

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA MEDICA

TESIS DOCTORAL

**ESTUDIO DE LA ESTRUCTURA SEMIOLOGICA CON UNA METODOLOGIA
TETRADIMENSIONAL Y DE LAS SITUACIONES FAMILIARES Y
LABORALES CRONICAS EN LA DEPRESION DE LA MUJER**

AUTORA:

ALICIA PELAYO LARA

DIRECTOR:

PROF. Dr. D.

FRANCISCO ALONSO FERNANDEZ



DEPARTAMENTO DE
PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA MEDICA
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD COMPLUTENSE

**ALFREDO CALCEDO ORDOÑEZ, DIRECTOR DEL
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA MÉDICA DE
LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**

CERTIFICA:

que el trabajo de Tesis Doctoral "**Estudio de la Estructura Semiológica con una Metodología Tetradimensional y de las Situaciones Familiares y Laborales Crónicas en la Depresión de la Mujer**", realizado por D^a Alicia PELAYO LARA bajo la dirección del Prof. Francisco ALONSO-FERNÁNDEZ, reúne los requisitos necesarios para ser presentado y defendido públicamente ante Tribunal y optar al Grado de Doctor.

Lo que firmo en Madrid, a veintiocho de Septiembre de mil novecientos noventa y cuatro.





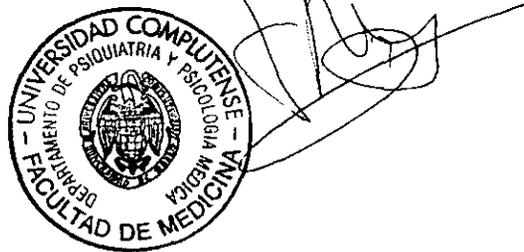
DEPARTAMENTO DE
PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA MEDICA
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD COMPLUTENSE

**FRANCISCO ALONSO-FERNANDEZ, CATEDRÁTICO EMÉRITO
DE PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA MÉDICA DE LA UNIVERSIDAD
COMPLUTENSE DE MADRID**

C E R T I F I C A:

que el trabajo de Tesis Doctoral "**Estudio de la Estructura Semiológica con una Metodología Tetradimensional y de las Situaciones Familiares y Laborales Crónicas en la Depresión de la Mujer**", realizado por D^a Alicia PELAYO LARA bajo mi dirección, reúne los requisitos necesarios para ser presentado y defendido públicamente ante Tribunal y optar al Grado de Doctor.

Lo que firmo en Madrid, a once de Septiembre de mil novecientos noventa y cuatro.



A la memoria de mi padre

A mi madre

AGRADECIMIENTOS

Al Prof. Dr. Francisco Alonso-Fernández agradezco muy especialmente su orientación en todas las fases de este trabajo así como las palabras de ánimo y el apoyo que me ha brindado en todo momento.

A la Prof. Dra. Mercedes Martín del Moral por su ayuda y todas las aportaciones que tanto me han servido y sobre todo por su amistad.

A la Prof. Dra. Vilma Lucía Fonseca Mendoza quiero agradecer todas las sugerencias que me ha hecho para este trabajo y fundamentalmente el apoyo y la amistad que siempre he recibido de ella.

Quiero expresar también mi agradecimiento al Dr. Luis Sánchez Perruca quién estuvo dispuesto a ayudarme en todo momento demostrándome su amistad.

Al Dr. Francisco Camarero Puente por su amabilidad y solidaridad al facilitar la recogida de datos en su consulta.

A mi sobrina Teresa María Puerta Pelayo quiero agradecer el que tan generosamente, como es propio de ella, cuidara de mi hija mientras yo recogía los datos para la elaboración de esta tesis.

También mi más sincero agradecimiento al Dr. Jose Luis Prieto Carrero por el tiempo que empleó en ayudarme y por contar con su amistad.

Así mismo quiero recordar a todas las mujeres que han colaborado hablándonos de su vida y sin las cuales este trabajo no hubiera podido realizarse.

Por último y muy especialmente a mi marido José Moreno Benito por su paciencia y por estar siempre a mi lado dándome su ayuda y su cariño.

I N D I C E

I.INTRODUCCION.....	23
1.1. Motivación personal.....	24
1.2. Concepto de depresión.....	26
1.3. Modelo Tetradimensional de la depresión	
 de Alonso-Fernández.....	29
1.4. Algunos enfoques teóricos de la depresión.....	33
 1.4.1. Modelo Psicodinámico.....	33
 1.4.2. Modelo Cognitivo.....	35
 1.4.3. Modelo del Procesamiento de la información.....	37
1.5. Neuroquímica de la depresión.....	41
 1.5.1. Disfunciones de los Neurotransmisores.....	41
 1.5.2. Marcadores biológicos de la depresión.....	43
1.6. Enfoque psicosocial de la depresión.....	44
 1.6.1. Factores de vulnerabilidad.....	46
 1.6.1.1. Factores de vulnerabilidad: infancia y adolescencia.....	46
 1.6.1.2. Factores de vulnerabilidad: apoyo social y depresión.....	48
 1.6.2. Acontecimientos de la Vida.....	50
 1.6.2. Metodología de la investigación sobre	
 acontecimientos de la vida.....	55
 1.6.3. Situaciones de Estrés crónico.....	57
1.7. Personalidad y depresión.....	63
1.8. Biología y depresión en la mujer.....	63
 1.8.1. Síndrome Premenstrual.....	63

<i>1.8.2. Trastornos psiquiátricos en el puerperio.....</i>	<i>67</i>
<i>1.8.3. Climaterio.....</i>	<i>70</i>
<i>1.9. Identidad de género y roles sexuales.....</i>	<i>74</i>
<i>1.10. Depresión y relaciones de pareja.....</i>	<i>78</i>
<i>1.10.1. Etiopatogenia de la depresión y problemas de pareja.....</i>	<i>78</i>
<i>1.10.2. Evolución de la depresión y relación de pareja.....</i>	<i>81</i>
<i>1.10.3. Sexualidad y depresión.....</i>	<i>82</i>
<i>1.10.4. Situación de malos tratos y depresión.....</i>	<i>83</i>
<i>1.11. División social/sexual del trabajo.....</i>	<i>86</i>
<i>1.12. Síndrome del ama de casa.....</i>	<i>93</i>
<i>1.13. El desempleo: concepto y estadísticas.....</i>	<i>100</i>
<i>1.13.1. Desempleo y salud mental.....</i>	<i>104</i>
<i>1.14. El estrés en el mundo del trabajo.....</i>	<i>107</i>
<i>1.14.1. Estrés y psicopatología.....</i>	<i>110</i>
<i>1.15. Mujer, trabajo y maternidad.....</i>	<i>114</i>
<i>1.15.1. La doble jornada.....</i>	<i>114</i>
<i>1.15.2. Apoyo social a la maternidad.....</i>	<i>118</i>
<i>1.15.3. Maternidad, trabajo y salud mental.....</i>	<i>119</i>
II. OBJETIVOS.....	121
III. MATERIAL Y METODO.....	123
<i>III.1. Muestra.....</i>	<i>124</i>

<i>III.2. Instrumentos.....</i>	<i>125</i>
<i>III.2.1. Cuestionario sociodemográfico.....</i>	<i>125</i>
<i>III.2.2. Cuestionario sobre antecedentes psiquiátricos y personales..</i>	<i>126</i>
<i>III.2.3. Entrevista Semi-estructurada.....</i>	<i>126</i>
<i>III.2.4. Cuestionario Estructural Tetradimensional para la depresión (Cet-De).....</i>	<i>127</i>
<i>III.3. Sistemática de Recogida de Datos.....</i>	<i>129</i>
<i>III.3.1. Criterios de inclusión en las muestras.....</i>	<i>130</i>
<i>III.3.2. Criterios de exclusión en las muestras.....</i>	<i>130</i>
<i>III.4. Análisis Estadístico de los datos.....</i>	<i>132</i>
<i>III.4.1. Estudio sintomatológico.....</i>	<i>132</i>
<i>III.4.2. Estudio comparativo.....</i>	<i>133</i>
<i>III.4.3. Estudio de perfiles.....</i>	<i>134</i>
 <i>IV. RESULTADOS.....</i>	 <i>138</i>
<i>IV.1. Descripción de la casuística.....</i>	<i>139</i>
<i>IV.1.1. Estado civil.....</i>	<i>141</i>
<i>IV.1.2. Edad.....</i>	<i>143</i>
<i>IV.1.3. Grado de educación escolar.....</i>	<i>143</i>
<i>IV.1.4. Profesión.....</i>	<i>146</i>
<i>IV.1.5. Nivel de Ingresos.....</i>	<i>148</i>
<i>IV.1.6. Episodios depresivos.....</i>	<i>150</i>
<i>IV.1.7. Distribución de diagnósticos en la muestra depresiva.....</i>	<i>150</i>

<i>IV.2. Estudio comparativo.....</i>	<i>151</i>
<i>IV.2.1. Estudio comparativo sociodemográfico.....</i>	<i>151</i>
<i>IV.2.1.1. Distribución de los ingresos familiares</i>	
<i>por tipo de muestra.....</i>	<i>152</i>
<i>IV.2.1.2. Distribución por grupos de edad en ambas</i>	
<i>muestras.....</i>	<i>152</i>
<i>IV.2.2. Antecedentes psiquiátricos en familia de origen y</i>	
<i>patología psiquiátrica en el compañero.....</i>	<i>155</i>
<i>IV.2.2.1. Patología psiquiátrica del padre.....</i>	<i>155</i>
<i>IV.2.2.2. Patología psiquiátrica de la madre.....</i>	<i>156</i>
<i>IV.2.2.3. Patología psiquiátrica en familiar de</i>	
<i>primer grado.....</i>	<i>158</i>
<i>IV.2.2.4. Patología psiquiátrica en el compañero.....</i>	<i>160</i>
<i>IV.2.3. Estudio comparativo de las situaciones crónicas familiares....</i>	<i>161</i>
<i>IV.2.3.1. Comparación incluida toda la muestra.....</i>	<i>162</i>
<i>IV.2.3.2. Estudio comparativo de situaciones familiares</i>	
<i>entre mujeres con un primer episodio depresivo</i>	
<i>y controles.....</i>	<i>179</i>
<i>IV.2.4. Estudio comparativo de las situaciones laborales crónicas....</i>	<i>181</i>
<i>IV.2.4.1. Estudio comparativo incluyendo toda la muestra.....</i>	<i>181</i>
<i>IV.2.4.2. Estudio comparativo incluyendo solo depresivas</i>	
<i>que presentan un primer episodio.....</i>	<i>187</i>
<i>IV.3. Estudio de la sintomatología depresiva.....</i>	<i>189</i>

<i>IV.3.1. Test de Kolmogorov-Smirnov.....</i>	<i>189</i>
<i>IV.3.2. Estudio comparativo entre controles y depresivas de los resultados obtenidos en cada ítem del Cet-De.....</i>	<i>192</i>
<i>IV.3.2.1. Dimensión I (Humor depresivo).....</i>	<i>193</i>
<i>IV.3.2.2. Dimensión II (Anergia).....</i>	<i>194</i>
<i>IV.3.2.3. Dimensión III (Discomunicación).....</i>	<i>195</i>
<i>IV.3.2.4. Dimensión IV (Ritmopatía).....</i>	<i>196</i>
<i>IV.3.3. Estudio de la sintomatología depresiva por grupos de edad....</i>	<i>197</i>
<i>IV.3.3.1. Diferencias sintomatológicas por grupos de edad. Dimensión I.....</i>	<i>197</i>
<i>IV.3.3.2. Diferencias sintomatológicas por grupos de edad. Dimensión II.....</i>	<i>201</i>
<i>IV.3.3.3. Diferencias sintomatológicas por grupos de edad. Dimensión III.....</i>	<i>204</i>
<i>IV.3.3.4. Diferencias sintomatológicas por grupos de edad. Dimensión IV.....</i>	<i>208</i>
<i>IV.3.4. Estudio de la sintomatología depresiva según número de episodio depresivo.....</i>	<i>211</i>
<i>IV.3.4.1. Dimensión I.....</i>	<i>211</i>
<i>IV.3.4.2. Dimensión II.....</i>	<i>213</i>
<i>IV.3.4.3. Dimensión III.....</i>	<i>214</i>
<i>IV.3.4.4. Dimensión IV.....</i>	<i>215</i>
<i>IV.3.5. Estudio dimensional.....</i>	<i>216</i>

<i>IV.3.5.1. Estudio dimensional por edad.....</i>	<i>216</i>
<i>IV.3.5.2. Estudio dimensional por episodio depresivo.....</i>	<i>218</i>
<i>IV.3.6. Estudio tipológico.....</i>	<i>220</i>
<i>IV.3.6.1. Estudio de la tipología por edad.....</i>	<i>220</i>
<i>IV.3.6.2. Estudio de la tipología por número de episodio depresivo.....</i>	<i>220</i>
<i>IV.3.7. Estudio del peso dimensional de los items</i>	<i>224</i>
<i>IV.3.7.1. Dimensión I.....</i>	<i>224</i>
<i>IV.3.7.2. Dimensión II.....</i>	<i>226</i>
<i>IV.3.7.3. Dimensión III.....</i>	<i>226</i>
<i>IV.3.7.4. Dimensión IV.....</i>	<i>226</i>
<i>IV.4. Estudio de perfiles.....</i>	<i>230</i>
<i>IV.4.1. Perfiles de mujer depresiva. Estudio de las situaciones familiares y laborales de toda la muestra.....</i>	<i>231</i>
<i>IV.4.1.1. Perfil crónico 1 (P1).....</i>	<i>233</i>
<i>IV.4.1.1.1. Extensión del perfil crónico 1</i>	<i>233</i>
<i>IV.4.1.2. Perfil crónico 2 (P2).....</i>	<i>250</i>
<i>IV.4.1.2.1. Extensión del perfil crónico 2.....</i>	<i>250</i>
<i>IV.4.2. Perfiles de mujer depresiva. Estudio de las situaciones crónicas familiares y laborales en mujeres con un único episodio depresivo.....</i>	<i>254</i>
<i>IV.4.2.1. Perfil situacional crónico 3 (P3).....</i>	<i>256</i>
<i>IV.4.2.1.1. Extensión del perfil crónico 3.....</i>	<i>256</i>

