracia de alguien que les dejó esa limitación y desvalorización. Si bien los triángulos no se rompen, estos se empobrecen, generando enfermedades en el sistema familiar, que en forma holística dificultan aún más las relaciones familiares.

3.5 Resolución de Conflictos

El conflicto es un proceso propio del diario vivir y hay que considerarlo un desafío que requiere ser enfrentado. Se deben vivir las diferencias de manera

constructiva, valorando las distintas visiones que existen acerca de un mismo problema.

Al indagar respecto de cómo se resolvían los conflictos al interior de la familia. Las pacientes contestaron lo siguiente:

“Cuando hay peleas en mi casa ...discuten ...discuten ..y después cada uno por su lado..y no se habla más del tema..quedando uno con tanta rabia...que no puedo sacarla...uno no cuenta..”
(Karen 25 años)

La rabia, la culpa, la pena son sentimientos que a menudo se presentan en las personas con Depresión, esto se genera a raíz de acumulación de tensiones sin vías de escape. El enfermo depresivo, muchas veces expresa sentimientos de frustración al no poder canalizar sus verdaderos sentimientos y poder expresarlos de manera efectiva.

“En la casa cuando hay problemas....nadie es capaz de escucharse..yo por lo menos cuando peleo con los niños espero que se me pase...porque cuando eran chicos les pegue muuuucho....y nunca me entendieron...Con mi mario es distinto ...cuando peleamos me guardo todo..es decir el es el que habla...uno esto no l ocuenta a nadie..total..es problema de la familia.”
(Cecilia 39 años)

La paciente denota sentimientos de culpabilidad por actos del pasado cometidos con sus hijos, situación que la lleva a anular las vías de comunicación cuando se ve enfrentada a un conflicto familiar; uno de los factores que pueden intervenir en las personas depresivas para la evitación del conflicto, son los sentimientos de responsabilidad ante cualquier situación que altere el clima familiar; otro motivo puede ser que lo aprendieron de sus familias de origen. Esto produce tensión y aumenta el riesgo de que surjan manifestaciones de violencia intrafamiliar.

En los 12 casos de mujeres entrevistadas, en 9 de ellos, las conductas de las familias para la solución de problemas, son negativas, utilizando principalmente la evasión del conflicto.

Muy relacionado a lo anterior, podemos decir que cuando los problemas no se logran resolver al interior de la familia, las 12 entrevistadas no recurren a nadie, lo cual agudiza la situación problema y no permite fortalecer redes de apoyo o redes formales.

Los varones respecto de la Resolución de conflictos al interior del hogar, opinaron lo siguiente:

“En mi casa cuando discutimos es siempre por los problemas que otros traen a la casa...un tío, un primo ..es que somos muchos en la casa...nosotros peleamos y cuando no se pasa luego salgo a la calle...después se olvida todo”
(Omar 27 años)

Es un problema frecuente en las familias extendidas, los conflictos familiares, pues al ser muchos los que habitan el mismo lugar, por lo general hay problemas de espacio, de intimidad, que generan por si solos problemas de convivencia. Calderón (1998) llama a este tipo de situaciones Depresiones de Entrada y se generan por el ingreso de una persona al espacio vital o interpersonal del individuo, invadiendo su entorno familiar.

Como lo expresa el paciente citado arriba, una de las vías de escape para evitar el conflicto es la calle, lugar que se caracteriza por ser inseguro y peligroso para una persona deprimida, que para evadir su situación de tristeza, abatimiento, puede optar por las drogas y/o alcohol, principales encubridores de los estados depresivos de los varones.

Otro tema que es importante destacar, es la variante que menciona el paciente respecto del olvido del conflicto. Por lo general, no se olvidan los conflictos, sólo quedan disimulados en pro de la convivencia familiar, como se

mencionó anteriormente, la acumulación de tensiones que produce el conflicto es negativa, por lo tanto, mientras no haya en el interior de la familia acuerdos que mitiguen los problemas, siempre estará latente el conflicto.

“En la casa cuando mi mujer esta con la lesera peleamos...nunca a las manos eso sí..pero si discutimos ..yo pa’ no hacer problemas me mando a cambiar y allí queda todo”
(Juan 32 años)

En el entrevistado anterior, volvemos a ver un ejemplo de evasión del conflicto, el cual queda latente. Otro punto que se debe destacar, es la externalización de los problemas que presentan algunos pacientes deprimidos; pues identifican al otro como el causante de los problemas, no siendo capaces de hacer una introspección para descubrir su responsabilidad frente al conflicto.

De los 8 casos entrevistados, 6 de ellos manifestaron las mismas características de evasión que los conflictos que se producen al interior de los sistemas familiares de las pacientes deprimidas.

Al identificar en conjunto con el paciente, el factor determinante que gatilló el cuadro depresivo. De los 12 casos entrevistados, 5 pacientes señalaron que los problemas con la pareja y su historia de violencia intrafamiliar actuaron en desmedro de su salud y originaron su estado depresivo, 3 pacientes identificaron las situaciones traumáticas vividas en su niñez, las restantes señalaron situaciones relacionadas con su rol social y patrones culturales impuestos por la sociedad.

*“Yo creo que fue cuando a mi mario lo pille con la otra...ahí señorita se me vino el mundo abajo...si yo lo quería tanto..y lo peor que no puedo perdonarlo todavía...ahí estamos no más.”
(Erna 39 años)*

Es frecuente encontrarse con pacientes deprimidas que se quejen de los problemas de relación con su pareja; de la falta de comunicación, de distancia afectiva, de sufrimiento por haber perdido la atmósfera del noviazgo, la intimidad, cercanía, siempre esta queja alude a la pérdida de algo; esto interpreta la dependencia afectiva, por lo que es tan importante el amor en la vida de las mujeres, este contribuye a su estabilidad emocional, lo que le permite tener una mejor imagen de si mismas y sensación de confianza y seguridad. Al sentir que fracasa en este plano, la hace vulnerable a la pérdida y sumerge en un evidente estado de tristeza.

*“Es rabia contenida con mi esposo..es que él era chofer de micro y se paseaba con las amantes...para peor ..cuando llegaba a la casa me pegaba..y yo me quedaba por los niños...eso pasó ..pero queda eso en el corazón...ahora ud. lo viera esta mansiiiito”
(Cecilia 39 años)*

Por lo general, la dependencia económica y la falta de seguridad de poder hacer frente al futuro sola con los hijos, a muchas mujeres las hace ser sostenedoras de vínculos adictivos muchos años. Bajo estas condiciones de vida, la mujer sufre desequilibrios que compromete su identidad, lo central del concepto de si mismas. Otro punto que se observa en la paciente es la rabia, sentimiento que no es frecuentemente expresado en las pacientes con Depresión, pues según los modelos de feminidad (Dio Bleichmar, 1999) expresar estos sentimientos abiertamente nos transforma en brujas, mandonas, entre otros apelativos. El simple hecho de sentir rabia, se convierte en un grave problema, por lo tanto, se esconden, se disfrazan, se hacen nudo. Si en cambio, ya superados todos los límites de autocontrol, se suelta la rabia, invade la culpa y el temor de atentar contra las relaciones afectivas.

Otro punto sensible y que preocupa a la sociedad en general son las situaciones de abuso a que se ven enfrentados niños y niñas en nuestro país, episodios que si no son tratadas debidamente originan cuadros depresivos en algún momento de sus vidas.

*“ Yo pienso que es que no he superado cuando ese hombre borracho me violó cuando era niña...yo se lo conté a mi marido...pero no se lo conté a las niñas....antes no lo pensaba tanto.....me costo harto perdonar a mi mamá por no haber hecho nada...pero la relación de nosotras no es normal”
(Carolina 36 años)*

Hay etapas en la vida, que la mujer esta tan preocupada de mantener el hogar, criar a los niños, enfrentar los pormenores del día a día; que no se da el tiempo de pensar en situaciones no resueltas por ellas. Es aquí donde aparecen con mayor fuerza situaciones traumáticas vividas en la etapa de la niñez. Es como si la mujer o la persona revisara su vida hasta el momento y empezara a comparar su comportamiento con el de sus progenitores, situación que lleva a agudizar las cargas emocionales que tiene el individuo desencadenando sentimientos de tristeza y depresión.

*“ Cuando mi padrastro me toqueteó, abusó de mí varias veces..y yo se lo dije a mi mamá..y ella me envió a la casa de mi abuelita...crecí con ella...yo creo que el recuerdo de todo eso me tiene deprimida..es que siempre tengo eso en el corazón”
(Ivonne 36 años)*

Los sobrevivientes adultos también podrán enfrentar otras dificultades. Puede ser que no tengan a ninguna persona dispuesta a corroborar los recuerdos del abuso ocurrido. Si el abusador fue un miembro de la familia o persona de confianza, la posibilidad de volver a estar en contacto con él puede crear tensiones familiares. Un historial del abuso en la niñez puede igualmente lastimar otras relaciones. Sin embargo reconocer el dolor, puede ser el principio de la cura.

“Estoy aburria...que todas salgan adelante...yo ...yo ..todavía..no puedo..eso de atender a todos me tiene ataca..pero también si no lo hago ...me siento...mala”
(Karen 25 años)

Las mujeres sobretodo en la etapa temprana del adulto-joven, manifiesta insatisfacción general por las actividades que realiza, desean estudiar pero se sienten culpables por abandonar a los niños; desean trabajar, pero quien se encarga de la casa y los niños; desean salir a bailar pero como van a ir solas si eso no se ve bien, además con quien se van a quedar los niños. Existe una contraposición de lo que ellas desean vivir y lo que los demás les dice lo que deben realizar. En este tira y encoge, sienten amenazada “el derecho de vivir la vida” generando sentimientos de frustración y desesperanza por el futuro.

En el caso de los varones, de los 8 casos de varones entrevistados, 4 de ellos manifestaron que su principal problema es la falta de trabajo, o problemas laborales, sienten que pierden autoridad, poder en el hogar y que ya su opinión no vale, ven su imagen de hombre totalmente denigrada.

Tres de los pacientes entrevistados declararon tener problemas con la droga, situación que los estresa y que no los deja cambiar de rumbo, en pro de su bienestar.

“ Lo que me tiene achacao es la pega..la maquina no funciona y en la casa a veces falta hasta pa’ pan...ahora pa’ navidad no le hice ningún regalo a los niños...tuvo que venir un familiar..que me caé más mal encima y les regalo un computador a los chiquillos..eso es lo que me da rabia...si soy yo el papá ..yo debo darles de todo y no puedo”
(Carlos 34 años)

La falta de trabajo, los problemas en este y la imposibilidad de no poder obtener éxitos económicos, son gatillantes seguros de Depresión en el hombre. Como lo indica el paciente arriba, los hace sumergirse en estados de profunda preocupación, tristeza y abatimiento. En este sentido se podría decir, que los modelos de masculinidad, afectan al individuo; pues se siente obligado a ser el

único en la familia que debe satisfacer todas las necesidades de cada uno de sus miembros.

*“La firme seño es la cosa de la droga lo que me tiene mal ...es que yo quiero dejarla..pero necesito ayuda...por eso vengo al consultorio..y hago todo lo que me dicen..si a veces es el medio que te tira pa’ abajo.por que no me dan pega en ningún lado...y eso jode a cualquiera..si yo debería estar trabajando teniendo mis cosas pa’ la casa pero vé.....pero yo quiero superarme”
(Omar 27 años)*

Este paciente, relata encontrarse en un círculo vicioso que lo mantiene depresivo, la imposibilidad de encontrar un buen empleo, sumado a la necesidad propia de ser humano a esta edad de obtener cosas para su uso personal y familiar, ser reconocido, tomado en cuenta, de crear algo propio; mas aún el consumo de drogas, lo dañan en su autoestima personal con perdida evidente de confianza y estímulo para salir del estado en que se encuentra.

Es frecuente encontrarse con pacientes que consuman drogas y/o alcohol, como medio de evasión de cierto tipo de problemas, ya sea familiar, laboral, trastornos de la niñez, entre otros. Sin embargo este consumo viene a disfrazar la verdadera causa del problema, la Depresión y mientras no sea tratada, el paciente se mantendrá en este círculo que va en directo desmedro de su calidad de vida.

Otra situación que actúa como gatillante del estado depresivo, son las situaciones traumáticas en las que se vio envuelto el paciente en su niñez:

*“ Recuerdo que mi papá tocaba a mi hermana..y ella cuando se lo dijo a mi mamá..no le creyeron..ella (hermana del paciente) se fue a casa de mi abuelita..yo también fui abusado cuando era niño...un cabro grande de 18 un día yo estaba jugando y el me empezó a tocar y me bajo los pantalones....nunca se lo conté a nadie..pero ahora me duele lo que viví”
(Miguel 28 años)*

Relatos como el que indica el paciente, hasta hace años atrás no eran tan frecuentes; el problema evidentemente existía, sin embargo no era denunciado o por su condición de varón no se tomaba en cuenta. Sin embargo, el abuso en los niños, es tan grave como el abuso en las niñas; es una situación que se está planteando ahora, que tal vez antes no era sacada a la luz por las víctimas; una de las variables de este mutismo es por el “deber ser” que no permite al varón tener momentos de vulnerabilidad, que los obliga a mantenerse siempre fuertes. Esta situación anómala de ser testigos oculares y vivenciales de un acto abusivo, marca la existencia de todo ser humano, generando en ellos trastornos depresivos.

En la dinámica familiar del paciente depresivo subsiste la tendencia que tienen los modelos tradicionales de afectar al paciente deprimido; vuelven a aparecer los sentimientos de rabia reprimidos en el caso de las mujeres; mientras al varón se le exige cumplir la función económica y en algunos casos de control social en la familia; siendo directo responsable de suplir las necesidades económicas del núcleo familiar y regular el comportamiento social de los hijos; la mujer se le exige cumplir las funciones educativas, psicológicas, afectivas. Los pacientes manifiestan claramente, con cierto reproche, el miedo a la sanción que ellos piensan que recibirán del medio si no son capaces de cumplir debidamente cada uno su rol; toda esta situación sumada a los sentimientos de impotencia y fracaso que declaran tener los varones por no poder suplir las necesidades económicas familiares y en el caso de las mujeres, los sentimientos reiterados de rabia, desesperanza, pesimismo, entre otros por el “deber” que los modelos tradicionales les impone.

La parentalización de los hijos, también estuvo presente en los hogares del paciente deprimido. Esto es común en las familias donde uno de los progenitores o ambos tienen problemas de salud, pues son los hijos que entran en el subsistema parental y asume tareas que no les corresponde. Los ejemplos dados por los pacientes, eran de hermanos mayores que regulaban el comportamiento a

nivel fraternal y de hijos en edad preescolar que manifestaban preocupación constante por el estado de salud de su progenitor.

Otro tema que estuvo presente es la pobre o nula comunicación que tienen las mujeres en su entorno social más cercano, comentan que los temas que se tratan en el núcleo familiar conciernen a los otros miembros del clan, no tocando temas relacionados directamente a ellas. En el caso de los varones, comentan que ellos reciben apoyo y preocupación de parte de sus familiares. Es notable el papel de cuidadora que representa la mujer en el paciente deprimido, pues todos los pacientes, hombres y mujeres, mencionaron a su madre, hija, esposa, como el familiar que cumplía las funciones de apoyo, acompañamiento, sostenimiento en los momentos de vulnerabilidad, entre otros.

Otro punto que agudiza el estado depresivo, son los conflictos sin resolver que se mantienen en el núcleo familiar del paciente deprimido; estos permanecen en un estado latente, que al estallar puede generar serios conflictos sobretodo y desencadenar en violencia intrafamiliar. Los pacientes declararon en su mayoría evadir el conflicto, pues se sienten vulnerables sin capacidad de poder afrontarlos asertivamente.

A los hombres no sólo les resulta difícil reconocer que padecen de depresión sino que, además, tienden menos a buscar ayuda. Es vital que el hombre deprimido acepte y entienda que la depresión no es síntoma de debilidad, sino que es una enfermedad real que requiere tratamiento, siendo el apoyo familiar esencial para su recuperación.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Ser hombre o mujer, no es una postura enteramente biológica o natural, es también construida a través de un complejo proceso en el que intervienen normas y valores que cambian según la sociedad en que estemos insertos. Además esta misma construcción de lo femenino y masculino esta condicionada a la mirada personal que cada individuo tiene respecto de la realidad que vive, desde lo que ha aprendido de otras personas y desde sus temores y expectativas personales.

Es así como se plantean en las pautas culturales de género, mientras la mujer tiene una mirada condicionada de esposa, trabajadora, dueña de casa, que además incluye la crianza y cuidado de los/as hijos/as y la atención de los problemas de salud del grupo familiar, entre otros. Los varones fijan su condicionamiento a ser económicamente activos, jefes de hogar, fuertes si se requiere “agresivo”, seguro, dominante, demandantes, etc.

Esta investigación permitió caracterizar al paciente depresivo joven-adulto del consultorio La Granja y las diferencias que subsisten entre hombres y mujeres que sufren de trastornos depresivos. En este sentido, la manera o forma que tienen los diferentes géneros de sentir, vivir y expresar la enfermedad en algunos aspectos de muy distinta manera y en otras con similares reclamos ante la sociedad y sus modelos tradicionales.

Es necesario para efectos de este estudio, situarse en las necesidades por edades que tienen las personas entrevistadas, es importante recordar que por lo general las personas entre 20-40 años, son adultas-jóvenes, con mayor capacidad física a la inserción activa en el mundo laboral, y generalmente a la formación y consolidación proyectos de realización de pareja, primero, y de una familia, después. El logro central de esta etapa es la capacidad de intimidad con el otro, y el riesgo de aislamiento. La capacidad de amor heterosexual, explorada en la

adolescencia, se concreta y estabiliza a través de la vida sexual activa de la pareja, y de su reproducción a través de los hijos. El hacerse de una situación económica y laboral estable, ocupa parte importante de los intereses y del tiempo de uno o ambos miembros de la pareja. Es bueno también destacar que la transición entre el período de adulto joven y maduro crea una fase transicional, que ha adquirido últimamente tanta atención como la crisis de la adolescencia. En esta crisis de la edad media de la vida se revisan las elecciones previas, tanto en la actividad laboral como de pareja, y estilo de vida familiar. El desenlace de esta revisión puede ser una reafirmación de las elecciones previas, o un emprendimiento de búsqueda de nuevas opciones vocacionales o interpersonales.

Otro punto que afecta directamente a mujeres y hombres es la situación socioeconómica en que esta inserto el paciente depresivo, por lo que en el siguiente extracto se observan diferencias sustanciales de cómo afecta a los distintos géneros.

Situación Socioeconómica

Los hogares, para los fines de este análisis socioeconómico, se definen como una organización social cuyo propósito específico es la realización de actividades ligadas al mantenimiento cotidiano y generacional de la población. Las personas al unirse, tener hijos y trabajar para mantener al grupo familiar entran en una relación de reproducción, producción y consumo.

En relación a las características de las mujeres y hombres entre 20-40 años que tienen Depresión, logramos identificar su situación social y económica. En las mujeres en relación de los varones, se puede concluir, que las primeras reflejan más problemas económicos, siendo causa de una situación precaria de satisfacción de necesidades. La situación educacional y laboral de estas mujeres es determinante en la inestabilidad económica que se encuentran, estas variables

se cruzan en todo el estudio, transformándose en factores de riesgo importantes al momento de sufrir trastornos depresivos.

El estado civil de las mujeres también influye en sus estados depresivos, en este estudio el mayor porcentaje de mujeres depresivas se ubicó en las casadas legalmente, de esto podemos deducir que estas pacientes, sienten más el peso de los modelos tradicionales de la mujer, pues “son señoras casadas”, por lo tanto, al contraer el vínculo matrimonial “los debeismos” como: cuidar a su esposo, cuidar a los hijos, cuidar la salud de los suyos, atender a las personas mayores a su cargo (familiares de su esposo y/o de ellas), atender la casa, ser sostenedoras de la relación afectiva y familiar. Lo que Grela y López (1998) llama “*la Maternalización de los roles*”:

“La mujer ha sido educada en el servicio de los demás. Brindar todo tipo de afecto, atención, el ser comprensivas y maternales, tiene como uno de los efectos que este opera y se extiende a todos los vínculos” (Ibid:38)

Cuando esta mujer, siente “ganas de no hacerlo” o “no les gusta”, por lo tanto requiere esfuerzos adicionales, sobrevienen sentimientos de culpabilidad, afectando su confirmación, valoración, posicionamiento en la sociedad; sufriendo desequilibrios que comprometen su identidad, lo central del concepto de sí misma, su autoimagen de mujer, madre, esposa e hija.

En el caso de los varones, más de la mitad de ellos declaró estar casado legalmente. En este sentido también en ellos recaen, todos los “debeismos” tradicionales de super hombre que le impone los modelos tradicionales; si no los cumple su imagen se desvaloriza, pues pierde poder, autonomía y posición dentro de su propia escala de valores. Durante la recolección de información del estudio se hizo explícito el continuo reclamo que los hombres tienen respecto de lo que la sociedad espera de su género, de la influencia que el medio ejerce sobre ellos y como éste afecta hasta en su relación diaria con su entorno inmediato, su familia. Logrando que el paciente varón trate de “evadir” los problemas, aislándose y/o

consumiendo drogas y/o alcohol, constituyéndose como factor de riesgo para la Depresión.

Relacionando la depresión con el número de hijos a cargo. En el caso de la mujer; este es un factor de riesgo latente, pues el esmerado cuidado de los otros se plantea en estos casos en oposición a su propio autocuidado, generando en ellas, sentimientos de tristeza encauzando cuadros depresivos al verse imposibilitada de realizar actividades que favorezcan su crecimiento personal.

En el caso de los varones; Si bien las personas del sexo masculino contenidas en este estudio, tienen hijos, ninguno de ellos tiene la función de otorgarles cuidados y atención. Nuestra cultura le exige a ellos suplir todas las necesidades económicamente hablando que puede tener una familia, ser trabajadores, tener éxito y reconocimiento laboral.

La situación habitacional, también va en desmedro de la calidad de vida de las personas, por lo tanto, constituye un factor de riesgo en la aparición de la Depresión; las mujeres contenidas en la investigación, viven de allegadas, con su pareja e hijos, situación que revela la inestabilidad con que viven. De esto podemos deducir que el espacio en las viviendas es deficiente, influyendo en la dinámica familiar y en la falta de privacidad de sus miembros. Esto se genera a raíz de que la mayoría de las familias, a las que pertenecían las pacientes contenidas en este estudio, en vez de vivir la natural partida de los hijos y ver disminuir el número de miembros, incorporan a nuevos integrantes, pues estos al no tener los medios económicos o no ser capaces de vivir en forma independiente, conviven con parientes que lo acogen. Las familias “nucleares” al recibir a estos “allegados”, se convierten, en familias extensas, donde habitan en un mismo techo varias generaciones. En estos casos, las relaciones se tornan difíciles, empiezan los problemas de hacinamiento, por lo tanto, las oportunidades de intimidad son deficientes, lo que genera tensión entre los miembros de la familia, desencadenando situaciones de estrés que en su continuidad producen sistemas

familiares enfermos, volcando toda esta frustración en cada uno de los miembros de la parentela.