<i>IV.4.2.2. Perfil situacional crónico 4 (P4).....</i>	<i>260</i>
<i> IV.4.2.2.1. Extensión del perfil crónico 4.....</i>	<i>260</i>
<i>IV.4.2.3. Perfil situacional crónico 5 (P5).....</i>	<i>267</i>
<i>IV.4.3. Perfiles de mujer depresiva. Estudio de la situaciones</i>	
<i> laborales crónicas en toda la muestra.....</i>	<i>268</i>
<i> IV.4.3.1. Perfil situacional crónico 6 (P6).....</i>	<i>270</i>
<i> IV.4.3.2. Perfil situacional crónico 7 (P7).....</i>	<i>271</i>
<i> IV.4.3.3. Estudio dimensional en los perfiles crónicos laborales..</i>	<i>271</i>
<i> IV.4.3.4. Estudio tipológico en los perfiles crónicos laborales..</i>	<i>273</i>
<i>V. DISCUSION.....</i>	<i>275</i>
<i>VI. CONCLUSIONES.....</i>	<i>299</i>
<i>VII. BIBLIOGRAFIA.....</i>	<i>303</i>
<i>VIII. ANEXO.....</i>	<i>338</i>

I.- TABLAS

Nº	TITULO	PAG.
1	<i>Denuncias de las mujeres por malos tratos.....</i>	84
2	<i>Tasas de analfabetismo según sexo.....</i>	89
3	<i>Evolución de la población inactiva y de las tasas de inactividad de la población de 16 y más años por sexo.....</i>	101
4	<i>Distribución del estado civil por tipo de muestra.....</i>	141
5	<i>Distribución en ambas muestras de la escolaridad.....</i>	144
6	<i>Distribución de la profesión por tipo de muestra.....</i>	146
7	<i>Distribución de los ingresos mensuales en ambas muestras.....</i>	148
8	<i>Ingresos familiares por tipo de muestra.....</i>	152
9	<i>Distribución por grupos de edad en ambas muestras.....</i>	153
10	<i>Patología psiquiátrica del padre.....</i>	155
11	<i>Patología psiquiátrica en la madre.....</i>	156
12	<i>Patología psiquiátrica en familiares de primer grado.....</i>	158
13	<i>Patología psiquiátrica en la pareja.....</i>	160
14	<i>Disponibilidad de dinero igual a la pareja.....</i>	163
15	<i>Comunicación en la pareja sobre temas no domésticos.....</i>	164
16	<i>Compartir problemas con el compañero.....</i>	164
17	<i>Compartir tareas domésticas con el compañero.....</i>	165
18	<i>Relación de confianza con el compañero.....</i>	166
19	<i>Relación afectiva gratificante con el compañero.....</i>	166
20	<i>Compartir gustos con el compañero.....</i>	167

	PAG.
21 <i>Relación conflictiva con el compañero.....</i>	167
22 <i>Recibir malos tratos del compañero.....</i>	168
23 <i>Compartir la toma de decisiones con el compañero.....</i>	169
24 <i>Presencia de disfunciones sexuales.....</i>	170
25 <i>Grado de satisfacción sexual.....</i>	170
26 <i>Presencia de patología en el compañero.....</i>	171
27 <i>Presencia de familiar enfermo o mayor dependiente de la mujer...</i>	172
28 <i>Presencia de problemas con los hijos.....</i>	173
29 <i>Existencia de ayuda en el cuidado de los hijos.....</i>	173
30 <i>Ayuda por parte del conyuge en el cuidado de los hijos.....</i>	174
31 <i>Motivos para realizar trabajo extradoméstico.....</i>	182
32 <i>Satisfacciones obtenidas del trabajo extradoméstico.....</i>	182
33 <i>Gratificación personal por trabajo extradoméstico.....</i>	183
34 <i>Abandono del trabajo extradoméstico por matrimonio o maternidad.....</i>	183
35 <i>Sobrecarga por trabajo extradoméstico más doméstico.....</i>	184
36 <i>Sentimientos de preocupación por tener que dejar a los hijos.....</i>	185
37 <i>Satisfacciones obtenidas del trabajo extradoméstico (incluyendo solo depresivas en el primer episodio).....</i>	187
38 <i>Resultados del test de Kolmogorov-Smirnov (Dimensión I).....</i>	190
39 <i>Resultados del test de Kolmogorov-Smirnov (Dimensión II).....</i>	191
40 <i>Resultados del test de Kolmogorov-Smirnov (Dimensión III).....</i>	191

	PAG.
41	<i>Resultados del test de Kolmogorov-Smirnov (Dimensión IV).....</i> 192
42	<i>Estudio comparativo. Dimensión I (Humor depresivo).....</i> 193
43	<i>Estudio comparativo. Dimensión II (Anergia).....</i> 194
44	<i>Estudio comparativo. Dimensión III (Discomunicación).....</i> 195
45	<i>Estudio comparativo. Dimensión IV (Ritmopatía).....</i> 196
46	<i>Estudio sintomatológico por grupos de edad. Dimensión I.....</i> 198
47	<i>Diferencias sintomatológicas por grupos de edad.....</i> 199 <i>Item " Se siente triste "</i>
48	<i>Diferencias sintomatológicas por grupos de edad</i> <i>Item " Nota falta de placer o de alegría ".....</i> 200
49	<i>Diferencias sintomatológicas por grupos de edad</i> <i>Item " Cree que no vale la pena vivir o tiene deseos de morir".....</i> 200
50	<i>Estudio sintomatológico por grupos de edad. Dimensión II.....</i> 202
51	<i>Diferencias sintomatológicas por grupos de edad.....</i> 203 <i>Item " Se siente aburrido o desinteresado por todo "</i>
52	<i>Diferencias sintomatológicas por grupos de edad</i> <i>Item " Ha disminuido su actividad habitual ".....</i> 203
53	<i>Diferencias sintomatológicas por grupos de edad</i> <i>Item " Tiene sequedad de boca ".....</i> 204
54	<i>Estudio sintomatológico por grupos de edad. Dimensión III.....</i> 205
55	<i>Diferencias sintomatológicas por grupos de edad.</i> <i>Item " Se siente solo o alejado de los demás ".....</i> 206
56	<i>Diferencias sintomatológicas por grupos de edad.</i> <i>Item " Se siente enfadado o molesto ".....</i> 206
57	<i>Diferencias sintomatológicas por grupos de edad.</i> <i>Item " Se siente receloso o desconfiado ".....</i> 207

	PAG.
58 <i>Diferencias sintomatológicas por grupos de edad. Item " Ve menos la TV o escucha menos la radio "</i>	207
59 <i>Diferencias sintomatológicas por grupos de edad. Item " Nota algo extraño o cambiado en el ambiente "</i>	208
60 <i>Estudio sintomatológico por grupos de edad. Dimensión IV</i>	209
61 <i>Diferencias sintomatológicas por grupos de edad</i> <i>item " Esta más activo por las noches que por el día "</i>	210
62 <i>Diferencias sintomatológicas por grupos de edad. item " Ha dejado de tener planes para el futuro "</i>	210
63 <i>Estudio sintomatológico por número de episodio depresivo. Dimensión I</i>	212
64 <i>Estudio sintomatológico por número de episodio depresivo. Dimensión II</i>	213
65 <i>Estudio sintomatológico por número de episodio depresivo. Dimensión III</i>	214
66 <i>Estudio sintomatológico por número de episodio depresivo. Dimensión IV</i>	215
67 <i>Puntuación medio dimensional por edad</i>	216
68 <i>Puntuación media dimensional por episodio depresivo</i>	218
69 <i>Tipología clínica dimensional por edad</i>	221
70 <i>Tipología clínica dimensional por episodio depresivo</i>	222
71 <i>Peso específico dimensional de los items de la Dimensión I</i>	225
72 <i>Peso específico dimensional de los items de la Dimensión II</i>	227
73 <i>Peso específico dimensional de los items de la Dimensión III</i>	228
74 <i>Peso específico dimensional de los items de la Dimensión IV</i>	229

	<i>PAG.</i>
75	<i>Perfil situacional crónico 1. Test de bondad de ajuste.....</i> 233
76	<i>P1 y disponibilidad de dinero igual al compañero.....</i> 234
77	<i>P1 y comunicación con el compañero sobre temas no domésticos.....</i> 235
78	<i>P1 y compartir tareas del hogar con el compañero.....</i> 236
79	<i>P1 y compartir problemas con el compañero.....</i> 237
80	<i>P1 y recibir malos tratos del compañero.....</i> 238
81	<i>P1 y relación afectiva con el compañero gratificante.....</i> 239
82	<i>P1 y compartir gustos/aficiones con el compañero.....</i> 239
83	<i>P1 y compartir la toma de decisiones con el compañero.....</i> 240
84	<i>P1 y relación de confianza con el compañero.....</i> 241
85	<i>P1 y relación conflictiva con el compañero.....</i> 242
86	<i>P1 y autoestimación frente a las disfunciones sexuales.....</i> 243
87	<i>P1 y presencia de patología psíquica o física en el compañero.....</i> 244
88	<i>P1 y familiar enfermo/mayor dependiente de la mujer.....</i> 245
89	<i>P1 y existencia de problemas con los hijos.....</i> 245
90	<i>P1 y ayuda en el cuidado de los hijos.....</i> 246
91	<i>P1 y ayuda del compañero en el cuidado de los hijos.....</i> 247
92	<i>P1 y sobrecarga por trabajo extradoméstico más doméstico.....</i> 248
93	<i>P1 y sentimientos de preocupación por abandono del hogar.....</i> 248 <i>durante el trabajo extradoméstico</i>
94	<i>Perfil situacional crónico 2. Test de bondad de ajuste.....</i> 250
95	<i>P2 y recibir malos tratos del compañero.....</i> 252

	<i>PAG.</i>
96	<i>P2 y relación conflictiva con el compañero.....</i> 252
97	<i>Perfil situacional crónico 3. Test de bondad de ajuste.....</i> 256
98	<i>P3 y disponibilidad de dinero igual al compañero.....</i> 258
99	<i>P3 y satisfacción sexual.....</i> 258
100	<i>P3 y familiar enfermo/mayor dependiente de la mujer.....</i> 259
101	<i>Perfil situacional crónico 4. Test de bondad de ajuste.....</i> 260
102	<i>P4 y comunicación con el compañero sobre temas no domésticos.....</i> 261
103	<i>P4 y compartir gustos/aficiones con el compañero.....</i> 262
104	<i>P4 y relación de confianza con el compañero.....</i> 263
105	<i>P4 y relación conflictiva con el compañero.....</i> 264
106	<i>P4 y compartir la toma de decisiones con el compañero.....</i> 264
107	<i>P4 y presencia de problemas con los hijos.....</i> 265
108	<i>Perfil situacional crónico 5. Test de bondad de ajuste.....</i> 267
109	<i>Perfil situacional crónico 6. Test de bondad de ajuste.....</i> 270
110	<i>Perfil situacional crónico 7. Test de bondad de ajuste.....</i> 271
111	<i>Puntuación media dimensional de los perfiles laborales crónicos...</i> 272
112	<i>Tipología clínica dimensional y perfiles laborales crónicos.....</i> 272

II.- FIGURAS

Nº	TITULO	PAG.
I.1.-	<i>Evolución de las tasas de inactividad de la población de 16 y mas años por sexo.....</i>	102
IV.1.-	<i>Distribución de la casuística por tipo de muestra.....</i>	140
IV.2.-	<i>Distribución del estado civil por tipo de muestra.....</i>	142
IV.3.-	<i>Distribución en ambas muestras de la escolaridad.....</i>	145
IV.4.-	<i>Distribución de la profesión por tipo de muestra.....</i>	147
IV.5.-	<i>Distribución de ingresos mensuales en ambas muestras.....</i>	149
IV.6.-	<i>Distribución de diagnósticos en la muestra depresiva.....</i>	151
IV.7.-	<i>Distribución por grupos de edad en ambas muestras.....</i>	154
IV.8.-	<i>Patología psiquiátrica en la madre en ambas muestras.....</i>	157
IV.9.-	<i>Patología psiquiátrica en familiares de primer grado.....</i>	159
IV.10.-	<i>Incidencia por malos tratos por parte del compañero.....</i>	175
IV.11.-	<i>Grado de satisfacción sexual.....</i>	175
IV.12.-	<i>Presencia de una buena relación afectiva con el compañero.....</i>	176
IV.13.-	<i>Presencia de una relación conflictiva con el compañero.....</i>	176
IV.14.-	<i>Participación en la toma de decisiones con el compañero.....</i>	177
IV.15.-	<i>Grado de confianza con el compañero.....</i>	177
IV.16.-	<i>Vivencia de sobrecarga por trabajo doméstico y trabajo fuera del hogar.....</i>	186
IV.17.-	<i>Puntuación media dimensional por edad.....</i>	186

	<i>PAG.</i>
<i>IV.18.- Puntuación media dimensional por número de episodio depresivo....</i>	<i>219</i>
<i>IV.19.- Tipología dimensional clínica por edad.....</i>	<i>223</i>
<i>IV.20.- Tipología dimensional clínica por número de episodio depresivo....</i>	<i>223</i>
<i>IV.21.- Arbol de segmentación I. Situaciones crónicas familiares y laborales (incluida toda la muestra).....</i>	<i>232</i>
<i>IV.22.- Arbol de segmentación II. Situaciones crónicas familiares y laborales (incluyendo solo depresivas con un primer episodio).....</i>	<i>255</i>
<i>IV.23.- Arbol de segmentación III. Situaciones crónicas laborales (incluyendo toda la muestra de depresivas).....</i>	<i>269</i>

III. CUADROS

<i>Nº</i>	<i>TITULO</i>	<i>PAG.</i>
<i>1</i>	<i>Estudio comparativo. Situaciones familiares crónicas (incluida toda la muestra).....</i>	<i>178</i>
<i>2</i>	<i>Estudio comparativo. Situaciones familiares crónicas (incluidas solo depresivas en el primer episodio).....</i>	<i>180</i>
<i>3</i>	<i>Estudio comparativo. Situaciones laborales crónicas (incluidas toda la muestra).....</i>	<i>185</i>
<i>4</i>	<i>Estudio comparativo. Situaciones laborales crónicas (incluidas solo depresivas en el primer episodio).....</i>	<i>188</i>
<i>5</i>	<i>Situaciones crónicas asociadas a P1.....</i>	<i>249</i>
<i>6</i>	<i>Situaciones crónicas asociadas a P2.....</i>	<i>253</i>
<i>7</i>	<i>Situaciones crónicas asociadas a P3.....</i>	<i>259</i>
<i>8</i>	<i>Situaciones crónicas asociadas a P4.....</i>	<i>266</i>

I N T R O D U C C I O N

1.1. MOTIVACION PERSONAL

Todos los estudios epidemiológicos parecen coincidir en la mayor proporción de mujeres que padecen depresión frente a los hombres. A partir de los dieciocho años por cada hombre depresivo existen dos mujeres depresivas (Alonso-Fernández, 1994). Partiendo de la observación de un determinado hecho surgen las preguntas que recoge la investigación y que intenta explicar; nuestro trabajo surge fundamentalmente del interés por adentrarnos un poco más en la explicación del porqué de esta mayor incidencia de depresión en mujeres que en hombres.