El caso de los varones es distinto, ellos declararon poseer una vivienda más estable, respecto de la tenencia, algunos viven en casas de sucesión hereditaria, otros arriendan, lo que denota algún grado de estabilidad.

En cuanto a la situación laboral, podemos destacar que en este punto si se plantean diferencias sustanciales. Las mujeres trabajadoras contenidas en este estudio, no poseen una ocupación formal, por lo tanto son trabajadores independientes, que no detentan un contrato de trabajo, por lo tanto están fuera del sistema previsional, es decir, no tienen asegurada su pensión a futuro. Esta situación puede estar dada por las transformaciones productivas y de los procesos de producción y, en general, las modificaciones que se han dado en la economía en los últimos años, pues estas muestran como tendencia central la flexibilización de las relaciones laborales con el surgimiento de la jornada parcial, jornada completa flexible, teletrabajo, trabajos fuera de espacios físicos clásicos laborales y de alta concentración de mujeres, trabajo a domicilio, etc. Estas nuevas situaciones han generado en las autoridades gubernamentales una creciente preocupación por la calidad del empleo, puesto que los puestos de trabajos que han surgido en las últimas décadas presentan, crecientemente, características de inestabilidad, ausencia de protección social, así como ingresos variables y también bajos. Según Valenzuela, M.E. y Reinecke, G., (2000), estos procesos de cambio afectan de manera diferente a los diversos grupos de trabajadores, generando un impacto desigual en hombres y mujeres. En el caso de las mujeres, la ocupación ha experimentado tasas con un ritmo de crecimiento del empleo mayor que para los hombres, pero los nuevos trabajos presentan niveles de precariedad más altos, menor protección social, menores niveles de ingreso, entre otros.

En relación a los hombres insertos en el estudio, estos se caracterizan por tener una relación formal y de dependencia en su mayoría, lo que señala la

presencia de contratos, asegurándoles una pensión a futuro y tener atención de salud tanto él como su grupo familiar.

Es importante destacar que en el grupo de mujeres depresivas, la mayoría de estas manifestó que su trabajo era esporádico, sin permanencia en el tiempo, con una alta rotación. Sin embargo el total de varones entrevistados que se encontraba económicamente activo aseguró que el empleo que poseían a la fecha era permanente y que el tipo de contrato que tenían era indefinido. Esta situación refleja que la participación laboral femenina discontinua es la característica central de los trabajos remunerados femeninos, pues su alta rotación las perjudica a la hora de gozar de los derechos laborales, específicamente los derechos sociales, ya que estos se hacen efectivos en el tiempo y requieren, por tanto, de una permanencia en la ocupación más continuada. Estas constataciones dan pie para poner atención a las razones por las cuales las mujeres difieren en su comportamiento laboral de los hombres, cuánto está explicado o relacionado con su trabajo no remunerado y cómo las nuevas formas de empleo con flexibilidad de jornada, de lugar de trabajo, de temporada y, por supuesto, de ingresos, pueden aparecer ya sea como “convenientes” o diseñadas para ellas, o como formas de aumentar su carga de trabajo total peligrando su salud física y generando trastornos depresivos.

Otra diferencia que se genera en ambos sexos, es lo relacionado con la actividad actual, si bien la mitad de los hombres contenidos en el estudio declaran ser trabajadores, la otra mitad de ellos afirma ser cesante; En cambio una mayoría importante de las mujeres denota poca valoración a la actividad de dueña de casa, declara, no trabajar y solo ser “dueña de casa”, otorgándole poca valorización al trabajo no remunerado; En este sentido se denota un cierto desconocimiento de que el trabajo en la casa, representa un recurso socioeconómico básico para la economía de cualquier país, pues bien realiza tareas como administradora en la unidad básica de la sociedad, educadoras de las generaciones en la etapa de crecimiento, responsable de la mantención de los servicios básicos del hogar

(planchado, lavado, preparación de alimentos, etc.). Personas expertas en temas laborales y económicos consideran que si este trabajo fuera remunerado, tendría un costo altísimo para la sociedad, pues requiere conocimientos especializados y muy variados.

En cuanto al ingreso familiar, las mujeres y hombres declararon en su mayoría poseer un ingreso en el rango de 101.000-200.000, situación que genera que las necesidades básicas estén precariamente satisfechas, generando estados de angustia y frustración en las personas que sufren Depresión, pues estos que en su mayoría pertenecen al subsistema conyugal, son los que dan respuesta a estas deficiencias, afectando el estado emocional y relacional entre sus miembros, lo que genera estrés familiar, desencadenándose, en muchas ocasiones, mecanismos de evasión de resolución de conflictos, dejando el problema latente, originando rabia y angustia en el sistema familiar. Sin embargo esta situación de precariedad, parece afectar más a los hombres que mujeres entrevistados, si bien algunas de las mujeres manifestaron su malestar por “no poder dar más a sus hijos”, esta constante se repetía más en el sexo masculino. Situación que demuestra la frustración que siente el varón al no poder tener ingresos más altos que suplan todos los requerimientos familiares. También se debe tener en cuenta el rango etáreo en el que se realizó la investigación (20-40 años) edades donde se potencian más la necesidad de las personas en “tener, poseer, comprar, conquistar, suplir”. Esta situación está estrechamente ligada a los constantes juegos del mercado por conquistar a compradores del rango económico AC3, ofreciendo un sin fin de posibilidades de créditos bancarios, tarjetas de créditos para dueñas de casa, avisos de tiendas comerciales ofreciendo productos pagados en forma diferida pero con intereses altísimos, entre otros; continuos bombardeos para este conjunto de personas que al desear poseer cosas materiales, después cae en una suerte de frustración y desesperanza al percatarse que no puede adquirir, porque no puede pagar.

En cuanto al nivel educacional de los pacientes contenidos en el estudio, todos saben leer y escribir, situación que se ha revertido de tiempos pasados, pues el proceso de expansión y cobertura de la educación en las últimas décadas han llevado prácticamente a erradicar el analfabetismo. Según el Censo de la población 2002, 481 mil personas de 15 años y más no sabían leer ni escribir, de las cuales el 52% eran mujeres.

Las mujeres depresivas entrevistadas, poseen un nivel educacional entre media incompleta y básica completa. Esto hace referencia a una carencia educativa, que va en desmedro de la mirada personal que tienen ellas de su propia existencia, con esto no quiere decir, que las mujeres exitosas no se depriman, sino más bien a medida que el ser humano conoce el mundo, tiene más recursos para salir adelante en cualquier dificultad, flexibiliza la mirada y se posiciona mejor en el mundo, acto que favorece la propia autoimagen y concepto de si mismos.

Los varones en este estudio, poseen un mejor nivel educacional, sus estudios varían de básica completa hasta superior incompleta, situación que va en favor de su propia construcción de imagen. Sin embargo y como veremos más adelante en el análisis de la variable autoimagen, si bien están mejor preparados para enfrentar el campo laboral, a la falta de este se deprimen, pues no es suficiente para lograr el tan anhelado trabajo y superar la depresión, también los factores familiares, influyen en la posición del varón en la sociedad y los hace sentirse seguros e inseguros en determinados momentos.

Se debe destacar los rangos preexistentes en el nivel educacional de los entrevistados. Este panorama equidistante en ambos sexos, actúa como factor perjudicial en el sexo femenino, pues al momento de constituirse en pareja el hombre y la mujer, esta última, posterga o deja definitivamente sus estudios en beneficio de su familia; dándose así la variante que el varón si prosigue su educación formal, adecuando sus espacios de tiempo entre sus labores

económicas y continuidad de estudios. Esta situación se da muy a menudo cuando se forman sistemas conyugales que esperan hijos, donde la mujer debe asumir los cuidados propios de la maternidad, trabajo hogareño y en caso de que exista, también el trabajo fuera del hogar.

En cuanto a la situación de salud, de las personas entrevistadas, se puede concluir que todas ellas asisten al consultorio ante algún problema de salud y como usuarios activos denotan gran familiarización con el centro de salud.

Otro aspecto central respecto de las causas de la depresión, y que actúa como factor de riesgo en las familias, es la presencia de algún familiar con depresión, a esto según Dio Bleichmar (op. cit), le llama factores de riesgo hereditarios, los que son gatillados por una falla en los neurotransmisores tendencia heredable de una generación a otra. De la investigación podemos destacar que si bien las personas con depresión declararon tener familiares con trastornos emocionales, este no representa un factor predominante en la situación depresiva de los pacientes, pues estos se encuentran con medicación que cumple la función de regular la información enviada a nuestro cerebro, por lo tanto, superar su estado, si es que este es causado por genes hereditarios.

Otro aspecto investigado en este estudio, es la incidencia de la Drogas y/o alcohol en los trastornos depresivos, en este sentido se puede concluir que los varones presentan problemas de adicción más frecuentemente que las mujeres con Depresión, esto sé contracta directamente con algunos teóricos como Dio Bleichmar (op cit), Barroso (op.cit), que identifican a este trastorno como Depresión encubierta o enmascarada. Donde el consumo de drogas y/o alcohol es frecuente en varones que desean evadirse de situaciones que generan stress o sentimientos de tristeza por problemas pasados que se pueden arrastrar desde sus familias de origen.

Esto también hace referencia a datos manejados respecto de la incidencia de la depresión en mujeres más que en hombres. Según Dio Bleichmar (op.cit), una de cada 5 mujeres sufre de Depresión mayor en su vida, en el caso de los hombres esta proporción se reduce de uno cada 10, de esto podemos deducir que las mujeres, siempre están más dispuestas a pedir ayuda, cuando sienten que algo anda mal en su existencia. Sin embargo y a esto es lo que deseaba llegar con estas formulaciones, es que en el caso del hombre no es que se deprima menos que la mujer sino que el hombre es tratado por alcoholismo, por su adicción a las drogas, menos por la causa real de su ingesta y/o consumo, su problema de Depresión.

A los hombres no sólo les resulta difícil reconocer que padecen de depresión sino que, además, tienden menos a buscar ayuda. Es vital que el hombre deprimido acepte y entienda que la depresión no es síntoma de debilidad, sino que es una enfermedad real que requiere tratamiento, siendo el apoyo familiar esencial para su recuperación.

En el caso de las mujeres depresivas, sólo una de las entrevistadas, manifestó tener problemas con la ingesta de alcohol. De esto podemos concluir, que la mujer tiende menos que el varón a disfrazar sus sentimientos de tristeza, en este sentido podemos evidenciar que los varones con Depresión para encubrir sus estados emocionales “débiles”, son más propensos a consumir drogas y/o alcohol, reaccionan con irritabilidad o ira, mientras que las mujeres lo hacen con sentimientos de desesperanza, de tristeza o quejas que encierran su situación de malestar.

DINÁMICA FAMILIAR

Realmente en este punto no es bueno o prudente hablar de familias enfermas o disfuncionales, sino de familias en las cuales el crecimiento esta momentáneamente paralizado. Según Barroso (op.cit), las ciencias del

comportamiento, han dado un viraje importante, al afirmar que la enfermedad es una metáfora, la expresión de un sistema atascado, que la persona deprimida por situaciones familiares es la experiencia de la totalidad de su familia y el síntoma es un reclamo de lo que debería ser, un aliado de crecimiento. Desde esta perspectiva sistémica, es más fácil darse cuenta que con un trabajo integral de la familia, ésta puede recuperarse y así mismo como la persona con depresión, salir fortalecida.

En todas las familias hay problemas. Es verdad que unos más grandes, otros más pequeños. Un sistema familiar efectivo, está organizado para vivir y sentir bienestar. Uno inefectivo, se las ingenia para buscar su equilibrio mediante problemas y conflictos. Es una forma paradójica de interaccionar y sobrevivir, pero que proporciona ganancias. Los problemas generan interrelaciones, que a su vez vinculan y contactan a unos con otros, dentro del sistema. El problema los mantiene unidos, las soluciones los separa. Para un ordenamiento de las conclusiones con respecto a la variable de la dinámica familiar se empezará hablando respecto de las funciones de los miembros en las familias de los pacientes depresivos, inmediatamente después concluiremos sobre las relaciones familiares que se dan desde la mirada del paciente depresivo, sintetizando el tipo de relación que se genera en su entorno familiar, los límites, comunicación, finalizando con la resolución de conflictos.

En torno a las funciones que cumplen las familias de los pacientes depresivos, en este ítem se vislumbró la sobrecarga de trabajo que tienen las mujeres en el cumplimiento de las funciones de la familia, en este sentido, como se explicó en el análisis de los resultados se destacan dos funciones de la familia; la socializadora y la de protección psicosocial. En este sentido el estudio dejó en claro que la mayoría de las mujeres entrevistadas, admitieron que se encargan de suplir en su familia, casi todas las necesidades de sus miembros, situación que para ellas se torna agobiante y preocupante. Ya que esto mismo encierra una constante queja que es recitada con frases llenas de desesperanza, por la relación

de dependencia que ellas mismas reconocen que han creado en su entorno familiar. Además siempre reconocen siempre al varón como el “jefe del hogar”, aunque ellas sean las que llevan el único sustento económico o el mayor a cuantificación se refiere.

Los varones, en cuanto a las funciones de la familia, comentan que la encargada de cuidar, enseñar, proteger, entregar amor, realizar el quehacer doméstico; son sus parejas o identifican a alguna persona del sexo femenino. Ellos solo se identifican con la parte de la función económica y la de control social respondiendo directamente a los modelos culturales que hablan de un hombre con funciones “solo” de proveedor familiar y controlador. Enseñanza cultural que actúa como factor de riesgo en los varones que no son capaces por diversas razones de suplir todas las necesidades económicas familiares o que sencillamente no son los que llevan la mayor parte del sustento a su familia, además de que no gozan del respeto familiar, sobretodo el de sus hijos.

En el hogar de las mujeres contenidas en el estudio, los límites son difusos poco claros, no definidos e incluso en algunos casos, estaríamos hablando de familias desligadas; donde no existen horarios para comer, para reunirse a la mesa a conversar, cada quien se arregla con su vida, lo que da cierto margen de libertad. Sin embargo la queja constante de la paciente, es que cada uno busca su propio beneficio, pero sin aportar de su tiempo, espacio en ayuda a los demás y menos con manifestaciones de preocupación hacia ella. Bajo este contexto, las personas deprimidas no se atreven a hacer reclamos ni exigencias, tratan de evitar las confrontaciones directas, pues todo lo que pueda alterar el clima familiar, puede ir en desmedro de la unidad del clan. Esta lucha constante de mantener una buena convivencia familiar, delegada desde los patriarcados familiares, encierra una disposición aprehendida, desde que eran niñas. Lo que desde luego lleva una sanción social, cualquier emancipación a raíz de sus propios intereses se convierte en un suplicio constante para la persona deprimida, en su mayoría las pacientes manifestaron sentirse responsables de la vida familiar, pues no quieren

que sus hijos “vivan lo que ellas vivieron” refiriéndose directamente a sus familias de origen, por lo tanto, prefieren sacrificarse, hacerlo todo ellas y no delegar responsabilidades en otros miembros del clan familiar.

Los varones deprimidos, por lo general no están tan preocupados de los límites familiares, pues “las responsabilidades del cuidado de otros, educación de otros” es labor de la mujer. Por esto no manifiestan intranquilidad respecto de los límites y autonomía de los miembros del núcleo familiar.

Comunicación familiar

Cuando nos comunicamos no solo entregamos información, además entregamos la representación de nuestro mundo. Dentro de este proceso de comunicarnos, el lenguaje nos permite conocer a otros, trabajar, pensar e incluso amar.

En esa comunicación las personas con depresión revelan tener una buena relación con sus parejas, tanto en hombres como mujeres; sin embargo declaran que esto les costó muchos procesos de crecimiento en el subsistema conyugal, pues al principio de la convivencia marital, algunas mujeres declararon, haber sido víctimas de agresiones físicas y psicológicas por parte de sus maridos, situación que recuerdan con mucho dolor, y que les producen sentimientos de rencor y apatía por sus parejas. Estas agresiones disminuyeron a medida que los hijos fueron creciendo; en este sentido se debe destacar la parentalización de los hijos, los que entran en los subsistemas conyugales a ocupar espacios que solo deben tener los esposos y a ser protagonistas de discusiones y altercados que solo conciernen a la pareja; esta situación es común que se dé al interior de las familias que tienen a un padre o una madre depresiva, pues estos al verse y sentirse “incapacitados” no se hacen cargo de sus propias vidas, delegando en los hijos deberes y derechos que solo poseen los padres.

En el caso de los varones participes de este estudio, ellos declararon tener parejas muy buenas, las que lo acompañan y cuidan, no señalan situaciones estresantes en el núcleo familiar.

Es importante señalar que ante una enfermedad mental u otra patología, el varón siempre está acompañado, en estos casos no estuvo ausente el protagonismo de una mujer (madre, esposa, polola, abuela) en la recuperación del paciente. En el caso de las mujeres, a pesar de que señalaron en su mayoría haber superado los desencuentros matrimoniales, pocas apuntaron tener apoyo y cuidados de un compañero varón, estas indicaron como protagonistas de su recuperación a sus hijas mayores o a sus madres. Nuevamente se nombra a la mujer como si bien no la única, la más comprometida y responsable en el entorno familiar de los cuidados y vigilia de la salud familiar. Por este papel protagónico que juega la mujer en la salud de la familia es que ha sido siempre elegida por los sistemas de salud convirtiéndola en su principal interlocutora. Sin embargo es bueno destacar los nuevos tiempos de igualdad que se aproximan, con la promulgación de leyes donde también se reconocen los derechos y deberes que tienen los varones, en el cuidado de sus hijos y acompañamiento en esta tarea a la mujer.

En el subsistema fraternal, las personas contenidas en este estudio, señalan que sus hijos se entretienen, se apoyan, se pelean, negocian entre sí; no manifiestan preocupación frente a la relación que mantienen sus hijos. De este modo también se expresan del subsistema parental, declaran no tener problemas con sus hijos. Sin embargo podemos denotar que este subsistema va cambiando con el tiempo, en la medida que los niños crecen y pueden asumir mayor responsabilidad por sí mismos.

El paciente depresivo, por lo general, tiende a poseer una imagen deteriorada de sí mismos, este tipo de sensación, percepción tiende a tener sus raíces en el entorno familiar y afecta en forma distinta a hombres y mujeres.

AUTOIMAGEN

La imagen de si mismo o autoimagen, esta presente en toda acción emprendida por el ser humano. Aunque no siempre sé esta consciente de ello. Un ejemplo clásico e interpretativo en este estudio, es la imagen que se refleja cuando se mira en el espejo, si se visualiza un rostro bonito o agradable para la persona. Se puede asegurar que se proyectará una mejor imagen donde se vaya, pero sí por el contrario no agrada esa imagen, será un aliciente para que esta persona se sienta fea, torpe y con pocas habilidades sociales en el interactuar con otras personas, entre otros.

La imagen varía según los momentos y circunstancias en las cuales se encuentran las personas. En este sentido se puede apreciar que la imagen que se proyecta es muy compleja y que contiene diversas formas de manifestarse.

En el caso de las mujeres en general, más aún de las deprimidas; los sentimientos que ellas poseen por sus seres queridos, influyen en la imagen de sí misma; el amor en las relaciones interpersonales contribuye a su estabilidad afectiva, lo que incide directamente en la imagen que poseen, reforzada a su vez con sensaciones de confianza y seguridad o inseguridad.

Con estos antecedentes previos, en este estudio, quedó demostrado, que las mujeres depresivas, en la edad del adulto joven, son aniquiladoras con su imagen física, en su mayoría destacaron su inconformismo corporal, derivado de su exceso de peso, subrayan categóricamente, que no le gustan nada de su cuerpo y consideran unánimemente, que si eventualmente pudieran someterse a una cirugía, cambiarían su exceso de grasa ubicada en el estómago. Se quejan de dolores musculares, de falta de energías; sintomatología propia de las personas con depresión, por la tensión constante que se encuentra su cuerpo.

En este sentido a los varones en edad adulto joven, son menos críticos al momento de definirse corporalmente, se encuentran con suficientes atributos físicos para salir adelante y superar su estado depresivo, piensan que en ellos esta más permitido tener “guatita” y que un poco de arreglo (aseo personal, corte de pelo) mejora su imagen frente al espejo.

Esto apoya fuertemente la idea que la imagen del cuidado del cuerpo y la imagen que se proyecta de este, esta condicionada socialmente más para la mujer que para el varón. El medio social, en el cual nos movemos, entrega una mirada de cómo debe ser el cuerpo, señalando modelos, a los cuales se debe imitar y una imagen ideal que se confunde con la propia imagen de cada persona. La cultura en que estamos insertos, da más importancia al aspecto físico de la mujer, fuente inspiradora de los grandes poetas y cantautores de tiempos pasados, presentes y futuros.

También y como se mencionó en el análisis de resultados, nuestra cultura aún no le permite al hombre, mostrar debilidad, respecto de su condición depresiva y al responder la pregunta, se sienten invadidos en su intimidad y sobrecogidos, a lo que ponen barreras automáticas y elevan sus rasgos machistas, hasta el punto de hacerse los desentendidos, frente a su imagen corporal.

No hay que desconocer los nuevos tiempos que se avecinan, respecto de las exigencias físicas que plantea la sociedad para el varón. Sin embargo mientras esto no este totalmente instaurado socialmente, siempre la belleza será sinónimo de mujer.

Sin embargo la imagen de sí mismos o autopercepción, puede ampliarse y cambiar por el solo hecho de que las personas se miren desde otras perspectivas nuevas, que valoricen o destaquen aspectos que no se han valorizado o examinado previamente. También pueden haber cambios positivos si se quiere

transformar los deseos y expectativas en realidades concretas, es decir, tomando conciencia de lo que se quiere tiene raíces, ya sea en las cualidades personales o en las demandas del entorno.

En cuanto a la percepción de la mirada externa, esta en el caso de las mujeres esta íntimamente ligada a la percepción que tienen de ellas mismas, todo esta condicionado con el mundo que las rodea, la familia, pareja e hijos condicionan su imagen hasta tal punto de ser la autodefinición física y psicológica que ellas mismas tienen.