Siendo conscientes de la multiplicidad de factores que pueden estar implicados en este hecho (biológicos, psicológicos y sociales), nos interesa fundamentalmente el estudio de ciertas situaciones presentes en la vida de un buen número de mujeres dado que casi a diario escuchamos a éstas manifestar su continuo malestar. Nos preguntamos si todas estas situaciones, como son una mala relación de pareja, problemas con los hijos, dificultades sexuales, malos tratos psíquicos o físicos (desgraciadamente tan frecuentes), insatisfacción con su rol de ama de casa o con otras situaciones vinculadas al trabajo, no tendrán alguna asociación con el hecho de que las mujeres se depriman más.

Por otro lado, el estudio de las peculiaridades sintomatológicas de la depresión en la mujer lo consideramos de gran importancia, ya que a través de la expresión clínica de una patología, si sabemos escuchar lo que nos quiere decir e interpretarla correctamente, podemos entender un poco mejor lo que motiva su aparición.

Creemos que se debe prestar una atención especial a las diferencias, como afirman **Mas Hesse y Tesoro Amate (1993)**: *"la psiquiatría no puede considerarse científica si niega las diferencias, igualando mujer a varón y tomando el modelo masculino como universal"*, así no es una enfermedad lo que estudiamos, sino una enfermedad que padece un hombre o una enfermedad que padece una mujer, ya que cada uno de ellos tendrá unas características biológicas, una personalidad determinada y unas situaciones de vida que consideramos que están presentes en el origen de su enfermedad.

Este trabajo es fruto de un interés personal por el estudio de la salud mental de las mujeres y por seguir planteando nuevos interrogantes que nos estimulen a comprender mejor la psicología femenina y que, como clínicos, nos permitan prestar un mejor servicio asistencial a las mujeres, comprendiendo sus diferencias.

I.2. CONCEPTO DE DEPRESION

Haciendo un breve repaso a lo largo de la historia de la medicina encontramos las primeras referencias de este concepto en los escritos hipocráticos de los siglos V y IV a.C. No existe en ellos una definición concreta del término *Melancolía* pero a través de sus comentarios podría extrapolarse la sintomatología que caracterizaba a esta enfermedad y que comprendería alteraciones tales como la aversión a la comida, la desesperación, el insomnio, la irritabilidad y la intranquilidad.

Aristóteles (384-322 a.C.), dentro del marco de la teoría humoral, defendió la existencia de una asociación entre un exceso de bilis negra (causante de la melancolía) y la tendencia a tener dotes especiales dentro de algunas áreas como la filosofía, las artes, la política o la poesía. Perteneciente también a esta tradición de la explicación humoral de la enfermedad, **Galeno (129-199 d.C.)** en su obra *De las partes afectadas*, libro III, dedicó un capítulo completo al estudio de la melancolía, donde la asoció igualmente a un exceso de bilis negra (**Jackson, 1989**).

Situándonos ya en la Edad Media encontramos asociado a la depresión el término *acedia*, palabra griega que significa distracción, embotamiento, estado en el que no importa lo que ocurre alrededor y que tiene sus orígenes en las experiencias de los anacoretas del desierto egipcio de Alejandría en el siglo IV. En este momento de la historia, el estado depresivo fué interpretado como una consecuencia o castigo de una falta cometida (**Ezquiaga, 1987**).

Pinel (1745-1826) define la melancolía como una enajenación parcial y comenta cómo en ocasiones los melancólicos se vuelven maníacos. En 1801 este autor presenta su nosología de los desórdenes mentales en la cual incluye: Manía, Melancolía, Demencia e Idiotismo (**Pinel, 1988**).

Kraepelin (1856-1926) describe un nuevo concepto en el que reúne cuadros sintomatológicos que eran descritos hasta el momento separadamente, como la manía por un lado y la depresión por otro, definiéndolos conjuntamente como *Locura Maniaco-Depresiva*. El término melancolía queda así reservado para un subgrupo de enfermos con depresión y deterioro intelectual al mismo tiempo, que cursan con mal pronóstico y cuyo trastorno es denominado por el autor Melancolía Involutiva.

Para algunos autores la depresión es una enfermedad (**Lewis, 1934**), en tanto que para otros se trata de un estado clínico que debe reconocerse como un síndrome ya que son muy diversos los factores etiológicos reconocidos que están implicados en la aparición de la sintomatología (**Alonso Fernández, 1979**).

Estar deprimido es usado habitualmente como un sinónimo de estar triste confundiendo así el padecer un estado depresivo patológico con un sentimiento que de alguna manera forma parte de la vida, al menos en algún momento de ella, en la mayoría de las personas. Si aceptamos que depresión y tristeza son lo mismo quizá podremos estar de

acuerdo con **Ainswoth (1969)** cuando afirma que la depresión es un acontecimiento *normal* de la vida humana. Por el contrario nosotros creemos que las diferencias son muy claras y que en ningún momento un cuadro clínico representado por el dolor moral o el dolor por vivir, la pérdida de la autoestima, apatía, sentimientos de soledad, falta de placer y de alegría y por algunos otros trastornos corporales difusos o localizados, puede confundirse ni asimilarse a un sentimiento displacentero motivado por las adversidades en la vida del sujeto (**Alonso Fernández, 1988**). En general, nos encontramos con que a la hora de definir y clasificar el concepto *depresión* ha primado la presencia de alteraciones en la afectividad del sujeto cuando se ha tenido que nombrar y clasificar el trastorno, con lo que han aparecido denominaciones como Alteraciones afectivas (**Mayer-Gross y cols. 1972**), Trastornos Afectivos (**Paykel, 1985**), Psicosis Afectivas (**Kolb, 1976**) y Trastornos Anímicos (**López-Ibor Jr. 1982**).

Para **Alonso Fernández (1988)** las teorías afectivas presentan la insuficiencia de haber prescindido en principio del compromiso corporal de la depresión. Para el autor el abatimiento y el hundimiento de la vitalidad que aparecen en el trastorno depresivo, se extienden al conjunto de los procesos funcionales psíquicos y corporales que integran la vitalidad.

I.3. MODELO TETRADIMENSIONAL DE DEPRESION DE ALONSO FERNANDEZ

La depresión como estado clínico representa una alteración de la estructura vital, que puede ir introduciéndose simultáneamente en las vertientes psíquica y somática del ser humano, originando así una sintomatología depresiva. Esta alteración puede tener la misma intensidad en ambas vertientes, o bien manifestarse más intensamente en una de ellas, ya que como consecuencia de que los rasgos corporales, en la depresión, pueden considerarse tan primarios como los psíquicos, ésta siempre es psicomorfa y somatomorfa (Alonso Fernández, 1984, 1988).

Este concepto de estructura vital se distribuye en cuatro dimensiones fundamentales: anímica, impulsiva, comunicacional y de los ritmos. En la depresión la alteración de la estructura de la vitalidad estará representada en estas cuatro dimensiones, tanto en su vertiente psíquica como corporal.

Partiendo de esta conceptualización Alonso-Fernández (1984, 1987, 1988), propone el **Modelo Tetradimensional de la Depresión** como una sistematización del cuadro depresivo causado por las alteraciones funcionales en estas cuatro dimensiones: **Humor depresivo** (Dimensión I), **Anergia** (Dimensión II), **Discomunicación** (Dimensión III) y **Ritmopatía** (Dimensión IV). Dada la interdependencia entre ellas, la alteración suficientemente intensa, de una de ellas, podría causar alteración en una o más de las otras.

El diagnóstico de depresión y la determinación de su gravedad están basados, por tanto, en esta concepción *clínico-tetradimensional* del trastorno y además en la consideración de dos importantes hechos, como son la intensidad de la clínica y su extensión. El primero de ellos se refiere a la autovaloración, por parte del paciente, de su sintomatología. La extensión de la clínica tiene que ver con el número de dimensiones afectadas.

El autor ha desarrollado este modelo basándose en los análisis de la experiencia clínica enmarcados en el método fenomenológico - estructural, en el cual se asocia la actitud fenomenológica con el enfoque estructural, considerando la sintomatología como una totalidad estructurada en distintas partes interrelacionadas.

I.3.1. SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA SEGUN EL MODELO TETRADIMENSIONAL

La sintomatología depresiva se distribuye en las cuatro dimensiones del modelo como exponemos seguidamente.

En la dimensión **Humor depresivo** lo subjetivo se manifiesta por la baja autoestima y el sufrimiento por vivir que genera las tendencias suicidas. La vertiente psíquica engloba el pesimismo, la amargura, la pérdida de placer y de alegría, la pérdida de esperanza, los sentimientos de culpa y las preocupaciones económicas. En la vertiente corporal encontramos síntomas globales (rigidez, pesadez) y localizados (cefaleas, dolores en cara, espalda,.. etc).

Todas estas manifestaciones están impregnadas de una vivencia general de enfermedad que podemos denominar "valencia hipocondríaca" (Abril, 1987). Desde el punto de vista de la observación externa objetiva, vemos con frecuencia un paciente con fisonomía rígida, con la cabeza inclinada hacia abajo y llanto frecuente y fácil (Alonso San Martín y Alonso-Fernández, 1984).

En la Dimensión II (**Anergia**) lo característico es la vivencia de falta de impulsos que puede ir desde un grado ligero a uno de gran intensidad, es decir, desde el aburrimiento, la apatía o la anestesia afectiva hasta la petrificación afectiva. En la vertiente psíquica aparece el pensamiento oscuro, lento, estrecho y reiterativo, así como las dificultades de concentración. Las manifestaciones somáticas generales son la adinamia, la astenia y la pérdida del deseo sexual; las localizadas incluyen sobre todo síntomas gastrointestinales, como náuseas, vómitos, estreñimiento,...etc. Los datos objetivos que pueden observarse en los pacientes son fundamentalmente, disminución de su actividad, enlentecimiento en gestos y en expresión verbal, falta de iniciativa,...etc. (Alonso San Martín y Alonso-Fernández, 1984).

La característica que define a la **Discomunicación** (Dimensión III) es la incapacidad de sintonizar con el espacio y con los otros (Alonso-Fernández, 1988). En la vertiente psíquica se observa ensimismamiento del sujeto, disminución de la capacidad de comprensión, torpeza, dificultades para entender lo que ve o escucha (p.e. el periódico, la televisión). También se observa una actitud de desconfianza hacia los demás, no son capaces de comunicarse y perciben el mundo que les rodea cambiado. En la vertiente corporal aparece

una falta de interés por su aspecto físico y su aseo. Somáticamente lo subjetivo se traduce en alteraciones de algunos órganos sensoriales, sobre todo de la vista y el oído.

En la **Ritmopatía** quedan recogidas las alteraciones de los ritmos humanos. Los trastornos del sueño en sus distintas manifestaciones clínicas (insomnio precoz, medio o tardío), así como las pesadillas nocturnas o el sentimiento de no haber dormido bien, son síntomas fundamentales que quedan reflejados en esta dimensión. En la vertiente psíquica aparece un estancamiento en el pasado y una falta de planes para el futuro. Esta alteración de la temporalidad se manifiesta también a lo largo del día en las oscilaciones en cuanto a la forma de estar que se producen, y en ocasiones aparece una monotonía ritmopática que produce una desaparición de los cambios fundamentales diarios en la vida del sujeto (**Alonso San Martín y Alonso-Fernández, 1984**). El empeoramiento matutino, como alteración del ciclo circadiano emocional, es uno de los síntomas más característico dentro de esta dimensión. Los síntomas corporales están representados por los trastornos del apetito, ya sea disminución o aumento.

I.4. ALGUNOS ENFOQUES TEORICOS DE LA DEPRESION

Podemos aproximarnos al estudio del síndrome depresivo desde distintas perspectivas: biológica, psicológica y social; por otro lado el que existan distintos encuadres teóricos desde donde explicar la psicogénesis de la depresión, no hace más que reflejar la complejidad de este cuadro clínico y las muchas y variadas formas de explicarlo y abordarlo que encontramos en la literatura científica.

En este apartado haremos un breve resumen de tres enfoques teóricos explicativos de la depresión:

- Modelo psicodinámico.
- Modelo cognitivo.
- Modelo del procesamiento de la información.

I.4.1. MODELO PSICODINAMICO

Encontramos que dentro del modelo psicodinámico la existencia del *objeto perdido* es la idea central desde donde explicar la aparición del cuadro melancólico. Freud (1856-1939), en su obra *Duelo y melancolía* de 1915 (1917), establece claramente las diferencias que para él existen entre la pérdida real consciente presente en el duelo y aquellas otras pérdidas que subyacen a la aparición de la melancolía, y en la cual pueden haberse substraído de la conciencia.

Para Freud queda justificado el estudio paralelo entre el duelo y la melancolía por las múltiples analogías que encontramos entre estos dos estados. El duelo es generalmente una reacción a la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente (la patria, la libertad, un ideal,...etc); no es considerado en ningún caso el duelo como un proceso patológico que necesita un tratamiento, sino como un estado que, aunque produce alteraciones en la conducta del sujeto, es considerado normal y que si se deja evolucionar puede llegar a remitir una vez resuelto o "elaborado" por la persona.

La melancolía es, en palabras de Freud, *"un estado de ánimo profundamente doloroso, una cesación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de todas las funciones y la disminución de amor propio. Esta última se traduce en reproches y acusaciones, de que el paciente se hace objeto a sí mismo, y puede llegar incluso a una delirante espera de castigo"*. Encontramos en esta definición todas las características del duelo con la excepción de la perturbación del amor propio que en éste no aparece.

El punto clave que nos permite en la teoría psicoanalítica diferenciar el duelo normal de la melancolía es por una lado la naturaleza de la pérdida. En el caso del duelo, nada de lo que tiene que ver con la pérdida es inconsciente mientras que, por el contrario, en la melancolía, aunque en una serie de casos la pérdida pueda ser consciente, en otros casos la pérdida de objeto ha sido sustraída a la conciencia y el sujeto no conoce lo que ha perdido, o bien conoce a quién ha perdido pero no lo que con él ha perdido.

La otra característica ya citada que diferencia el duelo de la melancolía, es la existencia en esta última de una disminución del amor propio, lo cual se refleja en un empobrecimiento del yo. El paciente, como describe Freud en la obra citada, describe su yo "como indigno de toda estimación, incapaz de rendimiento valioso alguno y moralmente condenable. Se dirige amargos reproches, se insulta y espera la repulsa y el castigo" (Freud, 1988).