En relación de los varones, estos no fueron capaces de definir lo que los otros piensan de ellos mismos. Esto apoya fuertemente lo que se ha estado hablando respecto de la definición cultural que tiene la imagen de hombre y mujer y el grado de importancia que se le da en los diferentes sexos.

Autopercepción psicológica

En el aspecto de autopercepción psicológica, es importante concluir, que las mujeres se definen cariñosas, tranquilas, pasivas, hogareñas, atributos que señalan como definición de su personalidad. El aspecto negativo que resaltan es la agresividad con que reaccionan en determinados momentos, las expresiones de rabia, señalándolas como una situación anormal y que no debería ser bajo ningún punto de vista.

Los varones, también señalan atributos de relaciones cariñosas y personalidades tranquilas, pero agresivos, a tal punto de sentir culpabilidad por no poder controlar sus impulsos en determinados momentos. Si bien no hay un evidente protagonismo de violencia física, si vislumbra que hay violencia psicológica hacia sus familiares más cercanos.

De estos aspectos habla Dio Bleichmar (op.cit), cuando señala que los estereotipos de la feminidad y masculinidad, conducen a un estado depresivo. Pues los rasgos que describen el modelo de feminidad más generalizado, son los siguientes: sensibilidad, complacencia, dulzura, pasividad, obediencia, necesidad de contacto afectivo, entre otros. Las mujeres que cumplen mejor los roles tradicionales que implican una marcada feminidad en su definición de personalidad, están más predispuestas a sufrir trastornos depresivos, y al parecer por los sentimientos de culpabilidad que denotan al tener emociones de agresividad, ira y reclamo, sienten que incurren en errores que la cultura no les permite, pues son mujeres y deben tener rasgos propios de la personalidad de una “dama”.

En el caso de los varones, a ellos les afecta los estereotipos de masculinidad, en este sentido, de ellos se esperan rasgos que tipifican el comportamiento de un hombre, de los que se pueden nombrar: asertividad, agresividad, capacidad para tomar riesgo y tomar decisiones, competencia, autonomía, entre otros. Si bien estos rasgos están lejos de definir la personalidad de una persona depresiva, el no poseer o sentir que se no se cuentan con estas características psicológicas, induce a sentimientos de incompetencia en los varones y de marginación en la comparación con el otro de su mismo sexo. Con esto se puede concluir que lo que predispone a la mujer y el varón a la depresión es su propio rol. Es esta Feminidad y Masculinidad misma, tal como esta concebida en nuestra cultura y que se transmite de generación en generación siendo reproducida en los hogares chilenos.

Otro aspecto que es importante destacar en esta parte del estudio, es la diferenciación que existe en las mujeres al confrontar ciertas etapas de su vida. Para las mujeres de 20-30 años, sus necesidades de éxito, capacidad de obtener recursos económicos, financieros, amor., son primordiales, no se detienen a pensar o relacionar hechos o vivencias concretas de su niñez, las entristece, las deprime su situación de postergación por el bien familiar. Las entrevistadas que

oscilaban en ese rango etéreo, decían sentir pena o les molestaba vivir la etapa que están vivenciando, pues sus ansias de salir al mundo a buscar el propio éxito, estaban postergadas por situaciones más bien familiares (hijos pequeños, cuidado de personas mayores, entre otros) que les imposibilitaba estudiar, trabajar o sentir autonomía propia para decidir que lo que ellas quieren hacer. Se encuentran en la lucha de lo que su familia u otros esperan de ellas y lo que ellas quieren para su vida actual o futura.

Sin embargo, las mujeres que están más avanzadas en su edad adulta, cuestionan hechos de su existencia infantil y/o juvenil. Situaciones traumáticas que vivenciaron en un momento de sus vidas y que no han sido superadas. Estos sucesos, convertidos en recuerdos retornan con mayor fuerza y poder, cuando ya no existe tanta dependencia de algunos miembros de su familia, como lo son los hijos (edad de adolescencia, más autónomos) y se generan espacios de búsqueda, análisis y/o introspección en su interior y de su vida. Cuando las comparaciones arrojan resultados positivos con su vida actual, los sentimientos de tristeza son menos agudos, sin embargo cuando esta comparación tienen sucesos además de infelicidad matrimonial, violencia, postergación, sentimientos de abandono, desencadenan sentimientos de tristeza profundos, generando estados depresivos que si no son tratados a tiempo pueden tornarse peligrosos. Con esta conclusión no se quiere decir que una persona que ha sufrido hechos traumáticos en su vida, pueda superar el suceso con tener una vida plena en la actualidad, esto depende mucho entre otros, de los factores protectores que la persona haya desarrollado en su vida, cuanto le cueste superar el suceso traumático, por lo tanto, siempre es bueno buscar la ayuda de un especialista. Sin embargo es importante destacar la diferenciación de pensamientos y de necesidades que evidenciaron las participantes de este estudio.

En el caso de los varones, todos evidenciaron preocupación por el factor económico, la falta de trabajo, la inseguridad financiera, los posiciona según ellos

en un lugar incomodo ante la familia, sienten que pierden poder, autonomía, respeto y confianza en lo que pueden lograr.

Es importante entender que la depresión no es causa y efecto, es una suma de historias negativas de la vida, y se declara en momentos de vulnerabilidad de la persona, su desencadenante puede ser cualquier situación anormal que se sufra, pero la verdadera causa de padecimiento puede estar arraigada en situaciones padecidas que no han tenido maduración o su debida confrontación.

Para concluir, es importante evidenciar, varias situaciones; una de ellas es que no es que el hombre se deprima menos que la mujer, sino más bien, es más reacio a admitir que sufre de un estado depresivo. Esta circunstancia hace que el diagnóstico de depresión sea más difícil y menos frecuente que el de la mujer. La mayoría de las personas que se quitan la vida son hombres (cerca de un 85%), el método más común es ahorcarse y el grupo etario más afectado es el de los adultos entre 22 y 44 años. Estas son las cifras sobre suicidios que entregó el director del Servicio Médico Legal (SML), Oscar Vargas en entrevista para el Diario La Segunda publicada el 18 de febrero de 2006. Además agregó que le preocupan las cifras de los años 2000 hasta el 2004, donde en Santiago de 460 personas que se suicidaron durante el 2002 se subió a 514 en el 2004. A nivel nacional, ese mismo año se llegó a 1.500 el número de suicidios. En esta misma entrevista Vargas explica que entre las causas que llevan a los chilenos a quitarse la vida, están los problemas familiares, laborales, económicos, todos estos factores sociales que desencadenan depresión.

Es importante un diagnóstico temprano de la depresión, esto evita sufrimientos innecesarios en el paciente, costos económicos y sociales en el entorno familiar y a nivel de país asegura una mejor calidad de vida para la población chilena.

CAPITULO VI

PERFIL SOCIOECONOMICO DE PACIENTES DEPRESIVOS

Los sujetos del estudio son pacientes insertos en el Programa de Depresión del Consultorio la Granja, cuyos usuarios en general pertenecen a los sectores populares. No obstante lo anterior, estimamos pertinente elaborar el perfil socioeconómico dado que pueden existir diferencias relativamente significativas entre ellos.

Así mismo, dada la diferencia de roles de género en los sectores populares, se optó por realizar un análisis diferenciado entre hombres y mujeres con el objeto de poder precisar dicha diferencia y cómo estas influyen en su forma de expresar, sentir y vivir la Depresión.

Por lo tanto, para obtener el perfil socioeconómico de los pacientes depresivos, se consideraron algunos indicadores que dan cuenta de sus antecedentes, entre los que se encuentran edad, estado civil, existencia y número de hijos. En el aspecto laboral y educacional, se indaga respecto de su actividad actual, tipo de trabajo e ingresos familiares, nivel de escolaridad, entre otros.

En la situación de salud, están contenidas los tipos de sistema de salud al cual pertenecen, donde acuden regularmente por consultas médicas y antecedentes de cuadros depresivos o de adicción personales y familiares.

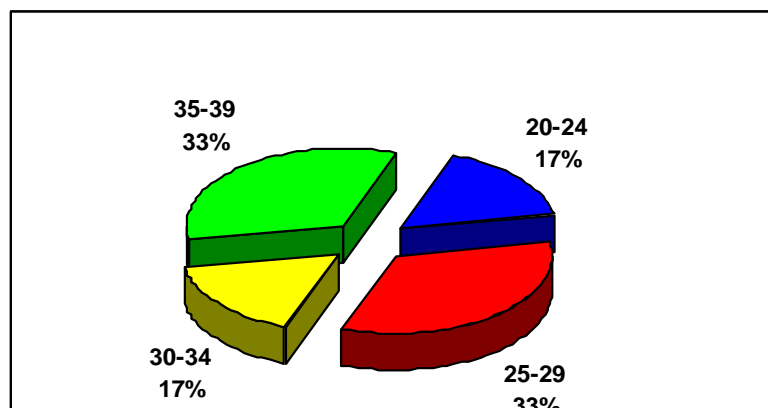
Basándose en estos antecedentes se obtendrá la caracterización inicial de los hombres y mujeres que sufren Depresión y que están insertas en el Programa de Depresión del Consultorio la Granja.

1. ANTECEDENTES PERSONALES

1.1 Edad de los pacientes

La muestra se agrupó en intervalos de 10 años y se puede observar una característica singular, tanto en el tramo de 20-29 años como en el de 30-39 años; el mayor número de casos se concentra en el segundo quinquenio de cada década etárea, como se observa en el siguiente gráfico.

GRÁFICO N° 1
EDAD DE MUJERES
PROGRAMA DE DEPRESIÓN CONSULTORIO LA GRANJA
COMUNA DE LA GRANJA R.M CHILE 2005



Fuente: Investigación Directa

Si se observa detenidamente la representación N°1, a pesar de que todas las entrevistadas, se encuentran en la etapa adulto-joven, hay variación en las necesidades propias de cada tramo etáreo; es posible que estas difieren por la mirada personal que cada una de ellas construyó a lo largo de su historia personal, lo que saben acerca de sus vidas, lo que han aprendido de otras personas y por que no decirlo también por sus temores y expectativas personales. Es

desde aquí donde nace la interpretación que le dan a sus vidas, entorno e incluso la forma de como se sobreponen a la enfermedad de la Depresión.

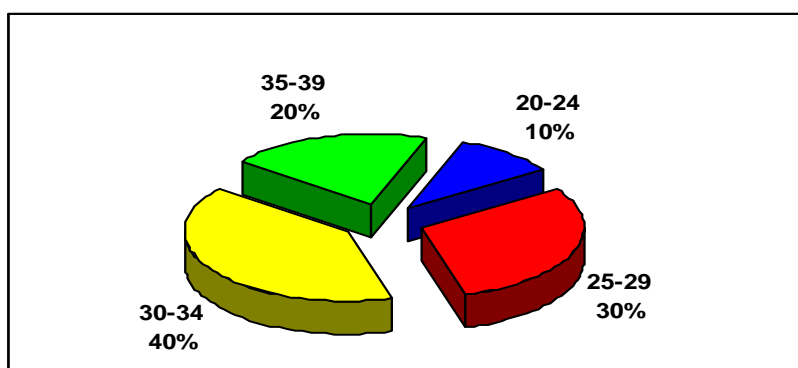
Estas personas en esta etapa de sus vidas tienen necesidades propias de la edad, las que se traducen en necesidades de desempeño, éxito, de ser reconocidos, tomados en cuenta, de crear algo propio, necesidades de cambiar el mundo, de poseer cosas propias como: dinero, casa, necesidades de reflexionar sobre el momento y ahora, necesidades de ayudar. Cada una de estas necesidades, una vez satisfechas, pasan a un plano de fondo, se cierra la experiencia y se recomienza el círculo con una nueva necesidad: las que no han sido satisfechas, siguen estando pendientes y el cuerpo exigirá que se les preste atención. Posteriormente pueden aparecer mediante de comportamientos inefectivos o en síntomas y enfermedades.

También es importante destacar que en esta etapa existe un pensamiento dialéctico, en el cual, cada idea o tesis implica su idea puesta o antítesis. El pensamiento dialéctico consiste en la capacidad de considerar puntos de vista opuestos en forma simultánea, aceptando la idea de contradicciones. Este tipo de pensamiento permite la integración entre las creencias y experiencias con las inconsistencias y contradicciones descubiertas en sus vidas pasadas (niñez, adolescencia, adultez, etc.), favoreciendo así la evolución de nuevos puntos de vista, los cuales necesitan ser actualizados constantemente, dependiendo de la capacidad de resiliencia de cada ser humano.

En el caso de los varones depresivos, la prevalencia de tener una sintomatología depresiva, es mayor en el primer quinquenio (30-34 años) del tramo etéreo de 30-40 años seguido de cerca con un 30% por las personas contenidas en el tramo de 25-29 años, que representa el segundo quinquenio del tramo 20-30 años. Con un 20% se concentran los pacientes depresivos entre 35-39 años y por último con un 10% los que se encuentran entre las edades menores de 20-24 años. Así se observa en la representación siguiente:

GRÁFICO N° 2

EDAD DE VARONES PROGRAMA DE DEPRESIÓN CONSULTORIO LA GRANJA COMUNA DE LA GRANJA R.M CHILE 2005



Fuente: Investigación Directa

Los varones en su etapa de adulto-joven, definen su identidad, forjan su espacio en el mundo y realiza elecciones que marcan su vida futura: elige una pareja, forma una familia, se convierte en padre y llega a ser económicamente productivo. Esta edad ha sido idealizada como el mejor período de la vida, relacionándola con la mantención de trabajadores sanos, activos y productivos para la sociedad.

Esta etapa se caracteriza, además, porque el hombre es capaz de formalizar sus relaciones personales (por ejemplo, en el matrimonio). A medida que transcurre el tiempo, aparece la necesidad de estabilizar aún más las elecciones hechas. Esto significa vivir en un barrio determinado, con la mujer que quiere, aportando esfuerzo y creatividad a la actividad que decidió desarrollar.

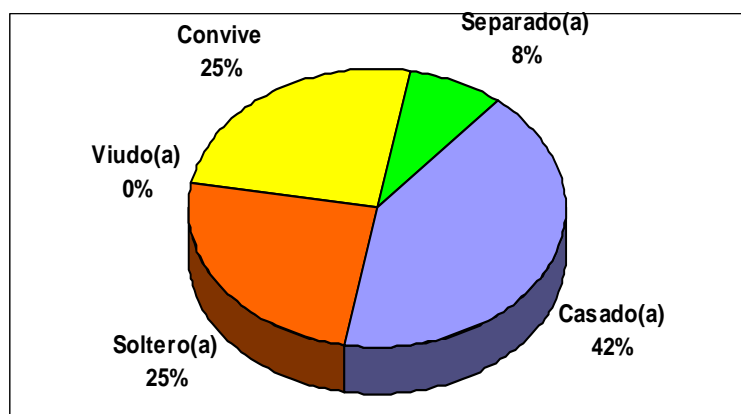
Cada hombre adulto organiza estos planes de acuerdo a sus intereses y capacidades. Hay hombres que prefieren su estabilidad económica y laboral antes de pensar en formar una familia, mientras otros buscan pareja primero y luego, la estabilidad laboral. De modo que el varón se sentirá orgulloso, darán valor a su

nombre de acuerdo a la obra que realicen, deben darse un destino porque esto les asegura el amor de las mujeres y el respeto del círculo social que los rodea. La pérdida de todo esto los deja más desposeídos y vulnerables a la Depresión.

1.2 Estado Civil

En relación a la incidencia de los estados depresivos, según el estado civil de los pacientes. Se puede observar en el siguiente gráfico, que el mayor porcentaje de las mujeres deprimidas, corresponde a las casadas legalmente con un 42%; equivalentes con un 25% encontramos a las solteras y las que mantienen una relación de convivencia; con un 8% están las separadas legalmente o de hecho. Ninguna de las mujeres entrevistadas declaró ser viuda.

GRÁFICO N° 3
ESTADO CIVIL DE MUJERES
PROGRAMA DE DEPRESIÓN CONSULTORIO LA GRANJA
COMUNA DE LA GRANJA R.M CHILE 2005



Fuente: Investigación Directa

Es bien sabido que las personas al contraer matrimonio adquieren deberes y derechos; estado contractual que en la sociedad esta regulado por leyes civiles, que protegen a la familia. Sin embargo, a la luz de los resultados, esto esta lejos de satisfacer las necesidades propias de las mujeres depresivas, esta situación puede estar dada, por lo complejo de las relaciones afectivas al interior de la

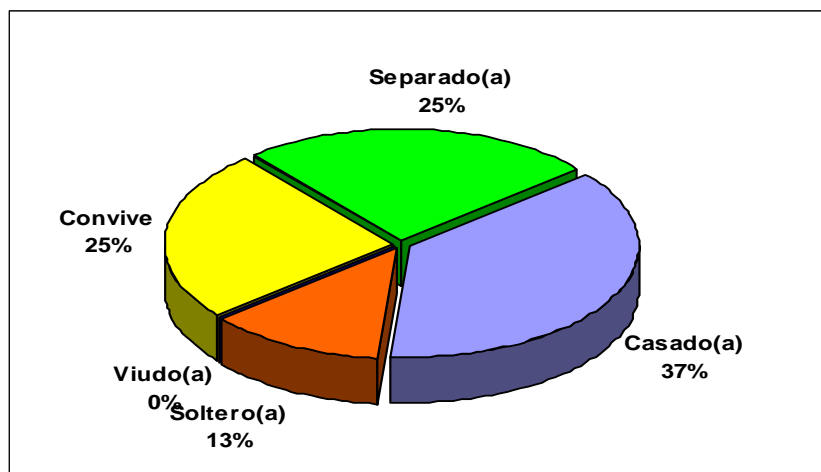
familia, donde las mujeres tienen el papel tradicional de ser las principales responsables del sostenimiento de las relaciones afectivas y familiares, por lo tanto, cuando sufren alguna dificultad en las relaciones interpersonales sobretodo las que se originan dentro del núcleo familiar, no sólo sienten dolor por la relación que se malogra o amenaza perderse, sino que esta situación afecta su confirmación, su valoración como ser humano, fomentando muchas veces vínculos adictivos, donde predomina el sufrimiento, el sometimiento y la falta de reciprocidad del cónyuge y/o los hijos.

Otro problema que es frecuente en las mujeres casadas, es la postergación de sus proyectos personales por sobre los familiares; situación que sume a la mujer en una especie de restricción social, donde sólo desempeñan un tipo de rol en sus vidas como actividad central, el cuidado del hogar, el cónyuge y/o los hijos, aislándose del resto del sistema social; esta situación lleva a la mujer a reducir sus fuentes de alimento y mantenimiento de la autoestima, generando en ellas dificultades para utilizar herramientas y/o descubrir potenciales que la ayuden a realizar actividades en pro de su desarrollo personal.

Por lo tanto la calidad de un matrimonio, puede contribuir significativamente a la depresión. Se ha demostrado que la falta de una relación de intimidad y confianza, en combinación con problemas maritales graves, están relacionados con la depresión en la mujer. De hecho, se ha demostrado continuamente que las tasas de incidencia de depresión más altas son en las mujeres con matrimonios infelices.

En el caso de los varones respecto de la incidencia de los estados depresivos y el estado civil, podemos observar en la representación N° 4 que el número porcentual más alto de un 37% de varones deprimidos, se sitúa en la categoría de los hombres casados; ubicándose en 12 puntos abajo con un 25% los varones que mantienen convivencia y los separados. Los solteros representan solo un 13% del total de los entrevistados depresivos.

GRÁFICO N° 4
ESTADO CIVIL DE VARONES
PROGRAMA DE DEPRESIÓN CONSULTORIO LA GRANJA
COMUNA DE LA GRANJA R.M CHILE 2005



Fuente: Investigación Directa

Barroso (1998), explica que los hombres, por lo general, sobretudo en la cultura occidental y con mayor fuerza cuando forman su propia familia, están obligados a cumplir cabalmente la función económica dentro del núcleo familiar. Cuando este papel de proveedor no se puede cumplir o se hace medianamente, sobreviene un déficit de autoestima, donde hacen su aparición los sentimientos de desesperanza y pesimismo por la situación económica que esta viviendo, más aún en nuestra cultura, que los sentimientos de bienestar y éxitos están ligados directamente a los términos económicos.

Es importante comentar el gran cambio sociocultural de nuestro país, que arrojó el censo 2002, este fue la disminución en la cantidad de matrimonios versus un aumento en el número de convivientes. De esta forma, se produjo un descenso en la cantidad de personas casadas de un 51,8 % en 1992 a 46,2 % en el año

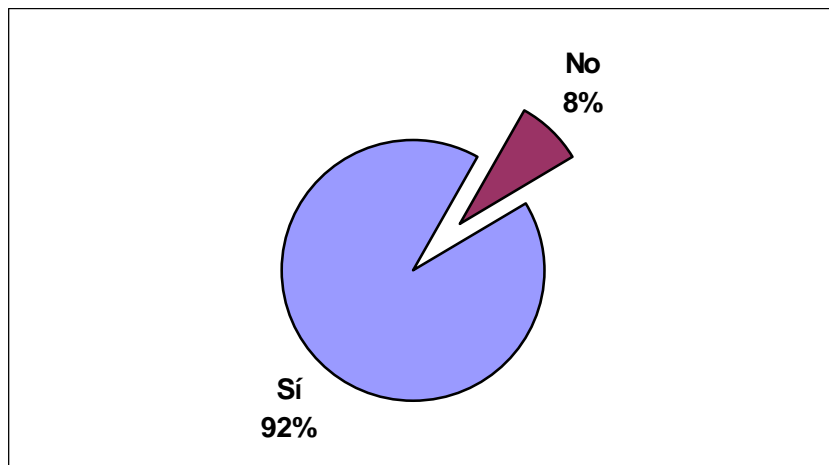
2002. Asimismo, se reveló una mayor cantidad de personas separadas que llegaron a un 4,7 %, 1,3 puntos porcentuales más que en 1992 y una leve alza del 0,1 por ciento en la cifra de anulados, que corresponden al 0,4 por ciento de la población chilena. Por otra parte, aumentó el número de personas que mantiene relaciones de convivencia a un 8,9 % contra un 5,7 % registrado hace diez años atrás. En este contexto, los datos entregados por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) indicaron que cerca de cinco millones de chilenos son casados y un millón convive o tiene pareja estable. Esto se puede deber a que el varón debe buscar los ingresos para el hogar en más de un puesto laboral; la mujer por su parte está obligada a generar recursos fuera del hogar, y el matrimonio, la familia en general ya no es refugio seguro o relativamente seguro que representaba en otros tiempos. En síntesis no es que se esté devaluando el matrimonio, pero entra en competencia con nuevas demandas y expectativas que impone la sociedad en cuanto al cumplimiento de los roles de cada género, tensiones sociales y laborales que hace que la concreción del matrimonio se prolongue, que aumenten las separaciones y se fortalezcan las convivencias.