1.4.2. MODELO COGNITIVO

Este modelo es desarrollado inicialmente por Aaron T. Beck quién en 1970 publica la obra "*La terapia cognitiva y los trastornos emocionales*". Más tarde, en 1976, surge un amplio reconocimiento al modelo teórico propuesto por este autor para la explicación de los problemas emocionales.

El modelo cognitivo de la disfunción enfatiza el potencial que tienen los individuos para percibir negativamente el ambiente y los acontecimientos que les rodean, y así a través de esto inducir en ellos mismos una perturbación emocional. En algunos planteamientos de la teoría cognitiva aparecen las cogniciones negativas como la única causa de la disfunción, aunque los planteamientos más recientes ponen de manifiesto que los modelos cognitivos no son únicamente cognitivos, sino que son definidos más correctamente como modelos de *diátesis-estrés*. Algunas personas tienen elementos vulnerables cognitivos negativos, los cuales pueden ser característicos del sujeto y predisponerles a la depresión (creencias, suposiciones, actitudes, visiones del mundo y esquemas sobre uno mismo). Beck (1976), refiriéndose a las

cogniciones negativas, ha establecido tres áreas de contenido donde éstas pueden situarse: uno mismo, el mundo y el futuro; y ha denominado a esta distinción *Triada cognitiva*. Estas actitudes negativas, según el planteamiento más reciente de *diátesis-estrés*, no son suficientes para producir el cuadro depresivo, sino que deben interactuar con experiencias negativas de la vida para así crear las verdaderas cogniciones negativas presentes en la depresión.

El modelo cognitivo sugiere que los distintos síntomas afectivos, conductuales y emocionales de la depresión son consecuencia de las cogniciones negativas y éstas a su vez son el resultado de las actitudes negativas más los acontecimientos de la vida. Los procesos cognitivos que Beck y cols. (1979, 1988) han descrito como implicados en la aparición de emociones, conductas y consecuencias motivacionales negativas, son llamados errores cognitivos y son:

1. **Inferencia arbitraria.** Es el proceso de llegar a una conclusión en ausencia de datos objetivos que la apoyen.
2. **Abstracción selectiva.** Consiste en centrarse en un detalle específico del contexto e ignorar otras características más relevantes.
3. **Generalización excesiva.** Se refiere al proceso de elaborar una regla general a partir de hechos aislados y aplicarla a situaciones relacionadas y ajenas.
4. **Magnificación y minimización.** Son los errores en la evaluación de la magnitud de un acontecimiento.
5. **Personalización.** Son las atribuciones que el sujeto se hace a sí mismo de sucesos externos sin ninguna base para realizar dicha conexión.

6. Pensamiento absolutista dicotómico. Es la tendencia a clasificar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas.

El enfoque cognitivo, aún centrandó su teoría en el sistema disfuncional de valoración cognitiva, reconoce el hecho de que la depresión u otros trastornos psicopatológicos que pueden desarrollarse de igual forma, son multidimensionales (cognitivos, conductuales y afectivos) y desde esta óptica deben ser analizados y tratados (Dobson y Franche, 1993).

I.4.3. MODELO DEL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION

El modelo cognitivo expuesto anteriormente establece una unidireccionalidad entre cognición y emoción. Por el contrario el modelo del procesamiento de la información difiere del anterior en considerar que el estudio de las cogniciones y de las emociones debe abordarse desde una perspectiva bidireccional, es decir que cierto tipo de cogniciones darían lugar a cierto tipo de estados emocionales, y también los estados emocionales podrían influir en determinados procesos cognitivos, sobre todo en los procesos perceptuales y en la memoria.

Existen tres modelos teóricos encuadrados dentro del modelo general del procesamiento de la información:

1. Teoría del esquema.
2. Teoría de red asociativa.
3. Teoría de capacidad cognitiva.

Según Taylor y Crocker (1981), citados por Ruiz Caballero (1991), un esquema puede definirse como "una estructura cognitiva constituida por las representaciones de algún dominio definido de estímulos. Este esquema contiene el conocimiento general de ese dominio, incluyendo una especificación de las relaciones entre sus atributos así como ejemplos o casos de dominio de estímulos". El procesamiento que se basa en los esquemas es dirigido por una o varias hipótesis y refleja una estructura de conocimiento relativamente estable que permite el procesamiento de la información. Los autoesquemas son, según Markus (1977) citado por el mismo autor, "generalizaciones cognitivas referentes al yo, derivadas de experiencias pasadas que organizan y guían el procesamiento de la información contenida en las experiencias sociales de los individuos". Lo anteriormente comentado es la base de la teoría del esquema dentro del modelo del procesamiento de la información.

La teoría de red asociativa establece que la memoria estaría compuesta de redes cognitivas de conceptos asociados y proposiciones descriptivas, con lo que todos los acontecimientos quedan representados en la memoria en formato proposicional. Las proposiciones son las unidades de la memoria y se representan como nodos de la red. Cuando los nodos son activados por encima de un determinado umbral se hacen conscientes. La teoría señala la conexión entre afecto y cognición, estableciendo que las distintas emociones tales como la alegría, la depresión o el miedo, también tienen nodos específicos dentro de la red de memoria conectados por lazos asociativos. Cada uno de los nodos emocionales está asociado con una red de cogniciones y memorias. Mientras que las emociones son innatas las conexiones cognitivas son aprendidas y se establecen por contigüidad con los acontecimientos

de la vida.

Por último, la teoría de la capacidad cognitiva defiende la existencia de límites y variaciones en la capacidad atencional necesaria para las diferentes operaciones de codificación. Los estados tempranos del procesamiento (p.e. análisis sensorial) requieren muy poca atención, mientras que, por el contrario, existen otros tipos de procesamientos que requieren una gran capacidad atencional y un gran esfuerzo cognitivo. El esfuerzo cognitivo refleja la cantidad de procesamiento o de atención asignada a la ejecución de una operación mental.

Este modelo plantea que la capacidad atencional variará en función de los individuos y de las situaciones. Existen una serie de variables ambientales y emocionales, como p.ej. el estado de ánimo, que pueden influir sobre la capacidad atencional. Esta teoría predice una interacción entre un estado de ánimo depresivo y las dificultades de codificación, básicamente bajo las formas siguientes:

- Los estados de ánimo depresivos tienden a incrementar la atención sobre aspectos irrelevantes o no relacionados con la tarea que se trata de realizar.
- Los estados de ánimo depresivos tienden a incrementar la cantidad de recursos atencionales que son asignados a otras actividades cognitivas no relacionadas con la tarea.

El deterioro de los procesos de memoria que aparece en los enfermos depresivos podría ser una consecuencia de la reducción de la capacidad cognitiva y, en todo caso dependerá de la dificultad de la tarea de memoria (Ruiz Caballero, 1991).

La complejidad del modelo del procesamiento de la información y la investigación que se lleva a cabo desde esta óptica requeriría tratar el tema con mayor amplitud, pero nuestro objetivo ha sido únicamente en este apartado mostrar de forma breve una nueva línea de estudio de la depresión que puede contribuir en gran medida a una mejor comprensión de los procesos cognitivos implicados en este trastorno.

I.5. NEUROQUIMICA DE LA DEPRESION

En este apartado haremos un breve repaso a las bases neuroquímicas de la depresión. En el momento actual hay gran número de investigaciones en Neurobiología, aunque la complejidad del cerebro no permite grandes avances por el momento.

I.5.1. DISFUNCIONES EN LOS NEUROTRANSMISORES

El estudio de las causas de la depresión abarca distintos campos; la disfunción en los sistemas de neurotransmisores del cerebro parece estar implicada en su etiología, bien sea como efecto primario o como respuesta al estrés psicosocial (**Bradford,1988**).

Existen suficientes evidencias en favor de la implicación del sistema serotoninérgico en la aparición de la depresión. La determinación de los niveles de ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA) en el líquido cefalorraquídeo es un índice del recambio metabólico de la serotonina en el Sistema Nervioso Central. Se han encontrado niveles más bajos de serotonina en pacientes depresivos. La mayoría de pacientes recuperan los valores normales cuando se produce la remisión clínica (**Ramos y Fernández,1987**).

Las plaquetas son utilizadas como un marcador periférico, ya que contienen serotonina que es almacenada por un sistema de captación activo.

Los fármacos con efecto antidepresivo aumentan el nivel general de serotonina. En estudios realizados con ratas, utilizando inhibidores MAO del tipo A, que evitan la oxidación

de la serotonina, se produce un aumento de ésta originándose cambios en el comportamiento tales como la hiperactividad (**Bradford, 1988**).

En muchos trabajos se sugiere la asociación entre los niveles de catecolaminas y el suicidio. En una revisión sobre el tema hecha recientemente por **Roy (1993)**, la mayoría de los estudios plantean una asociación entre la disminución de la serotonina central y la de la dopamina en sujetos con conductas de suicidio.

Los autores citados (**Bradford, 1988**, **Ramos y Fernández, 1987**), revisan las implicaciones de otros neurotransmisores en la depresión:

- Se han asociado con la aparición de depresión bajos niveles de norepinefrina detectados en la orina, ya que las determinaciones en el líquido cefalorraquídeo no parecen ser válidas para determinar el turnover cerebral.
- También parecen existir datos a favor de la implicación de la dopamina en la depresión, con la presencia de niveles más bajos de este neurotransmisor.
- **Janowsky y cols. (1972)** plantearon una hipótesis sobre los trastornos afectivos basada en la relación colinérgico-adrenérgica. Según ésta hipótesis un estado afectivo representaría el balance entre la actividad noradrenérgica y colinérgica. Las alteraciones colinérgicas darían lugar a la depresión y las noradrenérgicas a la manía. Otros resultados también han apoyado la hiperactividad colinérgica en los trastornos afectivos.
- El incremento del Acido Gamma-Aminobutírico (GABA) parece estar implicado en un aumento de la liberación de norepinefrina, y en una disminución del turnover de serotonina. Estos datos son compatibles con la hipótesis monoaminérgica.

I.5.2. MARCADORES BIOLÓGICOS DE LA DEPRESION

En la búsqueda de marcadores biológicos que nos pudieran indicar la presencia de depresión, las investigaciones se centraron inicialmente en el sistema hipotálamo-hipofisario-adrenal. Se había observado que los niveles de cortisol eran mayores en pacientes deprimidos hospitalizados, lo cual parecía indicar que la hipófisis anterior estaba liberando grandes cantidades de ACTH. En función de estos datos se desarrolló el **Test de Supresión de la Dexametasona (Rosenzweig y Leiman, 1992)**.

La dexametasona es un corticoide sintético que suprime la típica elevación de ACTH de la primera hora de la mañana. Se administra por la noche y su efecto es hacer creer al hipotálamo que los niveles de cortisol circulantes son elevados, con lo cual se produce una supresión del cortisol. En los sujetos normales la supresión es muy clara, pero en algunos depresivos no es así. Se ha asociado un perfil clínico endógeno de la enfermedad depresiva con una mayor frecuencia de respuestas anormales al Test de Supresión de Dexametasona, pero como señalan **Ayuso y cols. (1987)**, no se puede considerar esta prueba como específica de la depresión endógena.

Existen otros sistemas hormonales que han sido estudiados como posibles marcadores biológicos de la depresión. En algunos estudios con pacientes depresivos se ha encontrado que la secreción de hormona del crecimiento ha sido el doble en veinticuatro horas que en personas no depresivas. Se pueden atribuir estos datos a los distintos patrones de sueño que se tienen en la depresión. También el hipo e hipertiroidismo han sido asociados a la depresión. Se observa un aumento de la respuesta a los antidepresivos cuando se administran suplementos de hormona tiroidea (**Rosenzweig y Leiman, 1992**).

1.6. ENFOQUE PSICOSOCIAL DE LA DEPRESION

Dentro de un modelo etiológico global de la depresión, no debemos olvidar la importancia que las características psicológicas y el entorno social pueden jugar en su aparición. En el estudio de **Brown y Harris (1978)** fueron estudiadas 114 mujeres depresivas y 458 controles; de las depresivas el 8% había padecido durante los últimos doce meses el inicio de un trastorno depresivo. Los autores encontraron que el inicio de la depresión en este grupo estuvo precedido de sucesos críticos graves o dificultades que persistían en el tiempo. También hallaron que existían "factores de vulnerabilidad" que precipitaban el comienzo de la enfermedad depresiva, y éstos eran:

- Tener tres o más hijos menores de 14 años en el hogar.
- Falta de un relación confidencial.
- Falta de un empleo (a jornada parcial o completa).
- Pérdida de la madre antes de los once años.

Este modelo ha sido objeto de múltiples trabajos y críticas, sobre todo en lo referente a la metodología utilizada. **Hällström (1986)** utilizó la misma metodología que **Brown y Harris (1978)** y encontró que la existencia de agentes provocadores no estaba relacionada con el comienzo del episodio depresivo, y que ninguno de los cuatro factores de vulnerabilidad mostraba interacción significativa con los agentes provocadores. La falta de una relación confidencial, por sí misma, aumentó el riesgo de padecer depresión mayor. Otros autores, como **Lora y Fava (1992)**, han replicado este modelo llegando a obtener unos resultados que globalmente lo apoyan, y señalando como principal factor de vulnerabilidad

la falta de un relación íntima con el marido.

Para Alonso-Fernández (1988) los factores psicosociales que intervienen en el origen de la depresión situacional son:

1. Acontecimientos de la vida agudos que pueden actuar como precipitantes, provocadores o desencadenantes del episodio depresivo.

2. Factores de vulnerabilidad distribuidos en dos grupos: los pasados (circunstancias de la vida infantil) y los recientes (falta de apoyo social).

3. Factores de Personalidad que a su vez van a interrelacionarse con el siguiente factor psicosocial:

4. Situación Depresógena.

La influencia de los dos primeros actua sobre el resultado de la interacción de los dos citados en último lugar y dan como resultado la Depresión Situacional. Así vemos, como señala el autor, "como el agente etiológico primordial de la depresión situacional, es la situación conflictiva **yo-mundo**".

I.6.1. FACTORES DE VULNERABILIDAD

Podemos hablar de dos etapas en las que estudiar los llamados "factores de Vulnerabilidad". En primer lugar tenemos las circunstancias de la infancia y de la adolescencia del sujeto, y en segundo lugar tenemos las situaciones actuales que pueden aumentar la vulnerabilidad para la depresión.

I.6.1.1. FACTORES DE VULNERABILIDAD: INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Dentro de este período, la historia de pérdidas en la infancia de personas significativas, sobre todo de figuras parentales, ha sido la más investigada. **Roy (1978,1981a,1987)** afirma que las separaciones, de uno o más años, de los padres o la muerte de uno de éstos, y en el caso de la figura materna el que ocurra antes de los 11 años, se constituyen en factores de riesgo para la depresión. **Brown y cols.(1977)** expresa que la pérdida más importante asociada con la depresión es la de la madre ocurrida antes de los 11 años de edad.