1.3 Existencia de Hijos

Entre los autores consultados no hay acuerdos respecto de la incidencia que pueda significar el tener hijos y número de estos, como factor de riesgo para caer en un estado depresivo. Los antecedentes biográficos manejados en este estudio, destacaron la clara tendencia entre las mujeres deprimidas a poseer hijos, este 92% refleja a una mujer que puede ser la única dentro del sistema familiar, responsable del cuidado, crianza y educación de los niños. Sólo un 8% de las mujeres afirma no tener hijos y tampoco tener niños y niñas de corta edad a su cuidado. Así se puede observar en el gráfico N°5.

GRÁFICO N° 5

EXISTENCIA DE HIJOS MUJERES PROGRAMA DE DEPRESIÓN CONSULTORIO LA GRANJA COMUNA DE LA GRANJA R.M CHILE 2005



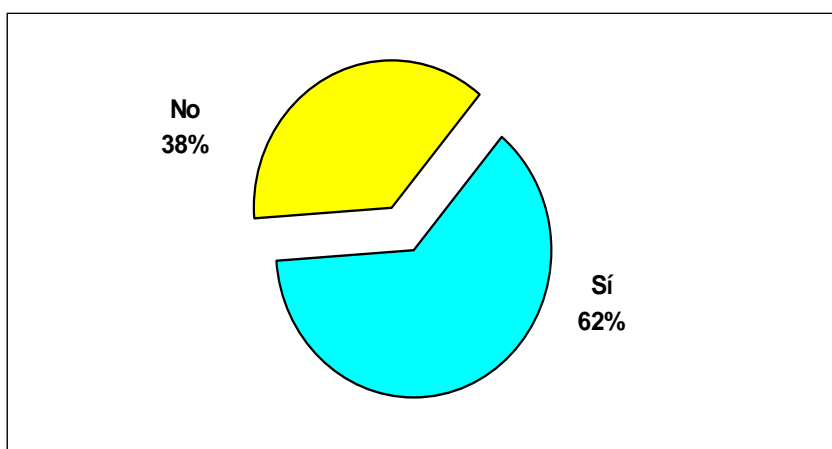
Fuente: Investigación Directa

Las mujeres con hijos a su cuidado son las que tienen más tendencias a la depresión; siendo las brechas de los porcentajes más amplias con las que no tienen. En el caso de los varones comparando los resultados porcentuales con las mujeres, sus distancias porcentuales no son tan extremas. De esto podemos deducir, que en la mujer, el cumplimiento del deber ser, de los roles culturales impuestos, es decir, lo que otros esperan de ellas, lo que se ve bien, lo que impone la sociedad, es que al momento de ser madres, como se mencionó anteriormente, sean las directas responsables de los cuidados y educación de los niños, situación que se plantea en muchos casos en oposición a sus propios deseos a sus propias metas, a lo que ella espera de si misma y lo que esperan los demás de ella. Además en nuestra cultura, se le asigna el papel de “salvadoras de matrimonio”, cuando la pareja no está bien en su sistema relacional conyugal, piensan erróneamente que un próximo hijo puede cambiar la situación de estrés familiar y así “cambiar a la pareja”; al cabo de un espacio de tiempo se percatan

que la relación no cambió con la maternidad y que en sus brazos hay otro ser que depende directamente de ellas.

GRAFICO N° 6

EXISTENCIA DE HIJOS VARONES PROGRAMA DE DEPRESIÓN CONSULTORIO LA GRANJA COMUNA DE LA GRANJA R.M CHILE 2005



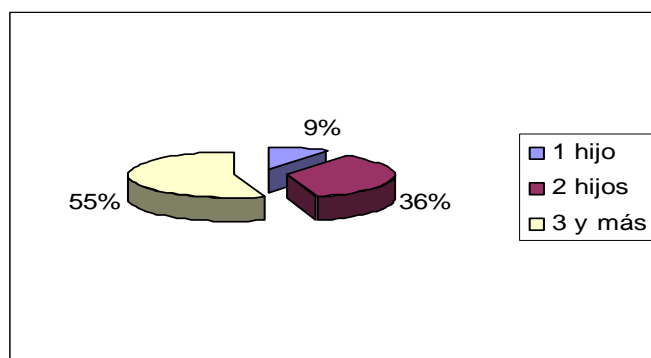
Fuente: Investigación Directa

En los varones un 68% declara tener hijos. Un 38% manifestó no poseer hijos y tampoco mantener a su cuidado directo niños y/o niñas de corta edad. Como se mencionó anteriormente la distancia porcentual entre hombres y mujeres que poseen hijos es menor en el caso de los varones, su diferencia es de sólo 24 puntos, comparado con las mujeres que es de 84 puntos. Los roles tradicionales no asignan responsabilidades de cuidado infantil a los varones, por el contrario la labor de ellos se centra en suplir necesidades económicas, de control social, entre otras.

1.4 Número de hijos

En el gráfico N° 7, claramente se puede notar que el 55% de las personas del sexo femenino contenidas en este estudio que tienen 3 y más hijos a su cargo, un 36% declara tener 2 hijos y sólo el 9% posee 1 hijo.

GRÁFICO N° 7
NÚMERO DE HIJOS VIVOS
MUJERES PROGRAMA DE DEPRESIÓN CONSULTORIO LA GRANJA
COMUNA DE LA GRANJA R.M CHILE 2005



Fuente: Investigación Directa

Claramente se nota que el poseer más hijos se plantea como un antecedente biográfico significativo para el desencadenamiento de una Depresión; pues el trabajo que realiza la mujer al tener niños de corta edad a su cuidado, como ya dijimos anteriormente, se plantea muchas veces en oposición a su propio autocuidado, esto se da, porque por lo general, en el cumplimiento del rol de madre, en donde se convierten en empresas de servicios unipersonal que siempre esta dispuesta a brindar el mejor servicio, limitándose a la posibilidad de pensar en sí misma y de cuidarse. Es necesario comentar que antes de los avances tecnológicos permitieran a la industria láctea desarrollar sustitutos de la leche materna, la lactancia fue la única fuente de alimentación para los niños y niñas al menos en el primer año de sus vidas. Cuando la mortalidad infantil arrasaba y las mujeres debían tener múltiples embarazos para asegurarse de que uno o dos de

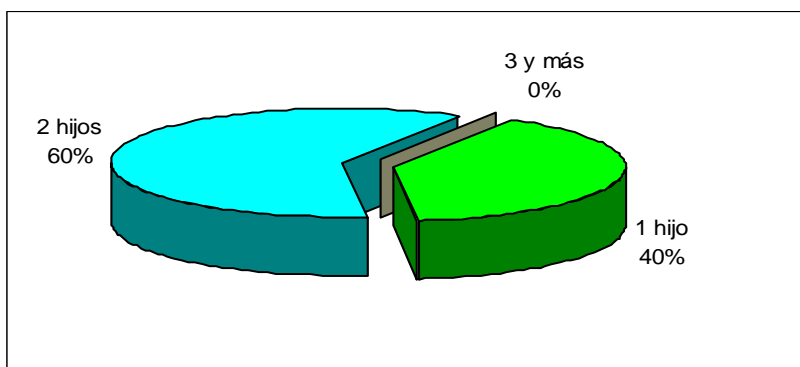
sus hijos llegaran a la adultez, ella debía pasar una proporción muy elevada de su vida, que por cierto era demás mucho más corta, dedicada a la procreación.

Sin embargo hay que destacar que en la actualidad las mujeres con hijos mayores, encuentran en ellos redes de apoyo emocional y enfrentan la Depresión con menor desgaste, sufrimiento y sobrecarga, que las mujeres con hijos de menor edad.

En el caso de los hombres y como se observa en el gráfico N° 8, el 60% de los hombres deprimidos tiene 2 hijos; el 40% posee sólo 1 hijo, no presentando en este estudio, varones que tuvieran tres hijos o más o que no tuvieran hijos y/o niños pequeños a su cargo.

GRÁFICO N° 8

**NÚMERO DE HIJOS
VARONES PROGRAMA DE DEPRESIÓN CONSULTORIO LA GRANJA
COMUNA DE LA GRANJA R.M CHILE 2005**



Fuente: Investigación Directa

Es cierto que en nuestra cultura a los varones se les ha dado tareas más lejanas respecto del cuidado y crianza de los hijos; en cambio se les asigna labores centrales de sustento económico y protección social a su familia.

2. Situación Habitacional

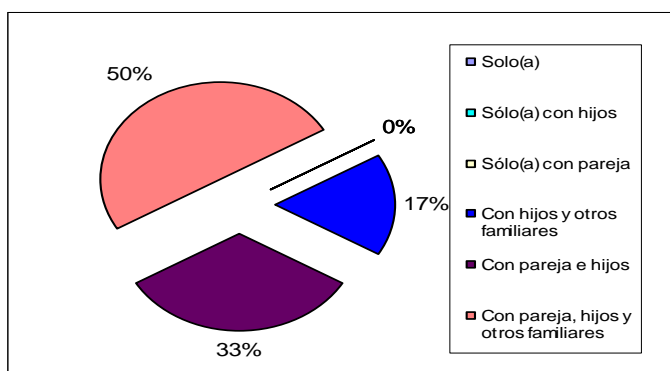
Uno de los problemas más graves de nuestro país es el problema habitacional, tanto en la tenencia como en las condiciones de las viviendas a la que pueden acceder los grupos más vulnerables de nuestra sociedad, pues al momento de cumplir con el anhelado sueño de la casa propia, esta en muchas ocasiones no cumple con las expectativas de sus dueños.

Por este motivo y otros tan sensibles como la desigualdad del ingreso; las personas tratan de darles solución, habitando en casa de familiares o amigos, como receptores o en calidad de allegados, trayendo consigo otras situaciones estresantes que van desde problemas relacionales entre las familias, falta de privacidad, diferencias en relación al ingreso según sean receptores o allegados propiamente tal y según tengan jefatura masculina o femenina.

2.1 Tipo de familia al que pertenece el paciente depresivo

GRÁFICO N° 9

PERSONAS CON QUIENES HABITAN MUJERES PROGRAMA DE DEPRESIÓN CONSULTORIO LA GRANJA COMUNA DE LA GRANJA R.M CHILE 2005

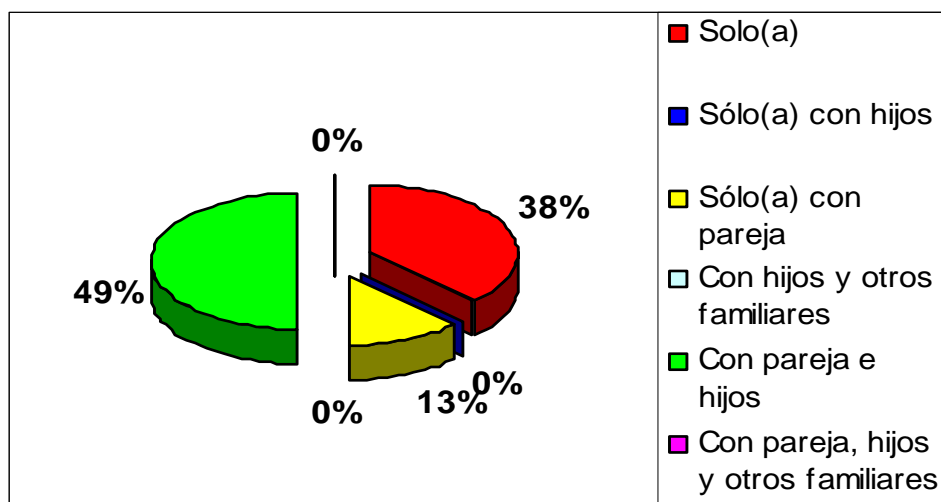


Fuente: Investigación Directa

En el gráfico N° 9, el 50% de las mujeres depresivas pertenecen a una familia biparental extensa o ampliada, la que habita en el mismo hogar con pareja, hijos y otros familiares, un 33% pertenece a una familia llamada biparental, es decir, pareja e hijos, el porcentaje más bajo con sólo un 17% es representado por las pacientes que pertenecen a familias de nuevo tipo monoparentales, o uniparentales, que ocurre en caso de separación, abandono, divorcio, muerte o ausencia por motivos forzosos (cárcel, trabajo, etc.). Respecto a estos mismos datos, se evidencia que ninguna de las mujeres entrevistadas pertenece a una familia de tipo unipersonal, correspondiente a personas solas que no comparten la vivienda, independiente de su situación afectiva.

GRÁFICO N° 10

**PERSONAS CON QUIENES HABITAN
VARONES PROGRAMA DE DEPRESIÓN CONSULTORIO LA GRANJA
COMUNA DE LA GRANJA R.M CHILE 2005**



Fuente: Investigación Directa

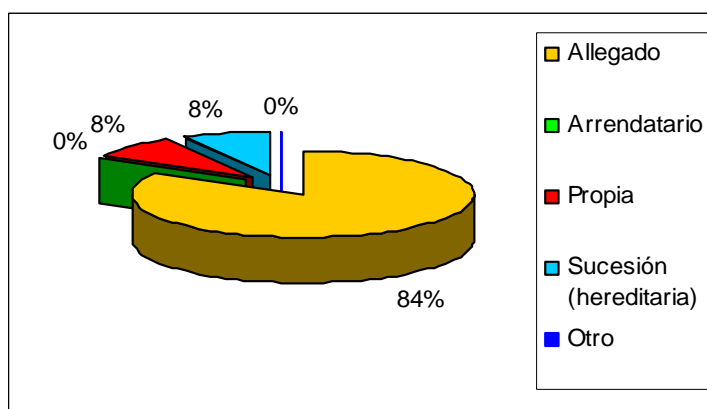
En el caso de los varones deprimidos, como se observa en el gráfico N° 10, el mayor porcentaje lo ostenta la familia biparental extensa o ampliada con un 49%, muy de cerca con un 38% lo sigue la familia de tipo unipersonal, correspondiente a personas solas, lo que no los excluye de relaciones erótico

afectivas o de parejas filiales. Con un 13% se ubican los varones que viven solo con sus parejas.

2.2 Tenencia de Vivienda

Con respecto a la tenencia del lugar donde reside la mujer contenida en este estudio, tenemos que el 84% vive de allegado en casa de otros familiares, por lo tanto se deduce que no tienen una historia de vida construida, por lo tanto, no poseen los refuerzos que generan la identidad común o el sentido de pertenencia al vecindario. Con sólo un 8% son representadas las pacientes que habitan en viviendas propias y de sucesión.

GRAFICO N°11
TENENCIA DE LA VIVIENDA
MUJERES PROGRAMA DE DEPRESIÓN CONSULTORIO LA GRANJA
COMUNA DE LA GRANJA R.M CHILE 2005



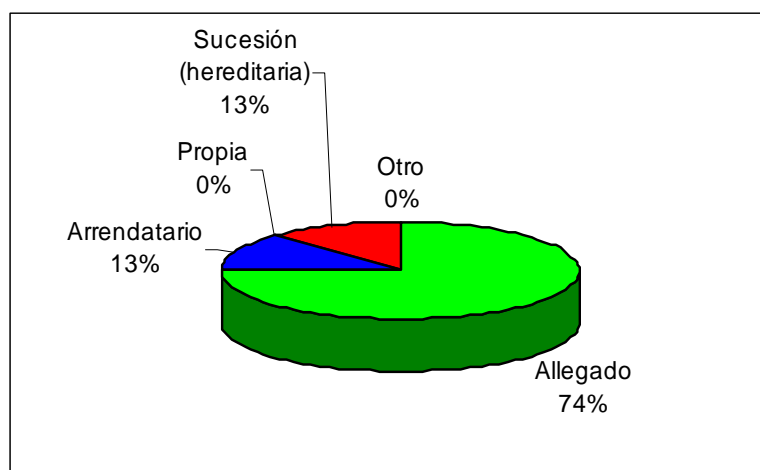
Fuente: Investigación Directa

El allegamiento involucra a hogares y núcleos familiares, éstos se diferencian de los primeros por carecer de autonomía económica, compartiendo, además de la vivienda, el presupuesto familiar del hogar que los acoge.

En general, los núcleos familiares más pobres corresponden a una situación de allegamiento funcional, lo que implica que sus ingresos son insuficientes para residir en forma autónoma o que presentan otro tipo de vulnerabilidad, esta situación puede ser un factor que incida directamente en el estado depresivo de la mujer y del hombre, por la imposibilidad que genera el espacio reducido de no tener vida propia, privacidad. Además no tiene satisfechas sus necesidades de arraigo, pues saben que en determinado momento debe salir de ese entorno que en este momento los acoge. Por lo tanto el no poder crear algo propio, no poseer cosas propias, se convierten en necesidades no satisfechas, que siguen estando pendientes y que pueden estar generando sentimientos encontrados y comportamientos inefectivos que claramente arrojen síntomas de una Depresión.

Uniendo todo lo comentado anteriormente y como observamos en el gráfico N° 12, el 74% de los varones vive en calidad de allegado, un 13% habitan en una vivienda que arrienda y de sucesión.

GRÁFICO N° 12
TENENCIA DE LA VIVIENDA
VARONES PROGRAMA DE DEPRESIÓN CONSULTORIO LA GRANJA
COMUNA DE LA GRANJA R.M CHILE 2005



Fuente: Investigación Directa

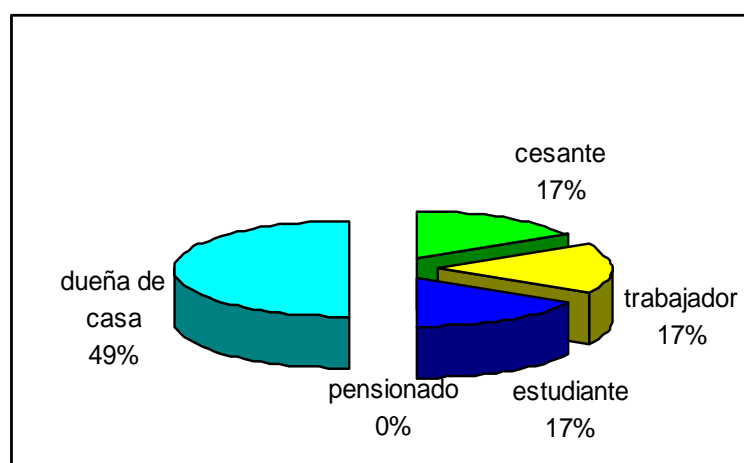
Estos porcentajes no difieren mucho desde la perspectiva de lo femenino, pues en ellos se plantean necesidades de poseer cosas propias (casa, dinero, auto); ya que el deber ser de nuestra cultura, como se planteó anteriormente, lo encaminan a ostentar el poder en todo tipo de relaciones tanto económicas como familiares.

3. Antecedentes Laborales y Económicos

En el gráfico N° 13, podemos observar que el 49% de las personas del sexo femenino que tienen Depresión son dueñas de casa, desde allí se reparten los porcentajes igualitarios de un 17% a las categorías de estudiante, trabajador y cesante; no existen personas pensionadas.

3.1 Tipo de Actividad

GRÁFICO N° 13
ACTIVIDAD ACTUAL
MUJERES PROGRAMA DE DEPRESIÓN CONSULTORIO LA GRANJA
COMUNA DE LA GRANJA R.M CHILE 2005



Fuente: Investigación Directa

Al parecer familia y trabajo aparecen como actividades antagónicas para las mujeres y complementarias para los hombres. Esto ocasiona negociaciones y

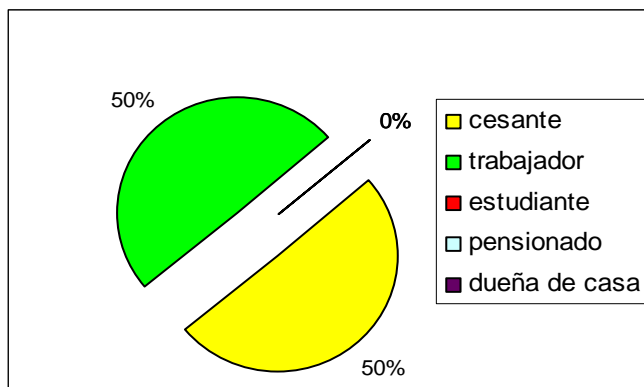
diferencias de intereses al interior de los hogares, principalmente en la etapa de la vida en pareja y la crianza de los hijos. Por ello, son las mujeres las que tienen menor tasa de participación laboral y hay que poner atención al tipo de obstáculos familiares que podrían impedir el trabajo remunerado a mujeres que desean incorporarse al mercado laboral.

Un estudio de la Universidad de Chile, publicado en el Mercurio con fecha 23 de Abril de 2006, cuerpo B3, señala que Chile aparece como el país que más valora el rol de la mujer al interior del hogar entre 24 naciones; según base de datos del Centro de estudios Públicos (CEP), el 81% de los hombres y mujeres encuestados dice estar de acuerdo con que la vida familiar se resiente cuando la mujer trabaja fuera del hogar a tiempo completo.

Sin embargo y a pesar de la persistencia de rasgos del modelo tradicional, en que la mujer no trabaja o su trabajo es “secundario”, emergen “nuevas representaciones sociales cargadas negativamente referidas a las mujeres que se quedan en la casa”.

En el gráfico N° 14, se puede apreciar que en el caso de los varones se reparten en un 50% las categorías de trabajador y cesante. Esta situación de cesantía se presenta como un factor que incide directamente en la Depresión de los varones, pues sus modelos tradicionales esperan de ellos que suplan todas las necesidades del hogar, que sean económicamente activos y que además ostente el poder en el polo opuesto y ejerza dominio sobre este.

GRÁFICO N° 14
ACTIVIDAD ACTUAL
VARONES PROGRAMA DE DEPRESIÓN CONSULTORIO LA GRANJA
COMUNA DE LA GRANJA R.M CHILE 2005



Fuente: Investigación Directa

El análisis de las personas que no tienen ingresos propios, en hogares pobres y no pobres, muestra que éste afecta en mayor proporción a las mujeres. Según datos del INE, el 45% de las mujeres mayores de 15 años en las zonas urbanas no obtienen ingresos propios, mientras que sólo el 21% de los hombres se encuentra en esta situación. Esta información da cuenta de pobreza encubierta o invisible desde el punto de vista de los ingresos lo que afecta directamente su autonomía económica, capacidad de decisión, dejándolas en situación de gran vulnerabilidad en el caso de viudez, rupturas matrimoniales por lo que deben ser objeto urgente de políticas públicas, para el gobierno entrante.