En el sexo femenino, **Kendler y cols.(1992)** no observa asociación entre depresión y muerte de alguna figura parental, aunque sí aparece la relación cuando lo que han existido han sido separaciones. En los hombres las pérdidas ocurridas antes de los 17 años también parecen mostrar asociación con la presencia de los síntomas depresivos (**Roy y Phil 1981; Roy 1981b**).

Bowlby (1986) ha sugerido la importancia de la formación, desarrollo y pérdida de los vínculos afectivos en la etiología de los trastornos psíquicos, así como el mantenimiento

de las conductas de apego, aprendidas en la infancia, durante el resto de la vida. La exposición a unas relaciones disfuncionales con los padres es asociada a unas relaciones íntimas negativas en la época de adulto (Rodríguez Vega y cols.1993), y debido a la importancia de estas relaciones íntimas como situación protectora ante la depresión, las relaciones tempranas serían el comienzo de unas pautas relacionales favorecedoras de ulterior trastorno depresivo. La experiencia de abusos sexuales o físicos antes de los diecinueve años está asociada con la gravedad de la depresión en mujeres (Garnefski y cols.1990).

La teoría psicoanalítica defiende la reactivación de pérdidas en el pasado por pérdidas ocurridas en el periodo adulto. O'Neil y cols.(1987) confirma en su estudio una fuerte interacción de estos dos tipos de pérdidas asociados a la depresión.

En la investigación sobre efectos de las pérdidas tempranas en la formación de síntomas depresivos, encontramos estudios que no hallan relación entre estos dos hechos (Zimmerman y cols.1988).

I.6.1.2. FACTORES DE VULNERABILIDAD: APOYO SOCIAL Y DEPRESION

Se ha estudiado ampliamente la significación que la falta de apoyo social puede tener en el desarrollo de síntomas depresivos. McNaughton y cols.(1992) investigan las implicaciones del apoyo social en la depresión en una muestra de hombres hospitalizados. El apoyo social en este grupo era bajo, los sujetos no estaban satisfechos con el componente emocional del apoyo y la tendencia era a centrar la protección en lo emocional. El apoyo

social es considerado por algunos autores, no como un factor de vulnerabilidad, sino como un agente provocador directo (**Vilhjalmsson, 1993**).

La ausencia de relaciones confidenciales aparece en muchos autores como factor de vulnerabilidad. En lo que respecta a la presencia de este factor parecen no encontrarse diferencias entre depresivos endógenos y neuróticos (**Brugha y cols. 1987**). En el caso de los enfermos bipolares, no se ha encontrado relación con el apoyo social (**Eisemann, 1984**). En nuestro medio, para **Giner y cols. (1988)**, la falta de apoyo social puede convertirse en un factor general de depresión, aunque independiente del tipo de ésta.

La presencia de redes sociales de buena calidad, que ofrecen la oportunidad de apoyo social, se ha visto que en el caso de las mujeres supone una protección para la depresión (**Goldberg, 1985**). Las dificultades para establecer contactos, y la experiencia de soledad han marcado diferencias entre depresivos y controles (**Eisemann, 1985**).

Galanter (1988) hace referencia a la importancia de las redes sociales en el tratamiento de los trastornos psíquicos. Señala como algunos ejemplos, la importancia de los grupos de autoayuda y de las casas compartidas en enfermos psiquiátricos dados de alta pero que están sujetos a posibles descompensaciones.

La protección de las redes sociales parece ser más valorada por las mujeres que por los hombres. **Wilhelm y Parker (1993)** no encuentran diferencias entre hombres y mujeres con depresión en lo que se refiere a A. de la Vida, actitudes disfuncionales, percepción de la importancia de las relaciones interpersonales, ni tampoco en la sintomatología depresiva. Lo que sí marcó diferencias fué el que las mujeres necesitaban de ciertas condiciones de bajo apoyo social para desarrollar la depresión.

I.6.2. ACONTECIMIENTOS DE LA VIDA

Se definen como un cambio rápido e intenso en la vida del sujeto a partir de una circunstancia o hecho que aparece de forma aguda. De esta forma se distinguen de las situaciones de estrés crónico. Cumplen dos condiciones: a) su incidencia es aguda e intensa y b) tienen un origen externo al sujeto (Alonso-Fernández, 1988).

Los acontecimientos de la vida han sido asociados a la depresión, tanto en lo que se refiere a su etiología como a la existencia de un peor pronóstico. Aunque fundamentalmente se han estudiado dentro del marco de la enfermedad depresiva, su presencia parece estar también asociada a la precipitación de otros trastornos psíquicos. Para Cooke y Hole (1983) un 32% de los casos psiquiátricos pueden ser atribuidos a acontecimientos de la vida estresantes, y dentro de las mujeres este porcentaje se elevaría al 41%. Paykel y Rowan (1979) enumeran como otros trastornos psíquicos asociados a los acontecimientos de la vida, la esquizofrenia, los intentos de suicidio y los desórdenes neuróticos no específicos (Paykel, 1985).

Paykel y cols.(1969) observaron que los enfermos depresivos informaban haber tenido en los seis meses anteriores al comienzo de la depresión unas tres veces más acontecimiento vitales que los sujetos de la muestra control. Roy y cols.(1985) obtienen los mismos resultados con una muestra de cuarenta pacientes depresivas, añadiendo que no sólo habían sido más frecuentes sino también más desagradables al compararlos con el grupo de no depresivas. Otros autores como Vadher y Ndetei (1981) y Ndetei y Vadher (1984)

extienden el período de estudio a doce meses encontrando también una mayor incidencia de acontecimientos vitales en depresivos; en su trabajo de 1984 observan un aumento general de éstos a partir de las 27 semanas anteriores al comienzo del episodio depresivo, existiendo un punto de máxima frecuencia entre la sexta y la novena semana anteriores.

Se ha discutido si las llamadas **depresiones endógenas** tienen una menor relación de inicio con los acontecimientos vitales que las depresiones llamadas **reactivas o situacionales**. Autores como **Cornell y cols. (1985)** y **Bebbington y cols. (1993)** no han encontrado diferencias en este sentido. Por el contrario **Winokur (1985)** ha señalado que los acontecimientos de la vida y las situaciones personales difíciles son menores en la depresión endógena.

En lo que respecta a la distinción **Unipolar - Bipolar**, se ha observado una mayor incidencia de las experiencias infantiles traumáticas y de los acontecimientos de la vida en el tipo unipolar que en el bipolar (**Alnaes y Torgersen, 1993**).

En cuanto a las diferencias de género, el estrés vital parece jugar un papel muy importante en el desarrollo de la depresión en mujeres. Los acontecimientos indeseables y los problemas laborales han aparecido como factores de riesgo en mujeres japonesas (**Nanko y Demuera, 1993**). En el mismo medio (Japón), **Kunugi (1993)** ha estudiado el efecto del cambio laboral reciente, frente a otros acontecimientos, como precipitante de depresión en hombres y en mujeres, encontrando claras diferencias por sexo, ya que, mientras que en los

hombres está asociado a depresión, no ocurre lo mismo en mujeres. Entre los resultados del estudio de CAMBERWELL (Bebbington y cols. 1988), aparece una asociación clara entre sexo femenino y mayor presencia de A. de la V.

El gran índice de prevalencia de la depresión en el climaterio es asociado por **Cooke y Greene (1981)**, con la pérdida en esta época de la vida de personas del ámbito social, sobre todo con la muerte de personas muy significativas. **Isherwood y cols. (1981)** encuentran una asociación del 62% entre presencia de acontecimientos de la vida, neuroticismo y sexo femenino. Se ha visto también que, en las mujeres, los acontecimientos de la vida aumentan con el número de hijos y disminuyen con la edad (**Samuelsson, 1982**). En mujeres de más de cincuenta años la asociación de depresión y A. de la V. es menor, con lo que puede plantearse si las características biológicas cobran más importancia con la edad (**Murphy y Brown, 1980**).

La teoría cognitiva sostiene que las actitudes y las creencias median en las respuestas afectivas a los acontecimientos de la vida. La depresión es una consecuencia de las perspectivas distorsionadas e irracionales desde las que son contempladas las circunstancias vitales. Análogamente, las cogniciones adaptativas pueden servir como factores de protección contra los acontecimientos de la vida estresantes. **Simons y cols. (1993)** apoyan este planteamiento, según el cual un número de acontecimientos vitales definidos están asociados a elevados índices en las medidas de cognición. También sugieren que algunos pacientes pueden generar los acontecimientos que, a su vez, desencadenan un episodio depresivo; esta

afirmación la encontramos también en el trabajo de **Hammen (1992)**.

En un estudio llevado a cabo por **Parker y Brown (1982)** con el objetivo de identificar conductas protectoras que medien entre los A. de la V. y la depresión, se descubrió una disminución de conductas tales como: solución de problemas, socialización...; y un aumento de conductas como: pasividad, autocompasión,... . A la hora de proporcionar una explicación de estas alteraciones conductuales en sujetos depresivos, los autores se plantearon si serían una consecuencia de la depresión misma o si más bien habría que considerarlas como factores de vulnerabilidad.

Para **Gillis (1992)** no existe una interacción significativa entre actitudes y medida del estrés. Las cogniciones, para este autor, no moderan el impacto de los acontecimientos de la vida; en su estudio aparecen como variables fuertemente independientes, aunque de manera conjunta pueden manifestar un gran poder como predictores de trastornos psíquicos.

La asociación entre la presencia de A. de la V. y la evolución del trastorno depresivo también ha dado origen a múltiples trabajos. **Grant y cols.(1981)** investigaron de forma prospectiva esta relación. En todos los intervalos temporales estudiados apareció una correlación entre síntomas y A. de la V. Los síntomas de naturaleza disfórica y somática parecen ser los que presentan una relación más fuerte.

Kraepeling señalaba que el comienzo de nuevos episodios parece que llega a ser más autónomo, aunque la teoría psicosocial de la depresión no está de acuerdo con ésta afirmación (**Brochier y Olie,1993**); **Perris (1984b)** encontraba pocos A. de la V. en depresiones recurrentes, y tampoco encuentra relación entre el número de A. de la V. y la gravedad de la enfermedad. Se ha propuesto que las situaciones de estrés vital podrían tener distintas implicaciones en individuos con o sin depresión recurrente; en la primera, sí existiría alguna asociación con el estrés y menos en la segunda (**Monroe y cols.1992**).

Algunos autores en sus investigaciones han tratado el problema de si existirían diferencias de personalidad entre pacientes recuperados y no recuperados de la depresión. Así por ejemplo **Veiel y cols.(1992)** llegaron a la conclusión de que aquellos pacientes que no habían mejorado presentaban las mismas características de personalidad que los recuperados, aunque sí encontraron que los primeros presentaban un nivel mayor de dificultades vitales.

Brown y cols. (1988) Y **Brown (1993)** sugieren que los sucesos positivos que ocurren en el curso del tratamiento de la depresión, y que transmiten una cierta esperanza para un futuro mejor, son particularmente importantes para la recuperación de la depresión.

I.6.2.1. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION SOBRE ACONTECIMIENTOS DE LA VIDA.

Uno de los primeros instrumentos metodológicos desarrollado para investigar sobre acontecimientos de la vida fué la escala para la cuantificación de los acontecimientos de la vida (**Social Readjustment Rating Scale**), publicada por **Holmes y Rahe (1967)**, la cual estaba compuesta por 43 ítems que engloban tanto acontecimientos deseables como indeseables. En principio, los autores asignaron una puntuación arbitraria de 500 puntos al ítem "matrimonio", y a continuación pidieron a los entrevistados que diesen una puntuación a los demás ítems, en función de los cambios que habían inducido éstos en sus vidas, tomando como referencia el ítem "matrimonio". A la puntuación media obtenida dividida por 10 se la denominó "Unidad de Cambio Vital". Un resultado global superior a las 300 unidades de cambio vital estaría correlacionado con una probabilidad de comienzo de trastorno depresivo del orden del 79%.

Paykel (1983) comenta que uno de los principales problemas metodológicos en la investigación radica en los estudios retrospectivos. Las inexactitudes del recuerdo pueden ser comprendidas en el marco de un intento de explicar la enfermedad en términos de un estrés real o imaginado por percepciones erróneas como consecuencia de la depresión. La enfermedad no sólo es causada por los A. de la V. sino que también podría a su vez actuar como causa de ellos. Otro problema en este área de la investigación sería el de la cuantificación del estrés.

Entre las críticas realizadas al método retrospectivo, encontramos la de que éste parece aumentar la asociación entre A. de la V. y depresión. En un estudio prospectivo realizado con 400 mujeres, **Brown y cols.(1987)** observaron como sólo una de cada cinco mujeres que habían experimentado una serie determinada de acontecimientos vitales, desarrollaban síntomas depresivos. Los autores también intentaron determinar el efecto del tiempo de recuerdo sobre la evaluación de los acontecimientos de la vida. Sin embargo, **Roy-Byrne y cols.(1987)**, utilizando nueve medidas para la evaluación de los A. de la V., no descubrió ninguna relación entre éstas y el tiempo de recuerdo.

Comparando los resultados de los estudios retrospectivos con los de valoración concurrente, los datos obtenidos indican que podrían ser subinformados hasta un 60% de los acontecimientos con los métodos de recuerdo (**Monroe,1982**).

En general, cada vez se defiende más la necesidad de replantear la metodología retrospectiva e irla sustituyendo por diseños prospectivos que presten más atención a los rasgos cualitativos de los acontecimientos y a la identificación de características personales, así como a los estilos cognitivos de protección (**Grant,1982**).

1.6.3. SITUACIONES DE ESTRES CRONICO

El concepto de **Situación** viene a ocupar el vacío que encontramos en las definiciones de Acontecimientos Vitales, las cuales dejan a un lado la participación del sujeto y el estrés crónico (**Alonso-Fernández, 1988**).

Lazarus y Launier (1978) definen el estrés en este sentido, relacionando las demandas externas del entorno con las demandas internas y con los recursos del individuo, y lo expresan de la siguiente forma: "cualquier suceso en el que las demandas ambientales o internas (o ambas) sobrecargan o exceden las posibilidades adaptativas de un individuo" (**Buendia Vidal, 1993**).

Mientras los estudios sobre A. de la V. son muy numerosos, los que se refieren a situaciones de estrés crónico no abundan mucho. **Brown y Harris (1978)** sí prestan atención a estas situaciones que ellos llamaban "dificultades" y que cuando se mantenían más de dos años correlacionaban positivamente con la aparición de depresión. Esta correlación se puede encontrar en ausencia de A. de la V., aunque cuando ambos factores están presentes existe un ligero aumento de depresión (**Paykel, 1985**).

González de Rivera (1983) investigando las influencias entre situaciones de estrés y cambios en la salud, llega a la conclusión de que los cuestionarios que miden A. de la V. tiene un valor predictivo débil y poco específico, y señala especialmente la importancia de considerar la idiosincrasia del sujeto en su respuesta a situaciones de éstres (**Morera y cols. 1986**).

Las dificultades a largo plazo junto con los A. de la V. y la baja autoestima han mostrado asociación con la presencia de síntomas subclínicos de depresión en mujeres (Brown y cols. 1986). Como factores crónicos de estrés se han descrito: conflictos matrimoniales y familiares, problemas con la salud, falta de éxito y sobrecarga de trabajo entre otros (Bidzinska,1984). A la hora de analizar su presencia en el curso de la depresión, cuando ocurren simultáneamente con el episodio depresivo favorecen su duración y en ocasiones la cronicidad, mientras que, por el contrario, la reducción del estrés por dificultades de larga duración favorece la remisión en las depresiones menores (Hardy y Gorwood,1993).

La asociación entre estrés e inmunología desde el punto de vista biológico sigue estando poco clara. La hipótesis que defiende que el estrés produce una disminución en el sistema inmunológico y que tendría como consecuencia precipitar la aparición de enfermedades, no puede ser refutada por los datos de que se disponen hasta el momento (Hodel y Grob,1993). Señala Consoli (1992) que los efectos de inmunomodulación del estrés pueden dirigirse en dos direcciones: como inhibición o como activación de las funciones inmunológicas.

Los mecanismos biológicos a través de los cuales las situaciones de estrés pueden desencadenar la depresión han sido poco investigados; Checkley (1993) plantea que el estrés puede desencadenar la depresión a través de una acción genómica por corticosteroides.

1.7. PERSONALIDAD Y DEPRESION

La personalidad es un patrón, incorporado en profundidad en el sujeto, que muestra rasgos conductuales, afectivos y cognitivos que se mantienen en largos períodos de tiempo. Estos rasgos son el fruto de disposiciones biológicas y de la experiencia. En el centro de la personalidad encontramos dos procesos:

1. Como interactúa el individuo con los requerimientos que le vienen de fuera.
2. Como se relaciona el individuo consigo mismo (Millon y Everly, Jr., 1994).

Una de las primeras aproximaciones al estudio de la personalidad del depresivo fué hecha por Abraham (1924), que destacando la presencia de rasgos obsesivos de carácter "anal" , también mantiene que a la vez existe una dependencia "oral" que distingue a los depresivos de los neuróticos obsesivos (Albiach, 1990).

Estos rasgos obsesivos también son descritos por Tellembach (1976). En un estudio muy amplio sobre la personalidad depresiva destaca la "fijación al orden" y la "autoexigencia en el trabajo ". Las necesidades psicológicas de "defensa del status" y de "sentimientos de culpa" en conjunción con experiencias de inseguridad en la infancia pueden convertirse en factores de riesgo para la depresión y la ansiedad (Holmlund, 1992).

Para Alonso-Fernández (1988) los rasgos de personalidad varían según a qué tipo de depresión nos estemos refiriendo. En el caso de las depresiones situacionales es la personalidad inseguro-anancástica, mientras que en las depresiones endógenas encontramos

un temperamento ciclotímico y, por último, en las depresiones neuróticas es el desarrollo anómalo psicógeno de la personalidad el que se encuentra asociado con la presencia de sentimientos de inseguridad e inferioridad.

Winokur (1973) describe como rasgos de personalidad asociados a la depresión los siguientes: introversión y sensibilidad, mala tolerancia al estrés, pérdida de energía, dependencia, vacío social, falta de asertividad y una clara tendencia a la obsesión.

Hirschfeld y cols.(1983), valorando una muestra de mujeres con depresión, encuentra como rasgos de personalidad una marcada introversión y dependencia interpersonal (son sumisas y pasivas). Un debilitamiento de la autoestima aparece también ligado a la personalidad depresiva (**Andrews y Brown, 1993**).

En un estudio longitudinal realizado a lo largo de quince meses, **Kendler y cols.(1993b)** estudiaron las relaciones entre personalidad y depresión mayor; los resultados muestran una asociación fuerte entre neuroticismo y depresión mayor. La proporción entre neurosis y factores de riesgo de tipo genético fué estimada en un 70%, en tanto que la proporción debida a factores medioambientales de riesgo fué de un 20% y la debida a efectos directos causales de neurosis y depresión mayor de un 10%. En este trabajo se concluye que aproximadamente un 55% de la tendencia genética a la depresión mayor es compartida con la neurosis, y el 45% solamente para la depresión mayor; por lo tanto en las mujeres los

factores genéticos comparten la predisposición tanto a la neurosis como a la depresión mayor.

Zerssen (1985), comparando rasgos de personalidad en distintos tipos de depresiones y también con otros trastornos psiquiátricos, no encuentra desviaciones específicas en sus estructuras de personalidad premórbida, con la excepción de los pacientes con psicosis afectivas. En las psicosis afectivas la predisposición hacia episodios melancólicos o maníacos se manifiesta en la personalidad de una forma relativamente específica. Los rasgos de personalidad del "tipo maníaco" y del "tipo melancólico" son, para este autor, manifestaciones de una predisposición constitutiva hacia el desequilibrio que regula la actividad general, el humor, la autoestima y otras funciones reguladas por el Sistema Nervioso Autónomo (Zerssen, 1980).

En nuestro medio, Chinchilla y cols.(1989), asocian la depresión monopolar con una personalidad melancólica-anancástica y el trastorno bipolar con rasgos hipomaníacos, ciclotímicos y sociopáticos.

En lo que respecta a las diferencias de personalidad entre hombres y mujeres, y sobre si serían éstas las responsables de la elevada prevalencia de la depresión en la mujer, Hirschfeld y cols.(1984) no encontró diferencias en cuanto a rasgos de personalidad en ambos sexos.

Richman y cols.(1985) realizaron un estudio con el objeto de analizar en qué medida contribuían a la aparición de la depresión los factores de personalidad y los recursos

de apoyo social, y sobre si estos factores eran independientes o estaban correlacionados. En los resultados encontraron que las características de personalidad predicen más fuertemente la sintomatología depresiva que el tipo de apoyo social, y que los apoyos sociales no están relacionados con el locus de control, pero sí con la dependencia interpersonal.

Las características de personalidad influyen decididamente en las experiencias individuales. **Perris (1984a)** estudió la asociación entre el índice de agresividad y la percepción de los acontecimientos estresantes externos en enfermos depresivos. Los pacientes con un elevado índice de agresividad externa habían experimentado más acontecimientos estresantes, en tanto que aquellos que tenían un elevado índice de inhibición en la agresividad habían experimentado menos acontecimientos estresantes, aunque más negativamente. La manera en que son experimentados los acontecimientos vitales en función de la personalidad subyacente puede contribuir a esclarecer el impacto que tales acontecimientos tienen y su implicación en la depresión.

El estudio de la personalidad debe ocupar un lugar importante a la hora de elaborar un modelo multifactorial de la depresión. En un trabajo en el que se utilizó una muestra de 680 mujeres, **Kendler y cols. (1993a)** encontraron que los predictores más poderosos implicados en la aparición de la depresión son por este orden: acontecimientos vitales estresantes, factores genéticos, historia previa de depresión grave y, por último, neuroticismo. Los autores sugieren que es necesario para la comprensión de la etiología de la depresión grave tener presentes las experiencias traumáticas, los factores genéticos, las relaciones interpersonales y la personalidad.

I.8. BIOLOGIA Y DEPRESION EN LA MUJER

Al contemplar los acontecimientos biológicos ligados al ciclo reproductor de la mujer, observamos una mayor presencia de síntomas depresivos en tres momentos concretos de su vida genital: premenstruo, post-parto y climaterio. Para **Alonso-Fernández (1994)** una de las razones que pueden justificar la mayor incidencia de depresión en la mujer es que existe una facilidad mayor para el asentamiento de la depresión en órganos centrados en la ritmicidad, siendo ésta precisamente una característica biológica del ciclo menstrual. A continuación haremos un breve repaso a estas tres situaciones ligadas a la biología y tan asociadas con problemas psicológicos en la mujer.

I.8.1. SINDROME PREMENSTRUAL

Desde la antigüedad ya se le atribuía a la retención de la sangre menstrual un carácter psicopatológico. Hipócrates asociaba a este estado síntomas maníacos, delirios, e ideación suicida. Más tarde **Frank**, en 1931, da por primera vez una definición científica de la tensión premenstrual en una comunicación a la **Academia de Medicina de Nueva York**. Este autor opinaba que era el exceso de hormonas femeninas circulantes en sangre el responsable de la sintomatología (**Otero, 1990**).

Para **Steiner (1992)** el papel de las hormonas sexuales en el control de la conducta humana es más ligero y más difícil de definir que en los animales. También afirma que en las épocas en las que ocurren cambios reproductivos (menarquia, periodo premenstrual, puerperio y menopausia) existe un cambio hormonal fuerte, que se corresponde con fases de estrés psicosocial.

En un estudio realizado por **Hammarback y cols.(1983)** se estudiaron los efectos de estrógenos y progestágenos sobre el humor en mujeres postmenopáusicas que recibieron tratamiento hormonal sustitutivo; las conclusiones de este trabajo afirman que se da una clara asociación entre la toma de progestágenos y la presencia de humor depresivo y síntomas físicos, lo que para los autores explicaría la sintomatología premenstrual. Estos resultados parecen confirmar una cierta asociación entre niveles hormonales, cognición y conducta en el ciclo menstrual (**Harvey,1986**).

En el **Síndrome premenstrual** la sintomatología es muy variada; podemos encontrar síntomas depresivos (tristeza, irritabilidad,...), ciertos dolores (cefaleas, hipersensibilidad en las mamas,...), desequilibrios electrolíticos (hinchazón, aumento de peso, edemas,...) y una larga lista de síntomas, de los cuales se han descrito más de ciento cincuenta (**Otero,1990**). Este síndrome parece haberse convertido en "una especie de cajón de sastre repleto de alteraciones psíquica polimorfas y abigarradas, dominadas por la sobrecarga emocional de tipo aflictivo, irritable o mixto" (**Alonso-Fernández,1994**).

La edad de la mujer en la cual parece estar más presente el **Síndrome Premenstrual** es para **Geraud (1983)** a partir de la treintena, mientras que, por el contrario, otros autores afirman que son las mujeres de menos de treinta años las que más prevalencia de síntomas presentan, sobre todo de carácter depresivo (**Lee y Rittenhouse,1991**).

La prevalencia de este trastorno suele estar en torno a un 10% de todas las mujeres

(Alonso-Fernández, 1994; Steiner, 1992). En las mujeres con trastornos del humor, en la fase perimenstrual del ciclo puede existir un gran aumento de la vulnerabilidad para la aparición de un período de depresión más grave o para empeorar el episodio depresivo que están viviendo (Endicott, 1993). Lo mismo opina Bancroft (1993) y añade que los rasgos de depresión que tienen lugar perimenstrualmente son muy similares a aquellas características de un trastorno de depresión mayor.

Huerta-Franco y Malacara (1993) han encontrado una asociación entre síntomas premenstruales y estilo de vida. La falta de escolarización y la vida en áreas rurales parece estar asociada con dolores de cabeza, dolor de espalda, tristeza, inseguridad, agitación y debilidad. Las mujeres de áreas urbanas tienen más sensibilidad en el pecho, dolor abdominal, más irritabilidad, síntomas depresivos y aumento del deseo sexual. Las mujeres jóvenes presentan aumento del apetito, dificultades de concentración, inseguridad, deseos de estar solas, debilidad e insatisfacción con su imagen. Por último concluyen que dentro de las mujeres obesas son las piernas hinchadas con calambres y la polidipsia los síntomas más frecuentes.

Revisando las posibles asociaciones entre el tipo de condiciones familiares y laborales de las mujeres y la presencia de síntomas premenstruales, Kuczmierczyk y cols. (1992) no ha encontrado ninguna asociación que sea significativa entre un aumento del estrés medioambiental (familiar y laboral) y la presencia de Síndrome Premenstrual.

Usando los criterios del "Trastorno disfórico de la última fase lutea" del DSM III-R, y utilizando una muestra de mujeres infértiles y una muestra de mujeres controles, **Rohde y cols. (1992)** informan que las mujeres con diagnóstico de infertilidad presentaban con mayor frecuencia labilidad en el humor, irritabilidad, ansiedad y pérdida de interés. Estos datos son corroborados por **Domar y cols. (1992)**, los cuales también encontraron una mayor presencia de sintomatología depresiva en mujeres infértiles, siendo el período de mayor vulnerabilidad el comprendido entre uno y tres años de infertilidad.

Existen al parecer distintos factores implicados en la presentación de este síndrome. Los factores hormonales ocupan una papel importante, pero puede que también el grado de estrés psicosocial y las características de personalidad puedan jugar un papel significativo en su aparición (**Mortola, 1992**).

1.8.2. TRASTORNOS PSIQUIATRICOS EN EL PUERPERIO

En los días y meses que siguen al nacimiento de un hijo la incidencia de morbilidad psiquiátrica es mayor. En el período comprendido entre el parto y los seis meses siguientes, se ha descrito la presencia de tres síndromes: un estado disfórico leve llamado "maternity blues", la depresión puerperal y la psicosis puerperal.

Se entiende por "**maternity blues**" un síndrome que aparece en los primeros días del puerperio (del séptimo día al décimo), y en el que aparece una labilidad afectiva. La sintomatología aparece tanto en primíparas como en multíparas y no parece tener relación con la lactancia materna (Bayón y cols. 1993). La mayoría de los estudios citan una incidencia para este cuadro que oscila entre el 50 y el 70% de las mujeres (Muruga, 1987). La intensidad de la tristeza que se presente en este período parece aumentar el riesgo de sufrir depresión postparto (Sutter y Bourgeois, 1994). Otros autores como Beck y cols. (1992) están de acuerdo con estas afirmaciones, añadiendo que no supone un riesgo para la aparición de "**maternity blues**" el alta temprana.