Sin embargo el Censo 2002, reafirma el porcentaje de trabajo no remunerado que realiza la mujer, al dedicarse exclusivamente a labores del hogar y anuncia tiempos nuevos para las mujeres y hombres en relación a su ocupación.

“...La condición de actividad de las personas en las etapas del ciclo de vida correspondiente a edades activas, muestra claramente la división social del trabajo por sexo. Las mujeres, a partir de los 25 años se concentran en trabajo doméstico no remunerado en proporciones superiores al 50%.

Por otra parte, los hombres tienen como actividad dominante el trabajo remunerado, aún cuando es destacable que una proporción no despreciable de ellos, 13%, declare “quehaceres del hogar” como actividad principal, situación que también se aleja de las pautas tradicionales de género. En 1992, los resultados del Censo mostraban que la participación de los hombres en el trabajo doméstico no remunerado, es decir, los que declararon “quehaceres del hogar” como actividad principal, era en promedio alrededor del 2%....”(INE 2002:63)

Los engranajes de la sociedad, deben estructurarse para que esta pueda seguir andando, el hecho de que el hombre se aleje poco a poco de las pautas tradicionales de género que lo han obligado a cumplir funciones netamente económicas en la familia, se debe necesariamente a los cambios que ha tenido la mujer y su participación laboral cada vez más frecuente. Tal vez esto sea una de las respuestas de porque la mujer de bajos recursos, se está deprimiendo. Observan en ellas un potencial que anteriormente estaba dormido o mutilado por los modelos tradicionales a seguir, siente que tiene las herramientas suficientes para emprender nuevos desafíos. Poco a poco se están removiendo las capas tradicionales, son tiempos de cambio, son tiempos de reestructuración familiar.

3.2 Respecto del tipo de trabajo que realizan los pacientes entrevistados. Es bueno comentar que de las 12 pacientes depresivas, sólo 2 manifestaron encontrarse laborando como trabajadoras independientes; situación preocupante que las deja automáticamente fuera del sistema previsional y de salud, actuando en desmedro lineal de su calidad de vida en el caso de futuras pensiones, reproduciendo así la pobreza.

Según estudios de la Universidad de Chile publicado en el Mercurio con fecha de 23 de Abril de 2006, titulado *“Participación laboral en Chile: ¿Cuánto importan los factores culturales? ó será que ellas no quieren trabajar”*, señala que en Chile el

47.6% de las mujeres entre 25 y 54 años participa en el mundo laboral y comprueba de forma estadísticamente significativa, que los factores culturales son una de las principales causas del bajo ingreso de las mujeres al mercado laboral en el país. El trabajo además demuestra que el factor machismo, predomina entre las mujeres de mas edad, casadas y con niveles educacionales y socioeconómicos más bajos.

Junto a estos efectos, se suma la subordinación que sufre la mujer en el mercado laboral, en parte porque sus energías y su tiempo están absorbidos por las labores domésticas, lo que limita sus oportunidades de trabajo remunerado.

Cuando las mujeres trabajan fuera de casa, generalmente se ven relegadas a unas pocas ocupaciones y trabajan en condiciones de empleo que pueden calificarse de informales, temporales e inseguros. Además tienen un menor ingreso que el hombre por el sesgo de género existente en el sistema productivo y porque los conocimientos prácticos asociados con las ocupaciones femeninas suelen tener menor consideración social y jurídica.

Cuando se indagó respecto del tipo de trabajo que realizaban los varones, de los 8 casos de los varones entrevistados, 4 de ellos están trabajando en forma dependiente, con el descuento de leyes sociales, es decir, cuentan con un sistema de salud y previsión social.

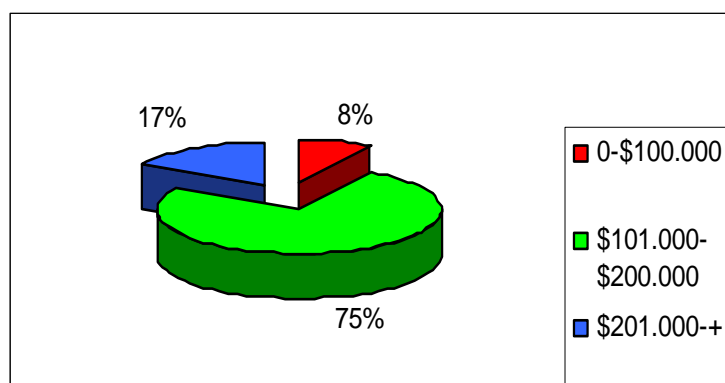
Si bien es cierto que este estado de bienestar, en cuanto a la protección social que se le otorga a cada trabajador dependiente con un contrato de trabajo, va en directa relación con el bienestar general de la familia (en el caso que el trabajador acceda a los beneficios que se les otorga por carga familiar). También debemos analizar que tipo de trabajo tiene esta persona, ya que es indispensable que el trabajador, tenga beneficios, salarios y gratificaciones, descansos, según su ocupación y responsabilidad laboral. Es beneficioso tener empleo, pero es más

motivador y va en directa relación con la calidad de vida de las personas poseer un empleo digno.

3.3 Ingreso familiar de los pacientes

GRÁFICO N°15

**INGRESO FAMILIAR
MUJERES PROGRAMA DE DEPRESIÓN CONSULTORIO LA GRANJA
COMUNA DE LA GRANJA R.M CHILE 2005**



Fuente: Investigación Directa

Otro elemento importante a considerar dentro de la situación económica, corresponde al ingreso mensual promedio que las familias de las pacientes perciben mensualmente y de manera aproximada. .

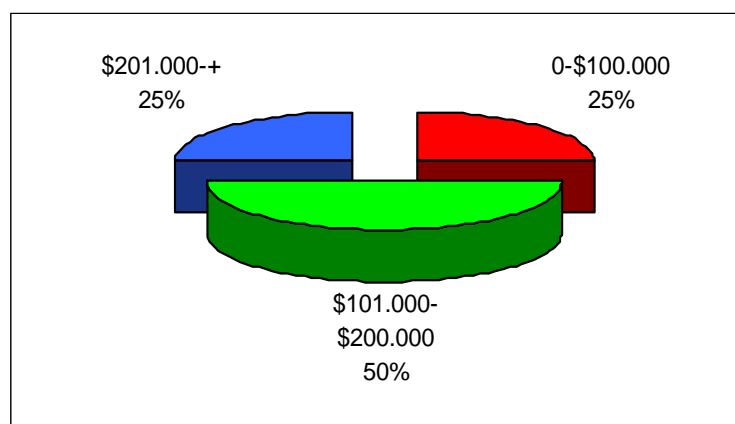
Como se observa en el gráfico 15, un 75% de las pacientes declara que en sus familias se recibe un ingreso mensual que se ubica entre el rango \$101.000-200.000 pesos, un 17% percibe más de 200.000 pesos y un 8% recibe menos de 100.000 pesos. Esto denota una clara evidencia que las pacientes no tienen ingresos económicos que les permita acceder a mejores beneficios en cuanto al acceso de educación, salud y mucho menos una vivienda digna. Todas estas restricciones inciden en el aislamiento social que sufre la persona antes de

diagnosticarle Depresión, nombrando a los problemas económicos como uno de los factores de riesgo que inducen a los estados depresivos.

En los varones deprimidos, como se observa en la representación N° 16, los resultados no difieren mucho, pues el 50% de estos recibe un ingreso familiar aproximado de 101.000-200.000, repartiéndose el 25% en dos partes iguales en los tramos de 0-100.000 y 201.000 y más.

GRÁFICO N°16

INGRESO FAMILIAR VARONES PROGRAMA DE DEPRESIÓN CONSULTORIO LA GRANJA COMUNA DE LA GRANJA R.M CHILE 2005



Fuente: Investigación Directa

Esta falta de recursos económicos puede incidir directamente en el estado depresivo de los varones sobretodo en la etapa de adulto-joven en que se encuentran, pues es en esta fase que ellos buscan suplir las necesidades de arraigo, adquisición de bienes materiales, necesidades de formalizar un vínculo, formar una familia, entre otros.

La pobreza trae consigo muchos factores de estrés como el aislamiento, la incertidumbre, los acontecimientos negativos frecuentes y el poco acceso a los recursos de ayuda. La tristeza y la falta de entusiasmo son comunes entre las personas de ingresos bajos y entre aquellas que no tienen apoyo social.

4. Antecedentes de Educación

Se dice que entre más educación, más facilidades para ampliar la mirada personal que se le da a las vivencias personales y al entorno en general les damos a las cosas, a nuestras propias vivencias personales. Se hace más fácil comprender al mundo y poder trabajar en pro de nuestro bienestar.

En este sentido se puede afirmar que el total de los pacientes entrevistados, hombres y mujeres, declararon saber leer y escribir, situación que les permite manejarse con mayor autonomía en el mundo globalizado en que se vive hoy.

Chile ha logrado avances significativos en el nivel de educación de la población, alcanzando niveles superiores a la mayoría de los países de América Latina. En las últimas décadas se ha expandido fuertemente la cobertura y el acceso de la población, proceso que ha beneficiado de manera especial a las mujeres, alcanzando niveles similares e incluso superiores a los hombres.

La importancia que adquiere la educación en el proceso de globalización traspasa los límites de un objetivo propio del desarrollo humano, transformándose en un requisito fundamental para avanzar hacia una mayor competitividad y crecimiento económico. A la vez, la educación se privilegia como requisito fundamental para lograr la equidad, planteándose que el capital educativo constituye para la mayoría de las personas el principal determinante de sus posibilidades de bienestar.

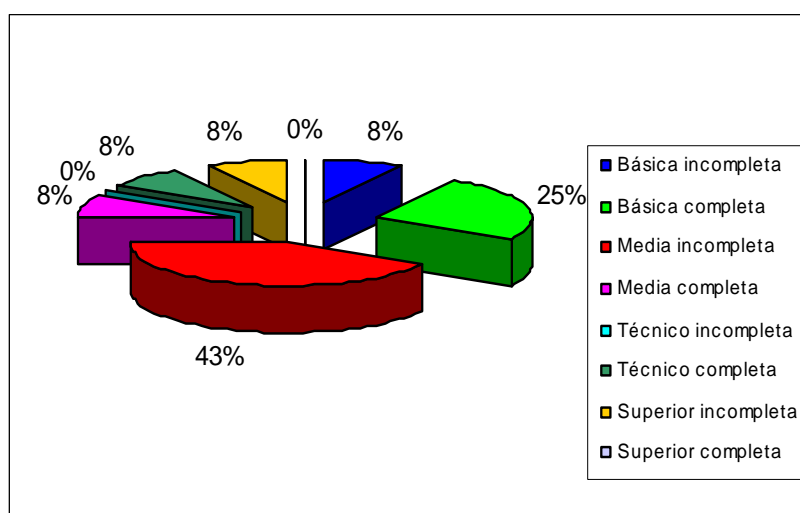
En el proceso de expansión de la educación, las mujeres han acumulado un capital educativo superior a los hombres, pero ello no ha sido un requisito suficiente para igualar sus oportunidades y lograr la equidad de género en los ámbitos de la participación económica, política y de las relaciones de poder en general. Sin embargo en el caso de las mujeres y hombres depresivos, se plantea lo siguiente:

Sin embargo el nivel de escolaridad de los hombres y mujeres estudiados, plantean notables diferencias, pues un poco menos de la mitad de las pacientes no pudo terminar su enseñanza media.

4.1 Nivel de Escolaridad

GRÁFICO N°17

**NIVEL DE ESCOLARIDAD
MUJERES PROGRAMA DE DEPRESIÓN CONSULTORIO LA GRANJA
COMUNA DE LA GRANJA R.M CHILE 2005**



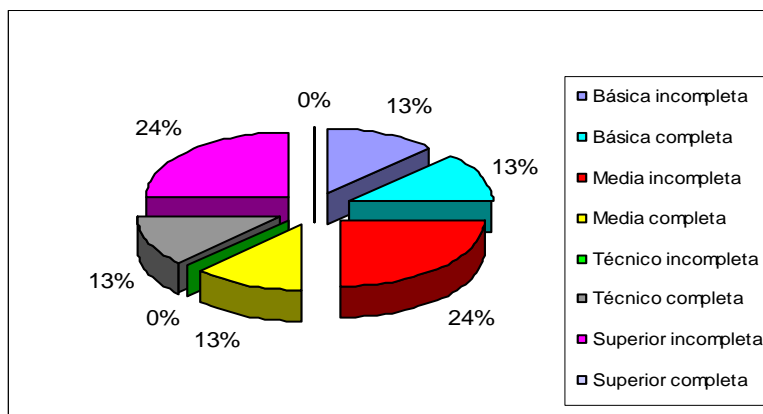
Fuente: Investigación Directa

El nivel de escolaridad del 43% de las pacientes es de media incompleta; el 25% de las pacientes alcanzó a terminar sus estudios básicos; más abajo en cuanto a porcentajes se refiere; con un 8% se encuentran la básica incompleta, media completa y superior incompleta.

En el caso de los varones, estos se ven representados con un 24% la superior incompleta y la media completa; más abajo y con un 13% se ubican la básica completa e incompleta, técnica completa y media completa

GRÁFICO N°18

NIVEL DE ESCOLARIDAD VARONES PROGRAMA DE DEPRESIÓN CONSULTORIO LA GRANJA COMUNA DE LA GRANJA R.M CHILE 2005



Fuente: Investigación Directa

En términos educacionales, los varones entrevistados tienen mejor nivel educacional que las pacientes mujeres; situación que los favorece en los planos laborales, económicos y de poder.

“...El ascenso de la población a mayores niveles educativos tiene características diferentes según el sexo de las personas. Las mujeres en 1992 habían alcanzado niveles educativos superiores a los hombres, el 51% de ellas se concentraba en los tramos superiores a 9 años de estudio en circunstancias que sólo el 38% de los hombres se ubicaba en ese nivel.

El mayor avance en la educación benefició especialmente a los hombres, al lograr el 2002 una estructura de su distribución por años de estudio muy similar a las mujeres....” (INE 2002:78)

Además existe una estrecha correlación entre la distribución del ingreso y la distribución de la educación que se expresa en que a mayor escolaridad es mayor el nivel de ingresos percibidos. Las personas que provienen de hogares de escasos recursos y tienen en promedio menos de ocho años de escolaridad, en general, no superan la condición de operario u obrero con ingresos insuficientes para asegurar el bienestar familiar.

5. Situación de Salud

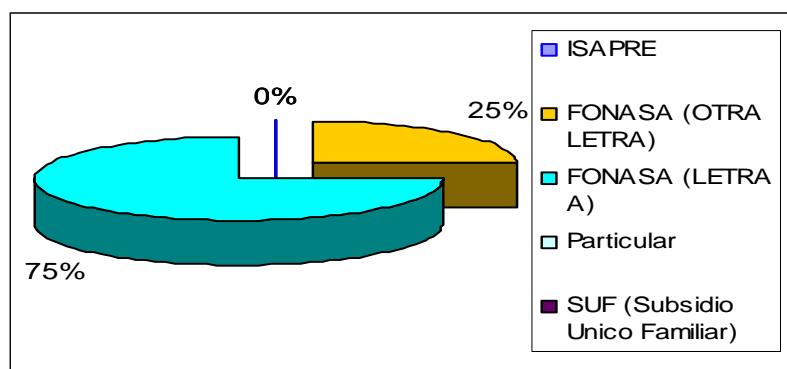
Mujeres y hombres enfrentan distintos problemas de salud, no solo por sus diferencias biológicas sino por las presiones a las que están expuestos en su vida cotidiana, así como las oportunidades y recursos que tienen para encararlas.

El 75% de las personas que sufren Depresión concurren a los Consultorios de Atención Primaria y el 30% de las personas consultantes en el nivel primario de atención sufre de cuadros depresivos. Observemos que sucede en esta área con el grupo en estudio:

5.1 Sistema de salud

GRÁFICO N°19

**SISTEMA DE SALUD QUE PERTENECEN
MUJERES PROGRAMA DE DEPRESIÓN CONSULTORIO LA GRANJA
COMUNA DE LA GRANJA R.M CHILE 2005**



Fuente: Investigación Directa

Según lo que podemos observar en el gráfico N° 19, las personas del sexo femenino contenidas en este estudio, pertenecen a FONASA A (reemplaza a la antigua Tarjeta Calificadora). Las personas que se encuentran en esta clasificación, no poseen trabajo, por lo tanto no son cotizantes de sistemas de salud y previsión, situación que genera estados de total indefensión al momento

de enfermarse, pues no cuenta con un sistema de protección total de salud al que pueda recurrir sin verse en la obligatoriedad de tener que pagar, por ser atendido.

En este mismo plano de la salud y de la previsión social, las mujeres experimentan mayores dificultades para acceder a los sistemas vigentes. Las mujeres en edad fértil deben pagar cotizaciones más altas en las ISAPRES además, por los costos de posibles embarazos. En los sistemas de previsión, la informalidad y los bajos salarios disminuyen la posibilidad de estas, de una capitalización individual suficientemente para una pensión digna, lo que se acentúa más ahora, pues la esperanza de vida es aún mayor en las mujeres.

En los centros de salud primarios, existe una mayor conciencia de la importancia de la salud reproductiva de las mujeres, en cuanto a la atención de los embarazos y los partos para disminuir los riesgos para la madre y dar a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos y deseados. Los servicios son responsables de proveer la información y asegurar el acceso de mujeres y hombres a métodos de planificación familiar accesibles, eficaces, seguros y aceptables, de acuerdo a sus opciones.

En cuanto a los varones y su relación con el sistema de salud, se pudo obtener como resultado, que la mitad de los hombres contenidos en este estudio, posee FONASA, de esto deducimos que son exactamente las personas que laboran bajo todas las leyes previsionales. El otro 50% restante denota a las personas que no tienen trabajo estable o están cesantes, por lo tanto hacen uso de FONASA tipo A, llamada antes Tarjeta Calificadora Tipo A y que cumple la función exacta de suplir todas las necesidades de salud a las personas que se encuentran en un momento de necesidad y vulnerabilidad.

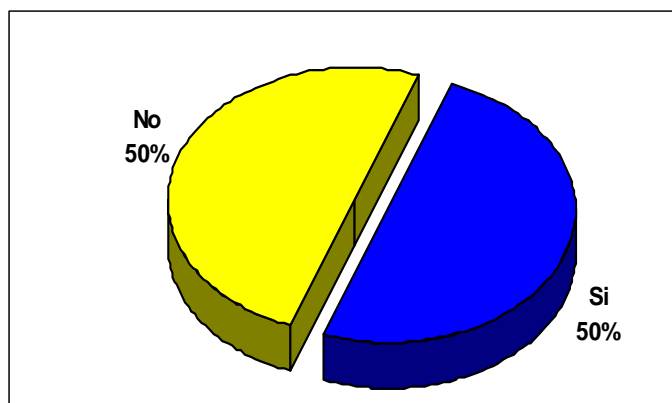
Todos los pacientes entrevistados identifican como único lugar donde recurren por consulta de salud, al consultorio La Granja, piensan que es el lugar

más idóneo para solucionar alguna situación anómala que este alterando su estado de salud y bienestar.

Uno de los factores de riesgo, en los pacientes que sufren de Depresión, es la existencia de familiares con cuadros de trastornos emocionales, pues como se planteo anteriormente, en el marco teórico; cuando hay una historia familiar de la enfermedad, indica que se puede haber heredado una predisposición biológica frente a la Depresión.

5.2 Predisposición hereditaria de la Depresión

GRÁFICO N° 20
PRESENCIA DE FAMILIARES O PARIENTES CERCANOS
QUE SUFREN DE TRASTORNOS DEPRESIVOS
MUJERES PROGRAMA DE DEPRESIÓN CONSULTORIO LA GRANJA
COMUNA DE LA GRANJA R.M CHILE 2005



Fuente: Investigación Directa

Como se observa en el gráfico N° 20, el 50% de las mujeres contenidas en el estudio, tiene un familiar que padeció o padece de este síndrome.

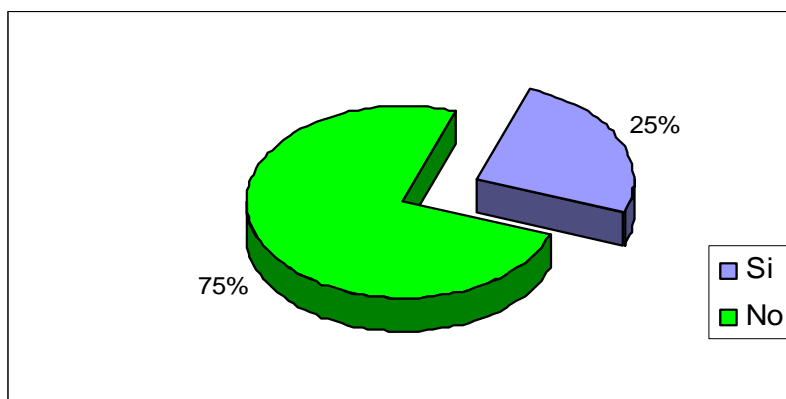
Muchos niños crecen con padres que en determinados momentos, o de forma persistente, sufren algún tipo de depresión. Una proporción importante de estos niños presentarán problemas psíquicos.

Radke-Yarrow (2002), señala la importancia de la gravedad de los síntomas de las madres deprimidas y la disfunción de dichas familias como factores de riesgo de depresión en los hijos, también son importantes los factores de riesgo de tipo genético, pues son los padres quienes no sólo configuran el contexto de aprendizaje vital para relacionarnos con nosotros mismos y con los demás, sino que además nos definen en gran medida biológicamente ya que de cada uno de ellos se recibe la mitad de los genes en cada individuo.

En el caso de los varones con Depresión, como se observa en el gráfico 21, el 25% de los varones declara tener o haber tenido un familiar depresivo.

GRÁFICO N° 21

**PRESENCIA DE FAMILIARES O PARIENTES CERCANOS
QUE SUFREN DE TRASTORNOS DEPRESIVOS
VARONES PROGRAMA DE DEPRESIÓN CONSULTORIO LA GRANJA
COMUNA DE LA GRANJA R.M CHILE 2005**



Fuente: Investigación Directa

La predisposición hereditaria responsable de la Depresión hace que esta enfermedad tenga una cierta presentación familiar. Entre los progenitores, los

hermanos y los hijos de un paciente depresivo suele haber entre el 15 y el 20 por ciento de individuos afectados por la misma enfermedad. Cuando el vínculo de parentesco consanguíneo con el depresivo es menor, así entre los tíos, los primos y los sobrinos, el riesgo de contraer la enfermedad depresiva experimenta un notable descenso.