La **depresión postparto** aparece en el período comprendido entre la primera y sexta semana después del nacimiento. Tiene para algunos autores una tasa de incidencia entre el 20-25% (Alonso-Fernández, 1994) y según otros entre el 3,5% y el 16%, lo cual puede ser debido a los diferentes criterios diagnósticos que se utilicen y a que probablemente muchas mujeres no consulten (Bayón y cols. 1993). Los síntomas que más frecuentemente aparecen son la tristeza, los sentimientos de culpa, desvalorización de sí misma, miedo a dañar física

o psicológicamente al bebé y astenia. **Whiffen y Gotlib (1993)** compararon una muestra de mujeres depresivas en el postparto con otra de mujeres con depresión no postnatal; en los resultados de su estudio no se encuentran diferencias entre los dos tipos de depresión, y únicamente resaltan que es la gravedad de los síntomas la que establece diferencias. Parece existir una correlación positiva entre trastornos psiquiátricos previos y depresión postparto (**Rouillon y cols.1992**).

El otro cuadro psiquiátrico asociado al puerperio son las **Psicosis Puerperales**, que es el más grave de todos. Hoy en día parece no admitirse que sean este tipo de psicosis una entidad específica. La incidencia suele estar en torno a uno de cada 200 nacimientos. Los rasgos que la caracterizan son: comienzo agudo en el principio del puerperio, que va precedido de una o dos noches de insomnio, se acompaña de desórdenes funcionales y se acaba manifestando como un cuadro que oscila entre la esquizofrenia, la depresión o que acabe por conformar un estado mixto (**Pitt,1985**). El mayor porcentaje de **Psicosis Puerperales** ocurre en las dos semanas primeras del puerperio, pero puede aparecer hasta seis meses después del parto (**Muruaga,1987**). No hay evidencias de que los episodios psicóticos en el puerperio tengan consecuencias o efectos negativos para la descendencia (**McNeil y cols.1988**).

Dentro de los factores de riesgo asociados con la **depresión postparto**, **Alonso-Fernández,(1994)**, señala los siguientes:

- Historia anterior de depresión (sobre todo postparto).

- Familiares próximos depresivos.
- Falta de amor por el compañero o esposo.
- Actitud ambivalente hacia el hijo.
- Problemas económicos.
- Falta de apoyo social o aislamiento.

La falta de apoyo social, la mala relación de pareja y las dificultades económicas también aparecen como factores de riesgo para la depresión postparto en un trabajo de **Jadresic y cols. (1993)**; estos autores también asocian otros factores de riesgo como: mala relación con la madre, separación de alguna persona significativa y presencia de síntomas depresivos o de ansiedad en el embarazo.

Kumar y cols. (1993), en un estudio con cuarenta y tres mujeres que portaban distintos diagnósticos psicopatológicos (trastorno bipolar, esquizoafectivo y depresión mayor), encuentran una asociación significativa entre acontecimientos vitales y depresión mientras que, por el contrario, en las mujeres con trastorno bipolar o esquizoafectivo los acontecimientos vitales tienen menor importancia.

I.8.3. CLIMATERIO

Se puede definir esta época de la vida de las mujeres como el período en el cual comienza el declinar de la función ovárica, con las consecuencias endocrinológicas que esto trae consigo y que en muchos casos conllevan la aparición de una variada sintomatología. Es, como la definía **Marañón (1937)**, una edad crítica en la vida de la mujer que se caracteriza por un conjunto de fenómenos, con un accidente central que es el cese de las menstruaciones y que se acompaña de otros muchos trastornos (circulatorios, nerviosos, etc). Para **Botella (1982)** el climaterio es la crisis endocrina y vegetativa que acompaña al declinar sexual de la mujer.

En el transcurso del climaterio hay una fecha concreta que corresponde con el cese de las menstruaciones y a la que clínicamente se le llama **Menopausia** (men, mes; pausis, cesación), término que data de 1983. La edad en la que aparece suele oscilar entre los cuarenta y ocho y los cincuenta años, aunque parece que esta fecha puede irse retrasando en función de las mejores condiciones socioeconómicas (**Dexeus y Farré, 1994**).

En torno a la menopausia circulan muchos mitos. El que desaparezca la capacidad de reproducción ha sido culturalmente interpretado como una pérdida de la capacidad sexual de la mujer. Desde el punto de vista biológico indudablemente las funciones genitales de la mujer cesan, pero no podemos equiparar la reproducción con la función relacional de la sexualidad. La mujer parece llegar a este momento de su vida con el convencimiento de que ésta fase supone malestar psíquico (depresión más o menos severa), pérdidas (capacidad

reproductiva y sexual) y problemas físicos (sofocos, osteoporosis,...). Hay parte de verdad en esto en cuanto que existe un cambio hormonal real y que puede tener sus consecuencias, pero quizá los mitos en torno a esta fecha pueden tener influencia en como viven las mujeres este momento.

Matthews (1992) ha estudiado los mitos y realidades en torno a la menopausia y en su trabajo encontramos las siguientes conclusiones:

1. Las mujeres de mediana edad esperan experimentar depresión, irritabilidad y síntomas vasomotores durante la menopausia. Por el contrario la mayoría de las mujeres postmenopáusicas no han sufrido síntomas depresivos aunque sí vasomotores, que pueden tener consecuencias para el bienestar psicológico.
2. Las mujeres de mediana edad creen que el tener expectativas negativas sobre la menopausia puede afectar la vivencia de ésta. Esto se da porque los mitos a veces pueden actuar como profecías autocumplidas.
3. Otro mito es el de que no ocurren cambios importantes en la menopausia. Por supuesto, esta afirmación es incorrecta. El déficit de estrógenos puede influir tanto en los niveles de lípidos, como en los de lipoproteínas, y también en la magnitud de la respuesta cardiovascular y neuroendocrinológica al estrés mental.

La reacción a la menopausia, para autores como **Langer (1985)**, puede convertirse en una especie de test con el que analizar si una mujer ha sido feliz o desgraciada, colmada en sus instintos o está en la búsqueda continua de inadecuadas gratificaciones eróticas o sublimaciones a lo largo de su vida. Parece, desafortunadamente, que en nuestra sociedad el

test arroja un resultado negativo.

Vemos, por tanto, que en este momento de la vida de la mujer se conjugan una serie de factores. Los biológicos, consecuencia del hipoestronismo, y por otro lado los que tienen que ver con la esfera psicosocial, entre los que podemos citar la pérdida del rol de madre a jornada completa, el cambio en la imagen de sí misma y las ideas culturalmente establecidas en cuanto a la menopausia.

El climaterio se presenta en la mayoría de los estudios, como un período en el cual el riesgo de sufrir depresiones es mayor (Civeira y cols.1988, Sanchez y cols.1988). Estudios recientes apoyan la idea de que el haber sufrido un trastorno afectivo consecutivo a acontecimientos ligados a la reproducción (síndrome premenstrual, depresión postparto o tristeza postparto), aumenta la vulnerabilidad para padecer trastornos psicológicos durante la menopausia, sobre todo depresión (Stewart y Boydell,1993).

Los síntomas emocionales descritos por Dexeus y Farré (1994) en la menopausia son: Anergia, Anhedonia, Cambios en el estado de ánimo, Irritabilidad, Tensión, Apresión, Cefaleas, Disminución del Deseo Sexual, Insomnio, Vértigo, Palpitaciones y Alteraciones del Apetito.

El tratamiento de este cuadro merece una especial atención y requiere unas medidas terapéuticas enfocadas hacia los distintos factores implicados en su etiología. El tratamiento

psiquiátrico y psicoterapéutico ocupa un lugar importante dentro de las actuaciones clínicas en este momento, pero no debemos dejar a un lado las terapias sustitutivas hormonales a base de estrógenos. Con la administración de éstos en la fase premenopaúsica puede conseguirse proteger a la mujer de la irrupción de la depresión (Alonso-Fernández, 1994). Esta función protectora de la toma de estrógenos parece reportar sus mayores beneficios a partir de los 60 años, es decir, las mujeres que han tomado estrógenos parecen presentar a partir de esta edad un índice más bajo de depresión (Palinkas y Barrett, 1992).

1.9. IDENTIDAD DE GENERO Y ROLES SEXUALES

Los términos "género", "rol sexual" o "identidad de género" son utilizados indistintamente por muchos autores, quizá por estar expresando dos aspectos de un mismo proceso. La **identidad de género** representa la interiorización de lo "femenino" o lo "masculino"; los **roles sexuales** son la representación social que se espera para un determinado género. **Dio Bleichmar (1991)** define el rol como *"el papel social, lo que el conjunto de los otros supone, espera, ve bien, considera adecuado y aprueba en los comportamientos de una persona"*. Comenta la autora cómo, desde el punto de vista psicoanalítico, se habla de una **inscripción en el inconsciente** cuando algo o alguien quedan fijados; la identidad de género sería un ejemplo de este tipo de inscripciones.

Esta diferenciación de los seres humanos en femeninos y masculinos, en función del sexo biológico que presenten al nacer, es una constante en todas las sociedades. El sistema social prepara a sus individuos para la conformidad psicológica y social con las normas que gobiernan esa cultura en ese momento. La identidad de género supone una serie de comportamientos sociales y culturales adjudicados a cada sexo, con unos límites tolerados entre los cuales se pueden mover los individuos sin salirse de su rol sexual. El género se interioriza en la infancia a través de comportamientos afectivos y cognitivos (**Sau, 1986**).

La escolarización diferencial, que hasta hace poco separaba a niños y a niñas, ha jugado un papel muy importante en la transmisión de los roles sociales para ambos géneros. En la actualidad la enseñanza ha pasado a ser mixta, pero como señala **Subirats (1978)** puede que la escuela mixta no suponga la integración de los modelos femeninos y masculinos y el respeto

a sus diferencias, sino que más bien es la generalización de lo que antes se consideraba "masculino". Lo cual implicaría la exclusión de lo "femenino" del campo de la educación.

La socialización siempre ha sido distinta para hombre y mujeres. A la mujer se la ha orientado para representar su papel en el **mundo privado**, en la familia, en el hogar y en todo lo relacionado con lo afectivo. De las mujeres siempre se ha esperado que se ocupen de todo lo relacionado con la crianza y educación de los hijos, atención al cónyuge y responsabilidades con otros miembros de la familia (ancianos, enfermos,...). Por el contrario, las aspiraciones fuera del hogar debía considerarlas como de segundo orden en su vida; tampoco han sido educadas para considerar como una obligación el trabajo fuera del hogar ni para ser autosuficientes desde el punto de vista económico, con lo que todo esto lleva implícito el situar a la mujer en un lugar de dependencia económica respecto al hombre.

Para los hombres la socialización ha sido dirigida hacia el **mundo público** (laboral, profesional, académico, político,). Su obligación prioritaria es ser capaz de mantener a su familia o automantenerse. Se les estimulan sus ambiciones profesionales y gozan de una mayor libertad para la iniciativa y la acción. La contrapartida, sin embargo, es el reprimirles sus emociones (Poal Marcet, 1993).

La relación que se establece entre lo que creemos como "femenino" y "masculino" y el resultado de nuestra experiencia y observación de hombres y mujeres puede ser muy compleja. Para Fox Keller (1991) es muy importante distinguir entre creencia y realidad.

Creemos que las mujeres son capaces de unas cosas e incapaces de otras y lo mismo referido a los hombres, con lo que podemos plantear de qué forma estas creencias condicionan lo que cada sexo es capaz de vivir y de hacer. Debemos plantearnos qué hay de cierto en las asignaciones que la socialización otorga a cada sexo.

Los roles culturalmente establecidos pueden tener consecuencias para el bienestar psicológico. En el caso de las mujeres su limitación a lo **privado** convierte su actividad en "invisible" con escaso reconocimiento y pocas gratificaciones. **Gove y Tudor (1979)** plantean que quizá el mayor índice de problemas emocionales en las mujeres sea debido al desempeño de ciertos roles. Las razones que dan son:

1. La gran mayoría de las mujeres desempeñan como único rol el de ama de casa. Si este papel no les satisface no tienen ninguna otra fuente de gratificación.
2. Gran número de mujeres se sienten frustradas por desempeñar este rol.
3. El rol de ama de casa carece de estructura y es invisible.

La desigualdad social a la que ha estado sometida la mujer, en muchos casos ha sido argumentada en función de su supuesta inferioridad con respecto al hombre (incapaz de pensamiento abstracto, de creatividad, de iniciativa); pero hoy sabemos que esto no es más que el resultado de la distinta socialización y la consiguiente asignación de roles (**Barberá, 1983**).

Gillespie y Eisler (1992) han desarrollado una escala para la medición del estrés del rol del género femenino. Las respuestas de "estrés ligadas al rol" que obtuvieron como más sobresalientes fueron:

- a. Temor a las relaciones no emocionales.
- b. Temor a no resultar atractiva.
- c. Temor a la victimización.
- d. Temor a la conducta asertiva.
- e. Temor a no poder ser nutritiva.

Estos autores llegaron a la conclusión de que las mujeres que presentan los rasgos asociados al rol, descritos anteriormente, tendrían más dificultades en la protección frente a estresores relacionados con la depresión. Por lo tanto, estos resultados nos dirigen hacia la consideración del "rol tradicional femenino" como un factor de riesgo para la depresión.

El que las mujeres puedan superar los inconvenientes que el desempeño de ciertos roles tiene para su salud mental implica, como afirma Mae Kelly (1991), una reconceptualización de la ideología del rol sexual y la aceptación de una nueva ideología por hombres y mujeres; al mismo tiempo esta ideas también deben ser asimiladas por las instituciones judiciales, políticas y económicas de las naciones.

I.10. DEPRESION Y RELACIONES DE PAREJA

La mayoría de los estudios que se han realizado en el campo de las relaciones entre depresión y ajuste de pareja han sido enfocados en dos sentidos:

- Desde el punto de vista etiopatogénico se han estudiado las relaciones entre problemas de pareja y desarrollo de la depresión.

- También se ha considerado la responsabilidad que los problemas de pareja pueden tener en la evolución y pronóstico de la depresión.

I.10.1. ETIOPATOGENIA DE LA DEPRESION Y PROBLEMAS DE PAREJA

Comprobar en qué medida una mala relación de pareja puede favorecer el inicio de la depresión, sobre todo en las mujeres, ha sido el objeto de estudio de muchos trabajos que se enmarcan en un enfoque psicosocial de los trastornos psíquicos. La mayoría de éstos han encontrado una asociación significativa entre un mal ajuste de pareja y la depresión en la mujer.

Burin y cols.(1990) afirman que *"en tanto el matrimonio constituye un factor de protección para la salud mental de los varones, se transforma en un factor de riesgo para las mujeres"*. En realidad el verdadero factor de riesgo lo constituye la falta de intimidad con el compañero, hecho que para las mujeres puede tener una significación distinta que para los hombres. Las mujeres, incluso las solteras, valoran el doble que los hombres la probabilidad de poder desarrollar un trastorno depresivo fruto de dificultades relacionales del tipo "ser rechazados en una relación o romper con una relación significativa" (**Cáceres Carrasco, 1993**).