Uno de los causales de la Depresión hereditaria, se genera por fallas en los neurotransmisores, sustancias químicas que contribuyen a la transmisión de mensajes entre células nerviosas del cerebro; cuando estos no están disponibles en cantidades necesarias, el resultado puede ser una Depresión. Algunas veces, una persona puede experimentar una Depresión sin poder identificar ningún acontecimiento triste o estresante responsable de ello. Las personas con una predisposición genética a la Depresión pueden ser más propensas al desequilibrio en la actividad de los neurotransmisores que forma parte de la Depresión endógena.

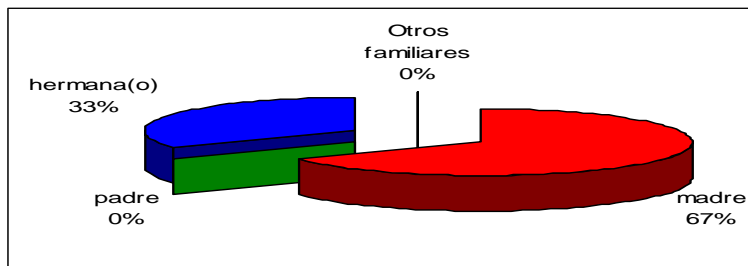
Hay ciertas conductas, modos de pensar, formas de enfrentar la vida, que son aprendidas en el seno familiar que pueden ser factores de riesgo a un evento depresivo. El pensamiento negativo, la pasividad, el desarrollo de una baja autoestima, incompetencia, la dependencia, los odios, los resentimientos, los miedos, las rabias acumuladas, entre otros; son lecturas que se transmiten de progenitores a hijos, rasgos de carácter que actúan en desmedro del desarrollo como ser social que necesita el individuo para superar los obstáculos que se le presenten. Es un desamparo aprendido a través de los modos de socialización familiar.

En el gráfico N° 22, señala que las mujeres contenidas en este estudio, que declararon tener un familiar con Depresión, el 67% de ellas indica a su progenitora como la que padece esta enfermedad dentro del núcleo familiar de origen. Otro 33% identifica a una hermana mayor.

GRÁFICO N° 22

FAMILIAR QUE SUFRE DE TRASTORNOS DEPRESIVOS MUJERES PROGRAMA DE DEPRESIÓN, CONSULTORIO LA GRANJA COMUNA DE LA GRANJA R.M CHILE 2005

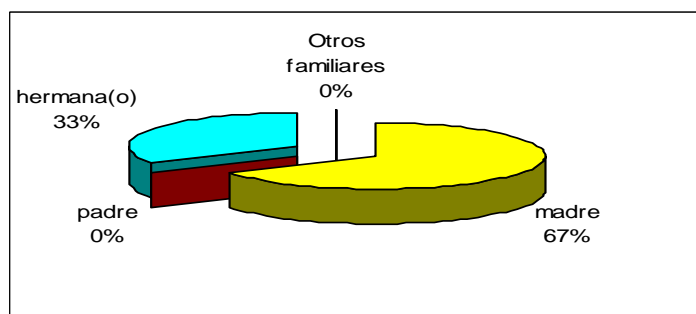
Fuente: Investigación Directa



Esta situación no difiere en el caso de los varones, pues el gráfico 23, indica los mismos datos de historia familiar de la enfermedad, señalando a los mismos lazos de parentesco consanguíneos, como las personas que sufren o sufrieron cuadros depresivos. Un 67% indica a su progenitora como la persona que sufre de trastornos depresivos y un 33% indica a su hermana.

GRÁFICO N° 23

FAMILIAR QUE SUFRE DE TRASTORNOS DEPRESIVOS VARONES PROGRAMA DE DEPRESIÓN, CONSULTORIO LA GRANJA COMUNA DE LA GRANJA R.M CHILE 2005



Fuente: Investigación Directa

Es importante destacar que en ambos casos, tanto hombres como mujeres, nombraron a personas del sexo femenino, como quienes padecen de la

enfermedad en la historia familiar. Situación que debe verse favorecida, por la incidencia de los trastornos depresivos en las mujeres, pues en todos los países en que se han realizado estudios estadísticos, las cifras revelan uniformemente que las mujeres padecen el doble de Depresión que los hombres.

“.....Mientras que aproximadamente una de cada cinco mujeres sufre de Depresión mayor en su vida, en el caso de los hombres la proporción se reduce a uno de cada diez...”(DIO BLEICHMAR, 1999:12)

Uno de los factores que pueden incidir en la predisposición de las mujeres a tener Depresión, son las circunstancias biológicas propias de cada mujer, en este sentido, los trastornos premenstruales, las fluctuaciones en el estado de ánimo durante el puerperio pueden variar desde "bajas" pasajeras del estado de ánimo que ocurren inmediatamente después del parto, hasta episodios de depresión grave que se transforman en depresiones severas, discapacitantes y psicóticas.

El embarazo (si es deseado) raramente es un factor contribuyente a la depresión, y el aborto no parece aumentar la incidencia de la depresión. Las mujeres que tienen problemas de infertilidad pueden experimentar extrema ansiedad o tristeza, pero no se ha determinado si esto contribuye al aumento de la incidencia de la depresión. Además, la etapa de ser madre puede ser una de alto riesgo para la depresión por el estrés y las exigencias que conlleva. Otra situación desfavorable es la menopausia, en general, no representa un aumento en el riesgo de la depresión. De hecho, hay estudios que han demostrado que la depresión durante la menopausia, aunque anteriormente se consideró como un trastorno específico, no es diferente a la de otras edades. Las mujeres más propensas a sufrir de depresión durante esta etapa son aquellas con un historial de episodios depresivos previos.

Otro factor puede ser la multiplicidad de roles, de demandas y expectativas a las cuales se somete la mujer en su vida diaria. Por estas razones no es extraño

que los pacientes señalen a una persona del sexo femenino, como pariente depresivo en su entorno familiar.

Sin embargo es importante comentar que el varón es más reacio a admitir o demostrar que tiene Depresión, por lo tanto, es menos frecuente que busque ayuda o hable del tema. Esta circunstancia hace que el diagnóstico de la enfermedad sea más difícil y menos frecuente que el de la mujer. Sin embargo, la tasa de suicidio en el hombre es cuatro veces más alta comparada con el sexo femenino, cerca de un 85%, el método más común es ahorcarse y el grupo etáreo más afectado es el de los adultos entre 22 y 44 años. Estas son las cifras sobre suicidios que entregó el director del Servicio Médico Legal (SML), Oscar Vargas en entrevista para el Diario La Segunda publicada el 18 de febrero de 2006. Además agregó que le preocupan las cifras de los años 2000 hasta el 2004, donde en Santiago de 460 personas que se suicidaron durante el 2002 se subió a 514 en el 2004. A nivel nacional, ese mismo año se llegó a 1.500 el número de suicidios.

5.3 En relación al consumo de drogas y/o alcohol en los pacientes depresivos.

En el caso de las mujeres, sólo 2 pacientes de 12 entrevistadas declaran tener problemas con el alcohol específicamente. El efecto directo de esta drogodependencia en el sistema nervioso son la depresión, como resultado de la disminución de la actividad, la ansiedad, tensión e inhibiciones. Incluso un pequeño nivel de alcohol dentro del cuerpo enlentece las reacciones. La concentración y el juicio empiezan a empeorar. En cantidades excesivas, el alcohol produce una intoxicación y envenenamiento. Se manifiesta por diversos factores personales, sociales y ambientales que estableciendo condiciones inducen a las personas a introducirse en la experiencia del consumo excesivo y/o permanente de la ingesta de alcohol y /o drogas, distorsionando sus proyectos de vida, generando una progresiva desvalorización de sí mismos y por lo tanto, del mundo que los rodea, produciendo casi como efecto lineal una actitud social

pasiva y una escasa comprensión de las alternativas que tienen como seres humanos para seguir desarrollándose. El uso de una sustancia provoca, fomenta o perpetúa algún tipo de sicopatología. El consumo de alcohol de manera continua y prolongada es causa de cuadros depresivos mayores, esto conlleva a aislamiento y soledad, disminución de la autoestima por el abuso de alcohol, entre otros cambios físicos y orgánicos.

En el caso de los varones con Depresión y su relación con las Drogas y/o alcohol, las cifras registran relaciones incidentes; seis de los ocho pacientes entrevistados asumen tener problemas de adicción con las drogas y/o el alcohol; 4 de ellos señalaron ser adictos a las drogas y 2 de ellos reconocieron tener problemas con el alcohol. Todo este ambiente de adicción actúa como factor de riesgo evidente en la Depresión en hombres de 20-40 años.

De estos resultados, se evidencia que los patrones culturales de nuestra sociedad, exigen al varón una serie de mandatos culturales, de los cuales no es fácil escapar, no deben mostrar emociones, no deben ser inseguros, deben ser directos y si se requiere agresivos para exponer sus puntos de vista, deben ser capaces de suplir todas las necesidades económicas en una familia, una cantidad de “debeismos” que si no los cumplen, les origina sentimientos de frustración y aislamiento social.

Otro punto es la situación de vida familiar que arrastran desde su niñez, el consumo de drogas y alcohol, tiene directa relación con el clima familiar en el que se mueve un individuo para configurar su personalidad, sus actitudes, su autoconcepto y su forma de interrelacionarse con el medio social y cultural en el que esta inmerso.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Ser hombre o mujer, no es una postura enteramente biológica o natural, es también construida a través de un complejo proceso en el que intervienen normas y valores que cambian según la sociedad en que estemos insertos. Además esta misma construcción de lo femenino y masculino esta condicionada a la mirada personal que cada individuo tiene respecto de la realidad que vive, desde lo que ha aprendido de otras personas y desde sus temores y expectativas personales.

Es así como se plantean en las pautas culturales de género, mientras la mujer tiene una mirada condicionada de esposa, trabajadora, dueña de casa, que además incluye la crianza y cuidado de los/as hijos/as y la atención de los problemas de salud del grupo familiar, entre otros. Los varones fijan su condicionamiento a ser económicamente activos, jefes de hogar, fuertes si se requiere “agresivo”, seguro, dominante, demandantes, etc.

Esta investigación permitió caracterizar al paciente depresivo joven-adulto del consultorio La Granja y las diferencias que subsisten entre hombres y mujeres que sufren de trastornos depresivos. En este sentido, la manera o forma que tienen los diferentes géneros de sentir, vivir y expresar la enfermedad en algunos aspectos de muy distinta manera y en otras con similares reclamos ante la sociedad y sus modelos tradicionales.

Es necesario para efectos de este estudio, situarse en las necesidades por edades que tienen las personas entrevistadas, es importante recordar que por lo general las personas entre 20-40 años, son adultas-jóvenes, con mayor capacidad física a la inserción activa en el mundo laboral, y generalmente a la formación y consolidación proyectos de realización de pareja, primero, y de una familia, después. El logro central de esta etapa es la capacidad de intimidad con el otro, y el riesgo de aislamiento. La capacidad de amor heterosexual, explorada en la

adolescencia, se concreta y estabiliza a través de la vida sexual activa de la pareja, y de su reproducción a través de los hijos. El hacerse de una situación económica y laboral estable, ocupa parte importante de los intereses y del tiempo de uno o ambos miembros de la pareja. Es bueno también destacar que la transición entre el período de adulto joven y maduro crea una fase transicional, que ha adquirido últimamente tanta atención como la crisis de la adolescencia. En esta crisis de la edad media de la vida se revisan las elecciones previas, tanto en la actividad laboral como de pareja, y estilo de vida familiar. El desenlace de esta revisión puede ser una reafirmación de las elecciones previas, o un emprendimiento de búsqueda de nuevas opciones vocacionales o interpersonales.

Otro punto que afecta directamente a mujeres y hombres es la situación socioeconómica en que esta inserto el paciente depresivo, por lo que en el siguiente extracto se observan diferencias sustanciales de cómo afecta a los distintos géneros.

Situación Socioeconómica

Los hogares, para los fines de este análisis socioeconómico, se definen como una organización social cuyo propósito específico es la realización de actividades ligadas al mantenimiento cotidiano y generacional de la población. Las personas al unirse, tener hijos y trabajar para mantener al grupo familiar entran en una relación de reproducción, producción y consumo.

En relación a las características de las mujeres y hombres entre 20-40 años que tienen Depresión, logramos identificar su situación social y económica. En las mujeres en relación de los varones, se puede concluir, que las primeras reflejan más problemas económicos, siendo causa de una situación precaria de satisfacción de necesidades. La situación educacional y laboral de estas mujeres es determinante en la inestabilidad económica que se encuentran, estas variables

se cruzan en todo el estudio, transformándose en factores de riesgo importantes al momento de sufrir trastornos depresivos.

El estado civil de las mujeres también influye en sus estados depresivos, en este estudio el mayor porcentaje de mujeres depresivas se ubicó en las casadas legalmente, de esto podemos deducir que estas pacientes, sienten más el peso de los modelos tradicionales de la mujer, pues “son señoras casadas”, por lo tanto, al contraer el vínculo matrimonial “los debeismos” como: cuidar a su esposo, cuidar a los hijos, cuidar la salud de los suyos, atender a las personas mayores a su cargo (familiares de su esposo y/o de ellas), atender la casa, ser sostenedoras de la relación afectiva y familiar. Lo que Grela y López (1998) llama “*la Maternalización de los roles*” :

“La mujer ha sido educada en el servicio de los demás. Brindar todo tipo de afecto, atención, el ser comprensivas y maternales, tiene como uno de los efectos que este opera y se extiende a todos los vínculos” (Ibid:38)

Cuando esta mujer, siente “ganas de no hacerlo” o “no les gusta”, por lo tanto requiere esfuerzos adicionales, sobrevienen sentimientos de culpabilidad, afectando su confirmación, valoración, posicionamiento en la sociedad; sufriendo desequilibrios que comprometen su identidad, lo central del concepto de sí misma, su autoimagen de mujer, madre, esposa e hija.

En el caso de los varones, más de la mitad de ellos declaró estar casado legalmente. En este sentido también en ellos recaen, todos los “debeismos” tradicionales de super hombre que le impone los modelos tradicionales; si no los cumple su imagen se desvaloriza, pues pierde poder, autonomía y posición dentro de su propia escala de valores. Durante la recolección de información del estudio se hizo explícito el continuo reclamo que los hombres tienen respecto de lo que la sociedad espera de su género, de la influencia que el medio ejerce sobre ellos y como éste afecta hasta en su relación diaria con su entorno inmediato, su familia. Logrando que el paciente varón trate de “evadir” los problemas, aislándose y/o

consumiendo drogas y/o alcohol, constituyéndose como factor de riesgo para la Depresión.

Relacionando la depresión con el número de hijos a cargo. En el caso de la mujer; este es un factor de riesgo latente, pues el esmerado cuidado de los otros se plantea en estos casos en oposición a su propio autocuidado, generando en ellas, sentimientos de tristeza encauzando cuadros depresivos al verse imposibilitada de realizar actividades que favorezcan su crecimiento personal.

En el caso de los varones; Si bien las personas del sexo masculino contenidas en este estudio, tienen hijos, ninguno de ellos tiene la función de otorgarles cuidados y atención. Nuestra cultura le exige a ellos suplir todas las necesidades económicamente hablando que puede tener una familia, ser trabajadores, tener éxito y reconocimiento laboral.

La situación habitacional, también va en desmedro de la calidad de vida de las personas, por lo tanto, constituye un factor de riesgo en la aparición de la Depresión; las mujeres contenidas en la investigación, viven de allegadas, con su pareja e hijos, situación que revela la inestabilidad con que viven. De esto podemos deducir que el espacio en las viviendas es deficiente, influyendo en la dinámica familiar y en la falta de privacidad de sus miembros. Esto se genera a raíz de que la mayoría de las familias, a las que pertenecían las pacientes contenidas en este estudio, en vez de vivir la natural partida de los hijos y ver disminuir el número de miembros, incorporan a nuevos integrantes, pues estos al no tener los medios económicos o no ser capaces de vivir en forma independiente, conviven con parientes que lo acogen. Las familias “nucleares” al recibir a estos “allegados”, se convierten, en familias extensas, donde habitan en un mismo techo varias generaciones. En estos casos, las relaciones se tornan difíciles, empiezan los problemas de hacinamiento, por lo tanto, las oportunidades de intimidad son deficientes, lo que genera tensión entre los miembros de la familia, desencadenando situaciones de estrés que en su continuidad producen sistemas

familiares enfermos, volcando toda esta frustración en cada uno de los miembros de la parentela.

El caso de los varones es distinto, ellos declararon poseer una vivienda más estable, respecto de la tenencia, algunos viven en casas de sucesión hereditaria, otros arriendan, lo que denota algún grado de estabilidad.

En cuanto a la situación laboral, podemos destacar que en este punto si se plantean diferencias sustanciales. Las mujeres trabajadoras contenidas en este estudio, no poseen una ocupación formal, por lo tanto son trabajadores independientes, que no detentan un contrato de trabajo, por lo tanto están fuera del sistema previsional, es decir, no tienen asegurada su pensión a futuro. Esta situación puede estar dada por las transformaciones productivas y de los procesos de producción y, en general, las modificaciones que se han dado en la economía en los últimos años, pues estas muestran como tendencia central la flexibilización de las relaciones laborales con el surgimiento de la jornada parcial, jornada completa flexible, teletrabajo, trabajos fuera de espacios físicos clásicos laborales y de alta concentración de mujeres, trabajo a domicilio, etc. Estas nuevas situaciones han generado en las autoridades gubernamentales una creciente preocupación por la calidad del empleo, puesto que los puestos de trabajos que han surgido en las últimas décadas presentan, crecientemente, características de inestabilidad, ausencia de protección social, así como ingresos variables y también bajos. Según Valenzuela, M.E. y Reinecke, G., (2000), estos procesos de cambio afectan de manera diferente a los diversos grupos de trabajadores, generando un impacto desigual en hombres y mujeres. En el caso de las mujeres, la ocupación ha experimentado tasas con un ritmo de crecimiento del empleo mayor que para los hombres, pero los nuevos trabajos presentan niveles de precariedad más altos, menor protección social, menores niveles de ingreso, entre otros.

En relación a los hombres insertos en el estudio, estos se caracterizan por tener una relación formal y de dependencia en su mayoría, lo que señala la

presencia de contratos, asegurándoles una pensión a futuro y tener atención de salud tanto él como su grupo familiar.

Es importante destacar que en el grupo de mujeres depresivas, la mayoría de estas manifestó que su trabajo era esporádico, sin permanencia en el tiempo, con una alta rotación. Sin embargo el total de varones entrevistados que se encontraba económicamente activo aseguró que el empleo que poseían a la fecha era permanente y que el tipo de contrato que tenían era indefinido. Esta situación refleja que la participación laboral femenina discontinua es la característica central de los trabajos remunerados femeninos, pues su alta rotación las perjudica a la hora de gozar de los derechos laborales, específicamente los derechos sociales, ya que estos se hacen efectivos en el tiempo y requieren, por tanto, de una permanencia en la ocupación más continuada. Estas constataciones dan pie para poner atención a las razones por las cuales las mujeres difieren en su comportamiento laboral de los hombres, cuánto está explicado o relacionado con su trabajo no remunerado y cómo las nuevas formas de empleo con flexibilidad de jornada, de lugar de trabajo, de temporada y, por supuesto, de ingresos, pueden aparecer ya sea como “convenientes” o diseñadas para ellas, o como formas de aumentar su carga de trabajo total peligrando su salud física y generando trastornos depresivos.

Otra diferencia que se genera en ambos sexos, es lo relacionado con la actividad actual, si bien la mitad de los hombres contenidos en el estudio declaran ser trabajadores, la otra mitad de ellos afirma ser cesante; En cambio una mayoría importante de las mujeres denota poca valoración a la actividad de dueña de casa, declara, no trabajar y solo ser “dueña de casa”, otorgándole poca valorización al trabajo no remunerado; En este sentido se denota un cierto desconocimiento de que el trabajo en la casa, representa un recurso socioeconómico básico para la economía de cualquier país, pues bien realiza tareas como administradora en la unidad básica de la sociedad, educadoras de las generaciones en la etapa de crecimiento, responsable de la mantención de los servicios básicos del hogar

(planchado, lavado, preparación de alimentos, etc.). Personas expertas en temas laborales y económicos consideran que si este trabajo fuera remunerado, tendría un costo altísimo para la sociedad, pues requiere conocimientos especializados y muy variados.

En cuanto al ingreso familiar, las mujeres y hombres declararon en su mayoría poseer un ingreso en el rango de 101.000-200.000, situación que genera que las necesidades básicas estén precariamente satisfechas, generando estados de angustia y frustración en las personas que sufren Depresión, pues estos que en su mayoría pertenecen al subsistema conyugal, son los que dan respuesta a estas deficiencias, afectando el estado emocional y relacional entre sus miembros, lo que genera estrés familiar, desencadenándose, en muchas ocasiones, mecanismos de evasión de resolución de conflictos, dejando el problema latente, originando rabia y angustia en el sistema familiar. Sin embargo esta situación de precariedad, parece afectar más a los hombres que mujeres entrevistados, si bien algunas de las mujeres manifestaron su malestar por “no poder dar más a sus hijos”, esta constante se repetía más en el sexo masculino. Situación que demuestra la frustración que siente el varón al no poder tener ingresos más altos que suplan todos los requerimientos familiares. También se debe tener en cuenta el rango etáreo en el que se realizó la investigación (20-40 años) edades donde se potencian más la necesidad de las personas en “tener, poseer, comprar, conquistar, suplir”. Esta situación está estrechamente ligada a los constantes juegos del mercado por conquistar a compradores del rango económico AC3, ofreciendo un sin fin de posibilidades de créditos bancarios, tarjetas de créditos para dueñas de casa, avisos de tiendas comerciales ofreciendo productos pagados en forma diferida pero con intereses altísimos, entre otros; continuos bombardeos para este conjunto de personas que al desear poseer cosas materiales, después cae en una suerte de frustración y desesperanza al percatarse que no puede adquirir, porque no puede pagar.

En cuanto al nivel educacional de los pacientes contenidos en el estudio, todos saben leer y escribir, situación que se ha revertido de tiempos pasados, pues el proceso de expansión y cobertura de la educación en las últimas décadas han llevado prácticamente a erradicar el analfabetismo. Según el Censo de la población 2002, 481 mil personas de 15 años y más no sabían leer ni escribir, de las cuales el 52% eran mujeres.

Las mujeres depresivas entrevistadas, poseen un nivel educacional entre media incompleta y básica completa. Esto hace referencia a una carencia educativa, que va en desmedro de la mirada personal que tienen ellas de su propia existencia, con esto no quiere decir, que las mujeres exitosas no se depriman, sino más bien a medida que el ser humano conoce el mundo, tiene más recursos para salir adelante en cualquier dificultad, flexibiliza la mirada y se posiciona mejor en el mundo, acto que favorece la propia autoimagen y concepto de si mismos.

Los varones en este estudio, poseen un mejor nivel educacional, sus estudios varían de básica completa hasta superior incompleta, situación que va en favor de su propia construcción de imagen. Sin embargo y como veremos más adelante en el análisis de la variable autoimagen, si bien están mejor preparados para enfrentar el campo laboral, a la falta de este se deprimen, pues no es suficiente para lograr el tan anhelado trabajo y superar la depresión, también los factores familiares, influyen en la posición del varón en la sociedad y los hace sentirse seguros e inseguros en determinados momentos.

Se debe destacar los rangos preexistentes en el nivel educacional de los entrevistados. Este panorama equidistante en ambos sexos, actúa como factor perjudicial en el sexo femenino, pues al momento de constituirse en pareja el hombre y la mujer, esta última, posterga o deja definitivamente sus estudios en beneficio de su familia; dándose así la variante que el varón si prosigue su educación formal, adecuando sus espacios de tiempo entre sus labores

económicas y continuidad de estudios. Esta situación se da muy a menudo cuando se forman sistemas conyugales que esperan hijos, donde la mujer debe asumir los cuidados propios de la maternidad, trabajo hogareño y en caso de que exista, también el trabajo fuera del hogar.

En cuanto a la situación de salud, de las personas entrevistadas, se puede concluir que todas ellas asisten al consultorio ante algún problema de salud y como usuarios activos denotan gran familiarización con el centro de salud.

Otro aspecto central respecto de las causas de la depresión, y que actúa como factor de riesgo en las familias, es la presencia de algún familiar con depresión, a esto según Dio Bleichmar (op. cit), le llama factores de riesgo hereditarios, los que son gatillados por una falla en los neurotransmisores tendencia heredable de una generación a otra. De la investigación podemos destacar que si bien las personas con depresión declararon tener familiares con trastornos emocionales, este no representa un factor predominante en la situación depresiva de los pacientes, pues estos se encuentran con medicación que cumple la función de regular la información enviada a nuestro cerebro, por lo tanto, superar su estado, si es que este es causado por genes hereditarios.

Otro aspecto investigado en este estudio, es la incidencia de la Drogas y/o alcohol en los trastornos depresivos, en este sentido se puede concluir que los varones presentan problemas de adicción más frecuentemente que las mujeres con Depresión, esto sé contracta directamente con algunos teóricos como Dio Bleichmar (op cit), Barroso (op.cit), que identifican a este trastorno como Depresión encubierta o enmascarada. Donde el consumo de drogas y/o alcohol es frecuente en varones que desean evadirse de situaciones que generan stress o sentimientos de tristeza por problemas pasados que se pueden arrastrar desde sus familias de origen.

Esto también hace referencia a datos manejados respecto de la incidencia de la depresión en mujeres más que en hombres. Según Dio Bleichmar (op.cit), una de cada 5 mujeres sufre de Depresión mayor en su vida, en el caso de los hombres esta proporción se reduce de uno cada 10, de esto podemos deducir que las mujeres, siempre están más dispuestas a pedir ayuda, cuando sienten que algo anda mal en su existencia. Sin embargo y a esto es lo que deseaba llegar con estas formulaciones, es que en el caso del hombre no es que se deprima menos que la mujer sino que el hombre es tratado por alcoholismo, por su adicción a las drogas, menos por la causa real de su ingesta y/o consumo, su problema de Depresión.

A los hombres no sólo les resulta difícil reconocer que padecen de depresión sino que, además, tienden menos a buscar ayuda. Es vital que el hombre deprimido acepte y entienda que la depresión no es síntoma de debilidad, sino que es una enfermedad real que requiere tratamiento, siendo el apoyo familiar esencial para su recuperación.

En el caso de las mujeres depresivas, sólo una de las entrevistadas, manifestó tener problemas con la ingesta de alcohol. De esto podemos concluir, que la mujer tiende menos que el varón a disfrazar sus sentimientos de tristeza, en este sentido podemos evidenciar que los varones con Depresión para encubrir sus estados emocionales “débiles”, son más propensos a consumir drogas y/o alcohol, reaccionan con irritabilidad o ira, mientras que las mujeres lo hacen con sentimientos de desesperanza, de tristeza o quejas que encierran su situación de malestar.

DINÁMICA FAMILIAR

Realmente en este punto no es bueno o prudente hablar de familias enfermas o disfuncionales, sino de familias en las cuales el crecimiento esta momentáneamente paralizado. Según Barroso (op.cit), las ciencias del

comportamiento, han dado un viraje importante, al afirmar que la enfermedad es una metáfora, la expresión de un sistema atascado, que la persona deprimida por situaciones familiares es la experiencia de la totalidad de su familia y el síntoma es un reclamo de lo que debería ser, un aliado de crecimiento. Desde esta perspectiva sistémica, es más fácil darse cuenta que con un trabajo integral de la familia, ésta puede recuperarse y así mismo como la persona con depresión, salir fortalecida.

En todas las familias hay problemas. Es verdad que unos más grandes, otros más pequeños. Un sistema familiar efectivo, está organizado para vivir y sentir bienestar. Uno inefectivo, se las ingenia para buscar su equilibrio mediante problemas y conflictos. Es una forma paradójica de interaccionar y sobrevivir, pero que proporciona ganancias. Los problemas generan interrelaciones, que a su vez vinculan y contactan a unos con otros, dentro del sistema. El problema los mantiene unidos, las soluciones los separa. Para un ordenamiento de las conclusiones con respecto a la variable de la dinámica familiar se empezará hablando respecto de las funciones de los miembros en las familias de los pacientes depresivos, inmediatamente después concluiremos sobre las relaciones familiares que se dan desde la mirada del paciente depresivo, sintetizando el tipo de relación que se genera en su entorno familiar, los límites, comunicación, finalizando con la resolución de conflictos.

En torno a las funciones que cumplen las familias de los pacientes depresivos, en este ítem se vislumbró la sobrecarga de trabajo que tienen las mujeres en el cumplimiento de las funciones de la familia, en este sentido, como se explicó en el análisis de los resultados se destacan dos funciones de la familia; la socializadora y la de protección psicosocial. En este sentido el estudio dejó en claro que la mayoría de las mujeres entrevistadas, admitieron que se encargan de suplir en su familia, casi todas las necesidades de sus miembros, situación que para ellas se torna agobiante y preocupante. Ya que esto mismo encierra una constante queja que es recitada con frases llenas de desesperanza, por la relación

de dependencia que ellas mismas reconocen que han creado en su entorno familiar. Además siempre reconocen siempre al varón como el “jefe del hogar”, aunque ellas sean las que llevan el único sustento económico o el mayor a cuantificación se refiere.

Los varones, en cuanto a las funciones de la familia, comentan que la encargada de cuidar, enseñar, proteger, entregar amor, realizar el quehacer doméstico; son sus parejas o identifican a alguna persona del sexo femenino. Ellos solo se identifican con la parte de la función económica y la de control social respondiendo directamente a los modelos culturales que hablan de un hombre con funciones “solo” de proveedor familiar y controlador. Enseñanza cultural que actúa como factor de riesgo en los varones que no son capaces por diversas razones de suplir todas las necesidades económicas familiares o que sencillamente no son los que llevan la mayor parte del sustento a su familia, además de que no gozan del respeto familiar, sobretodo el de sus hijos.

En el hogar de las mujeres contenidas en el estudio, los límites son difusos poco claros, no definidos e incluso en algunos casos, estaríamos hablando de familias desligadas; donde no existen horarios para comer, para reunirse a la mesa a conversar, cada quien se arregla con su vida, lo que da cierto margen de libertad. Sin embargo la queja constante de la paciente, es que cada uno busca su propio beneficio, pero sin aportar de su tiempo, espacio en ayuda a los demás y menos con manifestaciones de preocupación hacia ella. Bajo este contexto, las personas deprimidas no se atreven a hacer reclamos ni exigencias, tratan de evitar las confrontaciones directas, pues todo lo que pueda alterar el clima familiar, puede ir en desmedro de la unidad del clan. Esta lucha constante de mantener una buena convivencia familiar, delegada desde los patriarcados familiares, encierra una disposición aprehendida, desde que eran niñas. Lo que desde luego lleva una sanción social, cualquier emancipación a raíz de sus propios intereses se convierte en un suplicio constante para la persona deprimida, en su mayoría las pacientes manifestaron sentirse responsables de la vida familiar, pues no quieren

que sus hijos “vivan lo que ellas vivieron” refiriéndose directamente a sus familias de origen, por lo tanto, prefieren sacrificarse, hacerlo todo ellas y no delegar responsabilidades en otros miembros del clan familiar.

Los varones deprimidos, por lo general no están tan preocupados de los límites familiares, pues “las responsabilidades del cuidado de otros, educación de otros” es labor de la mujer. Por esto no manifiestan intranquilidad respecto de los límites y autonomía de los miembros del núcleo familiar.

Comunicación familiar

Cuando nos comunicamos no solo entregamos información, además entregamos la representación de nuestro mundo. Dentro de este proceso de comunicarnos, el lenguaje nos permite conocer a otros, trabajar, pensar e incluso amar.

En esa comunicación las personas con depresión revelan tener una buena relación con sus parejas, tanto en hombres como mujeres; sin embargo declaran que esto les costó muchos procesos de crecimiento en el subsistema conyugal, pues al principio de la convivencia marital, algunas mujeres declararon, haber sido víctimas de agresiones físicas y psicológicas por parte de sus maridos, situación que recuerdan con mucho dolor, y que les producen sentimientos de rencor y apatía por sus parejas. Estas agresiones disminuyeron a medida que los hijos fueron creciendo; en este sentido se debe destacar la parentalización de los hijos, los que entran en los subsistemas conyugales a ocupar espacios que solo deben tener los esposos y a ser protagonistas de discusiones y altercados que solo conciernen a la pareja; esta situación es común que se dé al interior de las familias que tienen a un padre o una madre depresiva, pues estos al verse y sentirse “incapacitados” no se hacen cargo de sus propias vidas, delegando en los hijos deberes y derechos que solo poseen los padres.

En el caso de los varones participes de este estudio, ellos declararon tener parejas muy buenas, las que lo acompañan y cuidan, no señalan situaciones estresantes en el núcleo familiar.

Es importante señalar que ante una enfermedad mental u otra patología, el varón siempre está acompañado, en estos casos no estuvo ausente el protagonismo de una mujer (madre, esposa, polola, abuela) en la recuperación del paciente. En el caso de las mujeres, a pesar de que señalaron en su mayoría haber superado los desencuentros matrimoniales, pocas apuntaron tener apoyo y cuidados de un compañero varón, estas indicaron como protagonistas de su recuperación a sus hijas mayores o a sus madres. Nuevamente se nombra a la mujer como si bien no la única, la más comprometida y responsable en el entorno familiar de los cuidados y vigilia de la salud familiar. Por este papel protagónico que juega la mujer en la salud de la familia es que ha sido siempre elegida por los sistemas de salud convirtiéndola en su principal interlocutora. Sin embargo es bueno destacar los nuevos tiempos de igualdad que se aproximan, con la promulgación de leyes donde también se reconocen los derechos y deberes que tienen los varones, en el cuidado de sus hijos y acompañamiento en esta tarea a la mujer.

En el subsistema fraternal, las personas contenidas en este estudio, señalan que sus hijos se entretienen, se apoyan, se pelean, negocian entre sí; no manifiestan preocupación frente a la relación que mantienen sus hijos. De este modo también se expresan del subsistema parental, declaran no tener problemas con sus hijos. Sin embargo podemos denotar que este subsistema va cambiando con el tiempo, en la medida que los niños crecen y pueden asumir mayor responsabilidad por sí mismos.

El paciente depresivo, por lo general, tiende a poseer una imagen deteriorada de sí mismos, este tipo de sensación, percepción tiende a tener sus raíces en el entorno familiar y afecta en forma distinta a hombres y mujeres.

AUTOIMAGEN

La imagen de si mismo o autoimagen, esta presente en toda acción emprendida por el ser humano. Aunque no siempre sé esta consciente de ello. Un ejemplo clásico e interpretativo en este estudio, es la imagen que se refleja cuando se mira en el espejo, si se visualiza un rostro bonito o agradable para la persona. Se puede asegurar que se proyectará una mejor imagen donde se vaya, pero sí por el contrario no agrada esa imagen, será un aliciente para que esta persona se sienta fea, torpe y con pocas habilidades sociales en el interactuar con otras personas, entre otros.

La imagen varía según los momentos y circunstancias en las cuales se encuentran las personas. En este sentido se puede apreciar que la imagen que se proyecta es muy compleja y que contiene diversas formas de manifestarse.

En el caso de las mujeres en general, más aún de las deprimidas; los sentimientos que ellas poseen por sus seres queridos, influyen en la imagen de sí misma; el amor en las relaciones interpersonales contribuye a su estabilidad afectiva, lo que incide directamente en la imagen que poseen, reforzada a su vez con sensaciones de confianza y seguridad o inseguridad.

Con estos antecedentes previos, en este estudio, quedó demostrado, que las mujeres depresivas, en la edad del adulto joven, son aniquiladoras con su imagen física, en su mayoría destacaron su inconformismo corporal, derivado de su exceso de peso, subrayan categóricamente, que no le gustan nada de su cuerpo y consideran unánimemente, que si eventualmente pudieran someterse a una cirugía, cambiarían su exceso de grasa ubicada en el estómago. Se quejan de dolores musculares, de falta de energías; sintomatología propia de las personas con depresión, por la tensión constante que se encuentra su cuerpo.

En este sentido a los varones en edad adulto joven, son menos críticos al momento de definirse corporalmente, se encuentran con suficientes atributos físicos para salir adelante y superar su estado depresivo, piensan que en ellos esta más permitido tener “guatita” y que un poco de arreglo (aseo personal, corte de pelo) mejora su imagen frente al espejo.

Esto apoya fuertemente la idea que la imagen del cuidado del cuerpo y la imagen que se proyecta de este, esta condicionada socialmente más para la mujer que para el varón. El medio social, en el cual nos movemos, entrega una mirada de cómo debe ser el cuerpo, señalando modelos, a los cuales se debe imitar y una imagen ideal que se confunde con la propia imagen de cada persona. La cultura en que estamos insertos, da más importancia al aspecto físico de la mujer, fuente inspiradora de los grandes poetas y cantautores de tiempos pasados, presentes y futuros.

También y como se mencionó en el análisis de resultados, nuestra cultura aún no le permite al hombre, mostrar debilidad, respecto de su condición depresiva y al responder la pregunta, se sienten invadidos en su intimidad y sobrecogidos, a lo que ponen barreras automáticas y elevan sus rasgos machistas, hasta el punto de hacerse los desentendidos, frente a su imagen corporal.

No hay que desconocer los nuevos tiempos que se avecinan, respecto de las exigencias físicas que plantea la sociedad para el varón. Sin embargo mientras esto no este totalmente instaurado socialmente, siempre la belleza será sinónimo de mujer.

Sin embargo la imagen de sí mismos o autopercepción, puede ampliarse y cambiar por el solo hecho de que las personas se miren desde otras perspectivas nuevas, que valoricen o destaquen aspectos que no se han valorizado o examinado previamente. También pueden haber cambios positivos si se quiere

transformar los deseos y expectativas en realidades concretas, es decir, tomando conciencia de lo que se quiere tiene raíces, ya sea en las cualidades personales o en las demandas del entorno.

En cuanto a la percepción de la mirada externa, esta en el caso de las mujeres esta íntimamente ligada a la percepción que tienen de ellas mismas, todo esta condicionado con el mundo que las rodea, la familia, pareja e hijos condicionan su imagen hasta tal punto de ser la autodefinición física y psicológica que ellas mismas tienen.

En relación de los varones, estos no fueron capaces de definir lo que los otros piensan de ellos mismos. Esto apoya fuertemente lo que se ha estado hablando respecto de la definición cultural que tiene la imagen de hombre y mujer y el grado de importancia que se le da en los diferentes sexos.

Autopercepción psicológica

En el aspecto de autopercepción psicológica, es importante concluir, que las mujeres se definen cariñosas, tranquilas, pasivas, hogareñas, atributos que señalan como definición de su personalidad. El aspecto negativo que resaltan es la agresividad con que reaccionan en determinados momentos, las expresiones de rabia, señalándolas como una situación anormal y que no debería ser bajo ningún punto de vista.

Los varones, también señalan atributos de relaciones cariñosas y personalidades tranquilas, pero agresivos, a tal punto de sentir culpabilidad por no poder controlar sus impulsos en determinados momentos. Si bien no hay un evidente protagonismo de violencia física, si vislumbra que hay violencia psicológica hacia sus familiares más cercanos.

De estos aspectos habla Dio Bleichmar (op.cit), cuando señala que los estereotipos de la feminidad y masculinidad, conducen a un estado depresivo. Pues los rasgos que describen el modelo de feminidad más generalizado, son los siguientes: sensibilidad, complacencia, dulzura, pasividad, obediencia, necesidad de contacto afectivo, entre otros. Las mujeres que cumplen mejor los roles tradicionales que implican una marcada feminidad en su definición de personalidad, están más predispuestas a sufrir trastornos depresivos, y al parecer por los sentimientos de culpabilidad que denotan al tener emociones de agresividad, ira y reclamo, sienten que incurren en errores que la cultura no les permite, pues son mujeres y deben tener rasgos propios de la personalidad de una “dama”.

En el caso de los varones, a ellos les afecta los estereotipos de masculinidad, en este sentido, de ellos se esperan rasgos que tipifican el comportamiento de un hombre, de los que se pueden nombrar: asertividad, agresividad, capacidad para tomar riesgo y tomar decisiones, competencia, autonomía, entre otros. Si bien estos rasgos están lejos de definir la personalidad de una persona depresiva, el no poseer o sentir que se no se cuentan con estas características psicológicas, induce a sentimientos de incompetencia en los varones y de marginación en la comparación con el otro de su mismo sexo. Con esto se puede concluir que lo que predispone a la mujer y el varón a la depresión es su propio rol. Es esta Feminidad y Masculinidad misma, tal como esta concebida en nuestra cultura y que se transmite de generación en generación siendo reproducida en los hogares chilenos.

Otro aspecto que es importante destacar en esta parte del estudio, es la diferenciación que existe en las mujeres al confrontar ciertas etapas de su vida. Para las mujeres de 20-30 años, sus necesidades de éxito, capacidad de obtener recursos económicos, financieros, amor., son primordiales, no se detienen a pensar o relacionar hechos o vivencias concretas de su niñez, las entristece, las deprime su situación de postergación por el bien familiar. Las entrevistadas que

oscilaban en ese rango etéreo, decían sentir pena o les molestaba vivir la etapa que están vivenciando, pues sus ansias de salir al mundo a buscar el propio éxito, estaban postergadas por situaciones más bien familiares (hijos pequeños, cuidado de personas mayores, entre otros) que les imposibilitaba estudiar, trabajar o sentir autonomía propia para decidir que lo que ellas quieren hacer. Se encuentran en la lucha de lo que su familia u otros esperan de ellas y lo que ellas quieren para su vida actual o futura.

Sin embargo, las mujeres que están más avanzadas en su edad adulta, cuestionan hechos de su existencia infantil y/o juvenil. Situaciones traumáticas que vivenciaron en un momento de sus vidas y que no han sido superadas. Estos sucesos, convertidos en recuerdos retornan con mayor fuerza y poder, cuando ya no existe tanta dependencia de algunos miembros de su familia, como lo son los hijos (edad de adolescencia, más autónomos) y se generan espacios de búsqueda, análisis y/o introspección en su interior y de su vida. Cuando las comparaciones arrojan resultados positivos con su vida actual, los sentimientos de tristeza son menos agudos, sin embargo cuando esta comparación tienen sucesos además de infelicidad matrimonial, violencia, postergación, sentimientos de abandono, desencadenan sentimientos de tristeza profundos, generando estados depresivos que si no son tratados a tiempo pueden tornarse peligrosos. Con esta conclusión no se quiere decir que una persona que ha sufrido hechos traumáticos en su vida, pueda superar el suceso con tener una vida plena en la actualidad, esto depende mucho entre otros, de los factores protectores que la persona haya desarrollado en su vida, cuanto le cueste superar el suceso traumático, por lo tanto, siempre es bueno buscar la ayuda de un especialista. Sin embargo es importante destacar la diferenciación de pensamientos y de necesidades que evidenciaron las participantes de este estudio.

En el caso de los varones, todos evidenciaron preocupación por el factor económico, la falta de trabajo, la inseguridad financiera, los posiciona según ellos

en un lugar incomodo ante la familia, sienten que pierden poder, autonomía, respeto y confianza en lo que pueden lograr.

Es importante entender que la depresión no es causa y efecto, es una suma de historias negativas de la vida, y se declara en momentos de vulnerabilidad de la persona, su desencadenante puede ser cualquier situación anormal que se sufra, pero la verdadera causa de padecimiento puede estar arraigada en situaciones padecidas que no han tenido maduración o su debida confrontación.

Para concluir, es importante evidenciar, varias situaciones; una de ellas es que no es que el hombre se deprima menos que la mujer, sino más bien, es más reacio a admitir que sufre de un estado depresivo. Esta circunstancia hace que el diagnóstico de depresión sea más difícil y menos frecuente que el de la mujer. La mayoría de las personas que se quitan la vida son hombres (cerca de un 85%), el método más común es ahorcarse y el grupo etario más afectado es el de los adultos entre 22 y 44 años. Estas son las cifras sobre suicidios que entregó el director del Servicio Médico Legal (SML), Oscar Vargas en entrevista para el Diario La Segunda publicada el 18 de febrero de 2006. Además agregó que le preocupan las cifras de los años 2000 hasta el 2004, donde en Santiago de 460 personas que se suicidaron durante el 2002 se subió a 514 en el 2004. A nivel nacional, ese mismo año se llegó a 1.500 el número de suicidios. En esta misma entrevista Vargas explica que entre las causas que llevan a los chilenos a quitarse la vida, están los problemas familiares, laborales, económicos, todos estos factores sociales que desencadenan depresión.

Es importante un diagnóstico temprano de la depresión, esto evita sufrimientos innecesarios en el paciente, costos económicos y sociales en el entorno familiar y a nivel de país asegura una mejor calidad de vida para la población chilena.

HALLAZGOS DE LA INVESTIGACIÓN

Existen variaciones normales del estado de ánimo, pues los sentimientos transitorios de tristeza, desesperanza o desilusión son normales y comunes en la vida de las personas. Sin embargo cuando estos estados emocionales persisten durante un tiempo determinado, empiezan a afectar nuestra vida diaria, en nuestro pensamiento, en la actividad psicomotora, se hace acompañar de sensaciones corporales, síntomas viscerales, entre otros, es porque estamos ante un cuadro depresivo que es importante tratar. No prestarle atención puede ser detonante de un cuadro mayor que pueden generar personales, familiares y a nivel de sociedad altísimos.

Al caracterizar el perfil del paciente depresivo del Consultorio La Granja, se evidenciaron las siguientes características socioeconómicas.

En el caso de las mujeres:

- ✓ Las mujeres legalmente casadas, constituyeron un alto porcentaje entre las pacientes depresivas. Antecedente Biográfico que como se comentó anteriormente, presenta mayor cantidad de personas depresivas.
- ✓ Otro antecedente, es que la mayoría de las mujeres depresivas, posee hijos y un alto porcentaje de ellas posee más de tres hijos. Situación que se indica como factor de riesgo a caer en un trastorno depresivo, por todo lo que involucra el cuidado y atención de otros, transformándose muchas veces en oposición al autocuidado femenino.
- ✓ La mayoría de las mujeres no posee vivienda propia, por lo tanto vive en calidad de allegadas.

- ✓ Una alta cifra de mujeres labora como dueña de casa, situación que predispone a un aislamiento social, factor predisponentes a un trastorno depresivo.
- ✓ Sólo dos de las 12 mujeres que constituyeron el estudio, declaran trabajar, sin embargo ninguna de ellas, cumple labores dependientes, sino más bien independientes, no formales, por lo que no perciben ningún beneficio de las leyes sociales.
- ✓ El nivel de ingreso familiar, se encuentra en el rango del sueldo mínimo, situación que revela necesidades económicas insatisfechas.
- ✓ Persiste baja escolaridad entre las mujeres entrevistadas
- ✓ Más de la mitad de las pacientes, declara tener o haber tenido un miembro familiar depresivo, el total de estas pacientes señala a una mujer como el familiar enfermo y más de la mitad de las pacientes declara que ese familiar es o fue su progenitora.

En el caso de los hombres, se puede denotar lo siguiente:

- ✓ La mayoría de los hombres depresivos está legalmente casado.
- ✓ Un alto porcentaje de varones, declara tener hijos y más de la mitad de ellos declara tener dos hijos.
- ✓ La mayoría de los hombres deprimidos pertenece a una familia biparental, por lo tanto habitan en una casa propia o de sucesión hereditaria.

- ✓ Más de la mitad de los pacientes, declara tener o haber tenido un miembro familiar depresivo, el total de estas pacientes señala a una mujer como el familiar enfermo y más de la mitad de los pacientes declara que ese familiar es o fué su progenitora.

Al realizar el análisis de la automiagen de las personas entrevistadas, es importante considerar, la situación de desgano y tristeza en que se encuentran estos pacientes, por esto, uno de los descuidos de fácil observación es su parte externa, aumento o baja de peso, aspectos de embellecimiento, y arreglo personal; además y quizás lo más importante les produce dificultades para gozar de la vida y de disfrutar de la quietud y el descanso. Por lo general, el paciente depresivo tiene una pobre opinión de sí mismo, falta de confianza en sus recursos de acción y de opinión, lo que comúnmente se entiende como inseguridad o debilidad, entonces están creadas las bases de los factores de riesgo de una Depresión. Unido a esto se encuentran las personas que vivieron experiencias traumáticas en su niñez, pacientes que se caracterizan por tener una personalidad retraída, inseguros, en fin una gama de emociones que afectan su vida.

Otro punto que se trató, estuvo referido a las dolencias corporales de los pacientes, tanto hombres como mujeres, se quejaron de dolores localizados en el cuello, espalda, hombros, extremidades inferiores, entre otros. Estas dolencias son comunes en las personas con depresión, pues constituyen la alarma que envía el cuerpo avisando de las anomalías que esta generando en el sistema humano la constante tensión a la que es sometido. En este sentido, es bueno comentar, que existen personas que consultan por estas dolencias, visitando todas las especialidades médicas, esto desde luego genera gastos de dinero (en medicinas, exámenes, tratamientos, entre otros), de tiempo, de energía. Sin poder tener un diagnóstico preciso que le solucione la raíz del problema, su trastorno depresivo. Este tipo de Depresión Encubierta es de muy difícil diagnóstico para los equipos de la salud.

Los modelos tradicionales de feminidad y masculinidad, también afectan al paciente deprimido; si bien en algunos casos, estos pueden ser gatillantes del estado depresivo, en otros es causa que dificulta la mejoría del paciente. En este tema se observan diferencias en los puntos de vista de hombres y mujeres y entre las mujeres, pues si bien para unas el deber ser impuesto por la cultura no es punto controversial en su relación con el medio; las pacientes más jóvenes, manifiestan un continuo reclamo y desacuerdos respecto del papel que tienen que cumplir socialmente. En este sentido la gran mayoría de los varones, asumen su rol en la sociedad, sin embargo otorgan valor a su existencia, en la medida que cumplan la función económica en el ámbito familiar o según sus logros materiales, de acuerdo a la obra que realicen, éxitos laborales o de que posean de algún instrumento que les otorgue poder. Si esto no está presente en su vida la tendencia a la Depresión es inminente. Es común ver en las noticias suicidios por esta causa, protagonizados por los varones.

Otro tema desencadenante de un trastorno depresivo, son los sentimientos de culpa, pena, rabia, inutilidad e incapacidad, acciones de agresividad, que presentan los pacientes. En muchas ocasiones, los sentimientos de tristeza y desánimo no son los más relevantes; el mal humor, la irritabilidad, la agresividad constituyen la regla y contribuyen a dar matices de una Depresión declarada. En este tema también reaparecen los modelos tradicionales, pues la mujer ha recibido una sistemática y vigorosa prohibición de la expresión de los sentimientos de rabia. Es más aceptado socialmente que un varón exprese abierta y directamente su rabia, lo peor que le puede pasar como sanción social que se le tema o se le rechace, pero en ningún caso se le desprecia o se pone en evidencia su salud mental, como sucede en el caso de la mujer.

Para terminar, se intenta puntualizar, ciertos aspectos evidenciados en la investigación, que demuestra como un trastorno depresivo afecta a hombres y mujeres de distinta manera, como se explicó anteriormente, esto se debe a razones culturales, biológicas, psicológicas y comportamiento social.

Cuando los varones sufren de Depresión tienden a:

- ☞ Sentirse enojados sobretodo con su entorno familiar.
- ☞ Volverse hóstiles y/o agresivos, creando conflictos a su alrededor.
- ☞ Usan alcohol, drogas, ven más televisión, lo que la mayoría de las veces encubre un trastorno depresivo.
- ☞ Están constantemente demandando respeto de los otros y externalizan la culpa.
- ☞ Se sienten avergonzados de sí mismos.
- ☞ Se frustran cuando sus capacidades no son reconocidas por otros.
- ☞ Son más impulsivos.
- ☞ Tienen mayor tendencia a despreciar todo lo psicológico, pues lo ven débil y femenino.
- ☞ Consideran que expresiones de dolor, angustia o desesperación no son conductas propias de su género. Les cuesta expresar emociones, niegan sus sentimientos.
- ☞ Luchan contra la Depresión, buscan refugio en el trabajo o en otro tipo de actividades que involucren atención y evasión, por lo tanto, el hombre pide ayuda cuando no puede más con su estado emocional.
- ☞ Al varón le cuesta verbalizar lo que siente, sus debilidades y sus dudas.
- ☞ El varón tiene terror a fallar.

En la mujer, la Depresión se manifiesta de la siguiente forma:

- ☞ Las mujeres se guardan todo en su interior, pues son las responsables directas de la armonía en el hogar.
- ☞ Por lo general se culpan a ellas mismas de lo que sucede alrededor sobretodo en lo que se refiere a la índole familiar.
- ☞ Son más miedosas y ansiosas.
- ☞ Ellas se sienten tristes y apáticas.

- ☞ Tratan de evitar problemas.
- ☞ Tratan de ser más agradables y estar siempre dispuestas.
- ☞ La mujer deprimida por lo general, no se defiende cuando se siente herida.
- ☞ La mujer siente que nació para errar en las cosas, menos en los quehaceres cotidianos que implica el hogar.
- ☞ Son más nerviosas.
- ☞ Las mujeres expresan mejor sus debilidades y dudas.
- ☞ Las mujeres creen que sus problemas podrían ser solucionados solamente si pudiesen ser mejores esposas, madres, amigas, etc.

Para no tener personas dañadas, se les debe proporcionar un medio que no les cause perjuicio físico ni psicológico. Los esfuerzos del gobierno en esta área son evidentes, existen proyectos a nivel gubernamental y comunal que la comunidad organizada puede postular para herosear el entorno donde reside con implementación de plazas, luminarias, entre otros, proyectos que apuntan a la participación social con la implementación de todo tipo de talleres destinado para las distintas edades e intereses. Existe preocupación por la salud mental de la población que se refleja en la implementación del Programa de Salud Mental que empezó a funcionar en el año 2001 en los Consultorios de Atención Primaria, con un equipo multidisciplinario que lo constituyen Asistentes Sociales, Psicólogos, Técnicos sociales, Médicos, entre otros. Además este año en el mes de Julio ingresó al Plan Auge la Depresión, situación que permitirá fortalecer y extender la atención a las personas con estados depresivos. Son evidentes los esfuerzos, ahora la tarea es estimular y promover la existencia y el trabajo de las redes, como componente esencial y complementario de los tratamientos y abordaje de la Depresión.

APORTE DESDE EL TRABAJO SOCIAL

Ya se sabe que la Depresión es la enfermedad neuropsiquiátrica más frecuente en la población chilena y a partir del 2025 se convertirá en la segunda causa de muerte a nivel mundial, después de los cuadros cardiovasculares y sobre el cáncer. Además no es una enfermedad de causa-efecto, por el contrario es la suma de sucesos e historias negativas a lo largo de la vida de las personas, en este sentido, se puede afirmar que aparece en momentos de vulnerabilidad y que si no es tratada a tiempo, puede tornarse un problema. Sin embargo la Organización Mundial de la Salud (OMS), afirma que si la enfermedad es guiada adecuadamente permite la recuperación del 80% de los pacientes en un corto plazo.

La Depresión, afecta a todos los segmentos socioeconómicos, aunque algunos autores afirman que las personas de bajos ingresos son los más propensos a sufrir estados depresivos; comentan que las personas que perciben mayores entradas económicas, por lo general, tienen mayor acceso a mejor educación, redes de apoyo, sistemas de salud, trabajo, etc. Sin embargo todas estas garantías, no los deja inmune a vivir situaciones de maltrato en familias de origen y/o actuales, violencia psicológica, abandono total o parcial sobretodo en la época de la infancia, adicción a las drogas y/o alcohol, al juego, entre otros.

Con estos datos planteados, es importante mencionar que los temas de salud mental tienen un tremendo trasfondo social, por lo tanto el quehacer profesional en el área de salud mental, es imprescindible. Es cierto que los Trabajadores Sociales desempeñan muchos roles pero el énfasis, el contexto, las tareas y el foco puede ser diferente.

Por ejemplo en el trabajo que realiza con las personas y las familias, se destaca la labor que desempeña como Consejero o Terapeuta, pues ayudan a los

individuos, parejas, y familias a mejorar su bienestar psicológico y social. (Rothman, 1998). Esta acción refleja lo esencial del Trabajo Social: la responsabilidad que la gente tiene frente de los otros, además de esta forma se enfatiza el crecimiento y las capacidades de la responsabilidad colectiva para contribuir a la superación de un estado Depresivo.

Es esencial que este profesional del área social promueva la reconciliación propia de los pacientes con sus propias capacidades o que promueva en ellos el reconocimiento de nuevas habilidades, con el fin de generar su propia autosanación, en este sentido, también se puede afirmar que son facilitadores, ya que el papel estimulador es importante para obtener cambios en el individuo. Otra situación que es válida mencionar, es la incidencia que tienen los cuadros depresivos en las ideas de suicidio y hechos consumados de este. En referencia de esto, se debe argumentar que no hay un consenso entre los autores que hablan de la relación entre cuadro depresivo con el suicidio propiamente tal. Una corriente no desconoce que las personas depresivas tengan ideas suicidas, sin embargo, afirman que estas no son lo suficientemente poderosas para consumarlas, en cambio otros autores argumentan que al investigar una muerte por suicidio, en la mayoría de los casos, se descubre que la persona sufría de un trastorno depresivo. En referencia de esto, en debates de opinión multidisciplinarios e investigaciones a priori, se ha llegado a consensos de parte de equipos multidisciplinarios, que las personas con ideas suicidas, y que están en tratamiento psicológico, nunca han consumado la idea, después de hablar con un Trabajador Social, esto da luces de la importancia del quehacer profesional en el fortalecimiento y/o empoderamiento de las personas.

Lo mencionado anteriormente, deja en claro que este profesional, también cumple roles de educador y coordinador, pues da la información necesaria para que una persona pueda reforzar o eliminar ciertas conductas en pro de su beneficio personal, familiar y comunitario. Además relaciona a las personas con los recursos disponibles con el objeto de que manejen información para que

puedan tener acceso a los beneficios que están a su disposición. Realiza también un trabajo práctico para ayudar a la gente a resolver conflictos y negociar para llegar a un acuerdo, es decir, hace las bases de mediador.

La intervención del trabajador social en el trabajo de grupos, es fundamental para la rehabilitación de los pacientes, aunque a algunos les cueste desnudar sus sentimientos frente a otros, la modalidad grupal de atención por la que ha optado el sistema público permite atender a una mayor cantidad de personas, crearles un entorno social e intervenir fuertemente en los ajustes económicos que requiere la intervención para el estado.

A nivel Macro Social, en el campo de la salud mental, también es necesaria la práctica comunitaria del Trabajador Social, trabaja en la superación de la pobreza y de otras formas de opresión y las condiciones que no se mejoran sin un cambio social. La práctica en la comunidad es una manera importante para impulsar un cambio sobre todo al nivel local. En este sentido es un catalizador para los miembros de una comunidad para ayudarles con el objeto de fortalecer la comunidad, así como estimular y movilizar sus propios esfuerzos y el desarrollo del liderazgo local, previniendo así situaciones que puedan desencadenar estados depresivos.

Como podemos ver, Trabajo Social requiere conocimiento sobre el comportamiento humano y social, el contexto político-social, las relaciones entre las personas y el medioambiente, y métodos de ayudar. La clasificación antes mencionada ilustra el alcance de las habilidades en Trabajo Social y lo extenso de su aplicación en el área de salud mental. Esta es la riqueza de la base de conocimiento que traen los trabajadores sociales cuando empiezan a desarrollar nuevo conocimiento específico para el análisis e implementación de políticas sociales.

En el campo de la salud pública hay mucho por hacer, avanzar, crear, promulgar en el área de la salud mental, sobretodo en el combate de los estados depresivos, que categóricamente se puede afirmar que para disminuir las tasas porcentuales de esta enfermedad, se deben realizar trabajos de prevención en todas las áreas de acción social. Pues es necesario prevenir y asegurar un mejor bienestar a cada niño y niña de nuestro país, mejorar el acceso y la calidad de educación disminuyendo las diferencias que subsisten entre los colegios municipalizados y los particulares pagados, esta marcada diferencia se refleja en los resultados de la prueba Simce 2005, que denota que no se ha disminuido la brecha en la calidad de la educación, además se debe prevenir y asegurar justicia en los casos de violencia intrafamiliar que ocupan las crónicas rojas de los medios de comunicación, apoyar y reforzar la labor que tienen los trabajadores sociales en el ámbito de prevención de drogas y/o alcohol, apoyar todas las iniciativas que tienen que ver con la generación de empleos dignos que promulgue el estado y/o particulares, además se debe valorizar el trabajo de la mujer en el ámbito doméstico y fuera del hogar recibiendo salarios justos para el nivel de perfeccionamiento según el cargo. En este sentido y aunando esfuerzos y criterios de trabajo, se incidirá fuertemente en las tasas de Depresión a futuro y todos los costos sociales, sufrimiento de las personas, costos económicos para el estado, disminuirán, asegurando una mejor calidad de vida a nivel de país.

Volviendo al tema de las políticas públicas, si bien el sistema de salud público contempla el tratamiento médico, social, psicológico y psiquiátrico en la atención primaria, es decir en los consultorios y hospitales cuando se trata de casos de mayor gravedad, en la práctica no cuentan con los profesionales suficientes para cubrir todas las demandas de la población. Asimismo, dentro de la medicina, aún no se logra insertar plenamente la idea de que la salud mental es tan importante como la física.

Sin embargo se espera que toda esta situación se modifique con la inclusión del tratamiento de la Depresión en el Plan Auge, el que comienza a

funcionar a partir del 01 de Julio de este año (2006). Con una mayor incorporación de tratamientos para enfermedades de carácter mental, la reforma a la salud busca, además de solucionar un problema que se hace cada vez más urgente, otorgar una visión más integral del bienestar de las y los pacientes en los equipos médicos, esto se refiere, a que muchas de las consultas médicas la verdadera causa de las dolencias físicas tienen que ver con factores somáticos, es decir, psíquicos. Una mirada que de a poco debe ir integrándose en la medicina nacional para que todas seamos más felices.

BIBLIOGRAFÍA

- Barroso, Manuel (1995): ***“La experiencia de ser familia”***
Editorial Pomaire, Caracas, segunda edición
- Beck. A. Otros (1995) ***“Terapia Cognitiva de los trastornos de la Personalidad”***
Barcelona-España. Ed. Paidós Ibérica
- Breton, Sue ***“La Depresión”***
México, ED. Planeta
- Calderón, N. Guillermo. (1998). ***“Depresión, sufrimiento y liberación”.***
México, ED. EDAMEX.
- Comunicación Familiar, Revista Teleduc (1995) ***“Los roles en la Sociedad”***
Cap. 5 Pontificia U. Católica de Chile
- Desarrollo Personal, Revista Teleduc (1995) ***“Imagen de mi misma”.***
Cap. 3. Pontificia U. Católica
- Dio Bleichmar, Emilce (1999): ***“La Depresión en la mujer”***,
Madrid, Temas de Hoy.
- Fredén, L. (1996) ***“Aspectos Psicosociales de la depresión”***
México. Fondo de la Cultura Económica S.A. de C.V
- Gasto, C. (1993) ***“Depresiones Crónicas”***
España, Ed. Limusa

- Grela, C. Lopez A (1998) **“Salud y género”**.
Talleres Educativos Manual para Equipos de Salud. Ed. IMM-FNUAP Montevideo.
- Jacobson, E. (1971). **“Depresión, estudios comparativos de condiciones normales, neuróticos y psicópatas.”**
Buenos Aires, Ed. Amorrourtu.
- James, A. (1981). **“Depresión y existencia humana”**
México D.F. Ed. Trillas.
- Kaplan H, Sadock B (1998): **“Tratado de Psiquiatría”**,
VI. Sexta edición, Vol. 2, Cap. 16. Buenos Aires: Inter-Médica.
- Lehmann, C.; Morán, P.;Hingston M.,(1988): **“Rehaciendo Nuestras Conexiones”**.
Programa de Salud Mental Popular para Mujeres. Abril Impresora. Santiago de Chile
- Márquez, Ramón. (1990) **“Tratamiento natural de la Depresión”**
Buenos Aires, Ed. Paidos.
- Minoletti, A (1999) **“Las enfermedades mentales en Chile: Magnitud y Consecuencias”**.
Unidad de Salud Mental, DISAP, Ministerio de Salud
- Minuchin, Salvador (1979): **“Familia y Terapia familiar”**,
Ed. Gedisa S.A. Barcelona, España.

- Miranda; Pablo (n/d) ***“Metodología de Intervención familiar i”***
Santiago de Chile, Universidad Academia de Humanismo Cristiano, Apuntes docentes
- Organización Mundial de la Salud (2001) ***Informe sobre la salud en el mundo: Salud Mental, nuevos conocimientos, nuevas esperanzas***, Paris-Francia.
- Pérez, Gloria. (1998): ***“Investigación Cualitativa: Retos e Interrogantes”;***
Ed. La Muralla, Madrid, España
- Polaino, Lorete. A. (1980) ***“La Depresión”.***
Barcelona España, Ed. Martinez Roca
- Quintero, Angela. (1997) : ***“Trabajo Social y Procesos Familiares”.***
Ed. Lumen; Buenos Aires; Argentina.
- Riskin, Julies (1984) ***“ Metodología del estudio de la interacción familiar”***
Ediciones Nueva Visión. Argentina.
- Rojas Soriano, Raúl; (1998).: ***“Guía para realizar Investigaciones Sociales”;***
Ed. Plaza y Valdés; México.
- Ryle, A. (1990) ***“Terapia analítica cognitiva: activa participación en el cambio”***
Chinchester: wiley

- Sampieri, Roberto (1998): ***“Metodología de la Investigación”***,
Ed. Mc. Graw Hill; México
- Satir, Virginia (1989) ***“Terapias Cognitivas familiares”***
México Ed. Pax México
- Sturgeon, Wina (1987) ***“Depresión Terapias curativas”***
México. Mx Grijalbo
- Trad, V. Paul (1992) ***“Depresión Psíquica”***
España, ed. Doyma
- Valenzuela, M.E. y Reinecke, G., (2000) ***La calidad de empleo: Un enfoque de género. En “¿Más y mejores empleos para las mujeres? La experiencia de los países del Mercosur y Chile”.***
Editores M.E. Valenzuela y G. Reinecke, Oficina Internacional del Trabajo, Diciembre 2000, Santiago, Chile.
- Vega, Jorge; Muñoz, María; George, Myriam; Monreal, Verónica; (2002): ***“La Depresión Detección, Diagnóstico y Tratamiento”***,
Ministerio de Salud, DISAP-DIVAP. Dpto. Modelo de Atención, Unidad de Salud Mental.
- Vega, Jorge; Muñoz, María; George, Myriam; Monreal, Verónica; (2002): ***“Manual de atención Primaria de Intervención grupal para el tratamiento de la Depresión”***
Ministerio de Salud, DISAP-DIVAP. Dpto. Modelo de Atención, Unidad de Salud Mental.

FUENTES ELECTRONICAS

www.sernam.cl

[www.uvmnet.edu.investigaciones](http://www.uvmnet.edu/investigaciones)

www.epes.cl

www.depresion.cl

www.emol.cl

www.ine.cl

www.radio.uchile.cl

www.nimh.nih.gov

www.diarioelcentro.cl

www.puc.cl

ANEXOS