Merikangas y cols.(1985) encuentran que los matrimonios de los enfermos depresivos son significativamente peores en todas las áreas que los de la muestra control. Las desilusiones y los daños causados por el compañero se encuentran asociados a la depresión de tipo neurótico y no a la depresión endógena (**Matussek y Wiegand,1985**).

En cuanto a la diferencia de sexos unos estudios indican que, en general, los hombres depresivos tienen un mejor ajuste matrimonial que las mujeres depresivas, siendo para éstas un factor de riesgo el matrimonio (**Crowther,1985; Bebbington,1987**). Por el contrario, otras investigaciones no encuentran diferencias y consideran una relación deficiente de pareja como un factor de vulnerabilidad igual para ambos sexos (**Roy 1978,1981a; Cochrane y Stopes-Roe,1981; Kaplan y cols.1987; Penkower y cols.1988**).

La presencia de depresión, en uno o en los dos miembros de la pareja, parece ser también un factor de riesgo para la estabilidad del matrimonio. En un estudio realizado por **Merikangas (1984)**, se observó que en parejas en las que los dos miembros eran depresivos, el índice de divorcio era nueve veces mayor que en la población general. A su vez el divorcio tiene repercusiones en la salud mental. La ruptura matrimonial se ha encontrado asociada con elevadas cotas de prevalencia de depresión mayor, tanto en mujeres como en hombres, pero es en éstos donde aparece como un factor de riesgo para el comienzo de la depresión (**Bruce y Kim,1992**).

Los factores matrimoniales que según **Ilfeld (1980)** se han asociado más frecuentemente a la depresión son:

1. Falta de confidencialidad y de intimidad con el esposo.
2. Percibir que la relación es asimétrica (p.e. tener la sensación de que se cede más ante los deseos del cónyuge, que él a los propios).
3. Imposición por parte del conyuge.

Por el contrario, los factores que protegen de la depresión son:

1. Valorar el propio matrimonio en comparación con otros.
2. Comunicación verbal, confianza e intimidad con el conyuge.
3. La existencia de una relación simétrica (soluciones justas para ambos miembros).

En las mujeres también han sido valoradas otro tipo de relaciones familiares (con la madre, padre, hijos) en relación con la depresión. **Birtchnell (1988)**, en un estudio con mujeres casadas depresivas, encuentra que éstas informan de cuatro o más relaciones familiares malas (incluida la relación con el cónyuge), siendo estos resultados significativos al compararlos con la muestra de mujeres sanas.

I.10.2. EVOLUCION DE LA DEPRESION Y RELACION DE PAREJA

Un factor que parece influir en la evolución de la depresión es la existencia de problemas con la pareja. El apoyo que ésta pueda prestar en una fase depresiva puede ser de gran ayuda para la recuperación. Muchas veces los familiares y cónyuges del enfermo depresivo suelen manifestar incompreensión y rechazo ante los síntomas, como p.e.la irritabilidad, que les afectan (Alonso-Fernández,1994).

Bromberger y cols.(1994a) en un estudio de seguimiento de mujeres con depresión han observado cómo, entre aquellas mujeres que después de tres meses de tratamiento continuaban con síntomas depresivos, el índice de disarmonía matrimonial era mucho mayor que en el grupo de mujeres que habían evolucionado favorablemente. Estos resultados también los encontraron Steiner y cols.(1992), observando una relación recíproca negativa entre depresión y problemas matrimoniales. Otras investigaciones encuentran una asociación entre la gravedad de la depresión y la falta de intimidad matrimonial (Waring y Patton, 1984).

Corney (1987) analizó el efecto de la interacción laboral social como medida terapéutica, en mujeres casadas con depresión. El seguimiento se hizo a los seis y a los doce meses de tratamiento. Los resultados indicaron que las mujeres que tenían importantes problemas matrimoniales eran más propensas a ser depresivas que aquellas que tenían buenas relaciones con su compañero. Sin embargo, las mujeres con problemas matrimoniales se beneficiaron más del tratamiento que las del grupo control.

I.10.3. SEXUALIDAD Y DEPRESION

Las relaciones entre sexualidad y depresión pueden ser estudiadas en dos sentidos: bien los problemas sexuales preceden a la depresión o bien pueden ser un síntoma de ésta.

Como hemos dicho anteriormente, los problemas de pareja pueden constituir un factor de riesgo para la depresión; una circunstancia que afecta pues a muchas parejas y que debilita la calidad de sus relaciones es la presencia de insatisfacción sexual o de disfunciones sexuales.

Rust y cols.(1988) encontraron que los hombres asociaban más que las mujeres la calidad de la relación de pareja con una buena relación sexual; problemas como la impotencia o la eyaculación precoz contribuían a la disfunción matrimonial en mayor medida que las disfunciones sexuales femeninas como la anorgasmia o el vaginismo. Para **Kaplan (1984)** los problemas sexuales pueden producir una depresión reactiva. Pero esta autora también cita el otro sentido en el que la sexualidad se asocia a la depresión, cuando el síntoma sexual no es sino un síntoma depresivo más. **Eicher (1978)** señala la pérdida de deseo sexual como un motivo frecuente de consulta para el médico, por lo que éstos han de tener siempre en cuenta la posibilidad de que sea un síntoma depresivo.

I.10.4. SITUACION DE MALOS TRATOS Y DEPRESION

La violencia en la familia ha sido definida como "*toda acción u omisión de uno o varios miembros de la familia que dé lugar a tensiones, vejaciones u otras situaciones similares en los diferentes miembros de la misma*". Esta conceptualización es recogida en un estudio del **Instituto de la Mujer (1991)** en colaboración con el **Ministerio del Interior**. En el mismo estudio encontramos los aspectos que definen los malos tratos a las mujeres:

- a) Se producen en el ámbito doméstico, privado.
- b) Son equiparables a modelos de conducta y comunicación propios de una relación asimétrica de dominación.
- c) El agresor tiene una relación de afectividad con la víctima. De acuerdo con la mayor frecuencia estadística: cónyuge o compañero, padre, hijo o hermano.

Hacemos referencia a esta situación en el apartado llamado "Depresión y Pareja" por ser la violencia conyugal hacia las mujeres la de mayor frecuencia.

La verdadera frecuencia de los malos tratos es aún hoy en día desconocida, ya que muchas mujeres tienen miedo a denunciar esta situación por temor a represalias de sus compañeros; además en un gran porcentaje la situación es ya crónica y las mujeres conviven con ella a costa de su salud física y mental. En la Tabla 1 exponemos las denuncias por malos tratos recogidas por el **Ministerio del Interior (1994)** desde el año 1984 hasta el primer trimestre de 1994.

TABLA 1
DENUNCIAS DE LAS MUJERES POR MALOS TRATOS

AÑO	DENUNCIAS
1984	16.070
1985	13.308
1986	17.039
1987	15.209
1988	14.711
1989	17.738
1990	16.168
1991	13.818
1992	13.915
1993	5.748
1994 (1er Trim.)	3.647

FUENTE: Denuncias en Comisaria.
Ministerio del Interior.

No existe ninguna característica de personalidad que defina a las mujeres maltratadas, aunque quizá podríamos resaltar que son mujeres poco seguras de sí mismas y que la edad de matrimonio ha sido relativamente temprana. Los cambios en la personalidad son más bien una consecuencia de la situación de maltrato.

Los malos tratos puede clasificarse en:

- a) Malos Tratos físicos: cualquier acción no accidental que provoque o pueda provocar daño físico.
- b) Abusos Sexuales: cualquier contacto sexual realizado desde una posición de poder o autoridad y sin consentimiento de la mujer.

c) **Malos Tratos Psíquicos:** Cualquier acto o conducta intencionada que produce desvalorización, sufrimiento o agresión psicológica a la mujer (insultos, vejaciones, crueldad mental..).

El perfil de la mujer maltratada es:

- Edad: entre 26 y 35 años.
- Estado Civil: casada.
- Número de hijos: de dos a cuatro.
- Formación: estudios primarios.
- Ocupación: ama de casa en su mayoría.
- Denuncia: malos tratos físicos con más frecuencia.
- Tiempo de maltrato: de siete a nueve años.

Breiner (1992) comenta que los malos tratos han ocurrido desde siempre, sobre todo en sociedades que demostraban un desprecio por la mujer. Las niñas que de pequeñas han sufrido abusos con mucha probabilidad serán mujeres adultas depresivas. En un estudio retrospectivo con una muestra de mujeres depresivas y una muestra control, **Hällström (1987)** encontró que las mujeres depresivas habían sufrido en su infancia, con bastante frecuencia, castigo corporal.

Cascardi y cols.(1992), estudio la influencia de la violencia conyugal sobre la depresión. Este autor concluye en su trabajo que las mujeres que habían sufrido agresiones matrimoniales informaron ciertos niveles clínicos de sintomatología depresiva.

I.11. DIVISION SOCIAL/SEXUAL DEL TRABAJO.

Los dos grandes espacios donde podemos situar la actividad laboral de hombres y mujeres son el doméstico y el extradoméstico. Clásicamente el trabajo ha sido sinónimo de remuneración, de salario; desde este punto de vista el trabajo doméstico no ha sido considerado como tal y la mayoría de las mujeres, que han sido las que lo han ejercido, no han sido consideradas trabajadoras a pesar de haber realizado una actividad sin horarios, vacaciones, fines de semana ni jubilación.

Remontándonos en el tiempo vemos como la mujer ha desarrollado su actividad laboral fundamentalmente dentro del hogar, pero hay una circunstancia histórica que marca aún más su reclusión en este espacio doméstico y la aísla aún más de cualquier otra actividad: **la Revolución Industrial**. En este momento se definen claramente los dos espacios laborales anteriormente citados: la familia como unidad de consumo y socialización y el trabajo como la actividad que se ejerce fuera del hogar y por la que se consigue una remuneración económica con la que acceder a bienes y servicios (**Montaños Serrano, 1994**).

La división del trabajo en nuestra sociedad parece partir de una orientación de los hombres hacia tareas "instrumentales o productivas" y de las mujeres hacia tareas "afectivas y no productivas" (**Duran, 1977**). Clásicamente se ha visto esta división como "natural" en función del papel que la biología le ha asignado a la mujer en la reproducción y lactancia.

Amorós (1979) plantea una adecuada conceptualización de la división sexual del trabajo, revisando las concepciones **biologista y economicista** en favor de una concepción que resalte su naturaleza **ideológica** al servicio de lo femenino por parte de los hombres. El punto de vista que defiende esta autora es la existencia de motivaciones ideológicas, relacionadas con el deseo de controlar y dominar por parte de los hombres todo lo relacionado con la reproducción y la capacidad sexual de la mujer. De aquí, la existencia de unos mecanismos de dependencia impuestos a las mujeres a través de la prohibición de tareas.

Los datos que provienen de la **antropología** parecen contradecir este orden aparentemente "natural" de la división de tareas en nuestra sociedad. La antropóloga **Margaret Mead**, citada por **Izquierdo (1985)**, estudiando tres tribus: las arapesh, las mundugumor y las tchambuli, observa como la asignación de papeles y la división del trabajo no sigue los mismos criterios que en el mundo occidental; así por ejemplo en la tribu de tchambuli, las mujeres desempeñan una posición dominante de dirigente, mientras que los hombres son menos responsables y emocionalmente están sometidos.

Una realidad que ha contribuido grandemente a las dificultades de la mujer para acceder al trabajo extradoméstico ha sido su falta de cualificación. La educación, para el sexo femenino, no ha sido algo prioritario para la sociedad ya que las mujeres no estaban orientadas al logro sino a la crianza y al cuidado del hogar. **Burin (1987a)** hace un repaso a la historia de la educación analizando las diferencias entre hombres y mujeres y llega a las siguientes conclusiones:

1. Dentro de la sociedad patriarcal, la educación siempre ha sido la educación de los varones. Cuando las mujeres han participado de la educación ha sido desde una perspectiva **androcéntrica**. La educación de las mujeres fue concebida como un "arte de adorno", no como una posibilidad para su realización en el mundo laboral y personal.

2. Una concepción sexista de la educación que da como resultado una desigualdad de oportunidades que conlleva un orden jerárquico en la distribución social.

3. La educación se convierte en una herramienta para ejecutar la "rígida diferenciación de género sexual masculino-femenino".

Poal Marcet (1993) señala que, dentro de la sociedad española, la Ley General de Educación de 1970 marca un hito importantísimo, proclamando la igualdad de ambos sexos en el sistema escolar. A partir de este momento todas las niñas españolas tienen acceso a la escuela. En los años anteriores (década de los 50 y los 60) el analfabetismo en las mujeres duplicaba en cifras al de los hombres, en tanto que a partir de 1970 el analfabetismo entre hombres y mujeres se igualó. Señala la autora que hoy en día las diferencias cuantitativas en cuanto a la educación han desaparecido, y en la década de los 90 las únicas diferencias que existen entre hombres y mujeres son de tipo cualitativo: las mujeres siguen dedicándose más a estudiar profesiones de tipo humanístico y de servicios y los hombres se dedican más a profesiones técnicas. A continuación aparece una tabla extraída del INE, **CENSOS DE POBLACION** y citada por **Poal Marcet (1993)**.

TABLA 2

TASAS DE ANALFABETISMO SEGUN SEXO (para población mayor de 10 años)

Año	Tasa total	Tasa varones	Tasa mujeres
1900	45,3	36,8	54,0
1910	40,0	32,1	47,5
1920	34,8	28,1	41,2
1930	25,9	19,5	32,0
1940	18,7	13,8	23,2
1950	14,2	9,9	18,3
1960	11,2	7,3	14,8
1970	8,9	5,1	12,3

Fuente : POAL MARCET 1993

Hemos observado como las diferencias, en cuanto a la educación de las mujeres frente a los hombres, son un hecho histórico demostrable que ha tenido grandes implicaciones para la vida de las mujeres, para su acceso al trabajo, para su autoestima y que indudablemente ha condicionado su bienestar psíquico y social.

También encontramos en documentos de la Iglesia Católica algunos postulados a favor de la división social/sexual del trabajo. En la Encíclica **Rerum Novarum** en 1891 de León XIII se defiende que la Naturaleza destina a las mujeres a los trabajos del hogar, y que estos salvaguardan el honor de su sexo. También las Encíclicas **Castii Connubii** y

Quadragesimo Anno (1930 y 1931) de Pío XI afirman que la mujer ha sido elevada por el Evangelio "al interior de los muros domésticos" (Sau 1986).

En términos generales las aspiraciones de logro dentro del mundo del trabajo han sido menores para las mujeres que para los hombres, lo que probablemente pueda ser el fruto de las distintas socializaciones experimentadas por unas y otros. Tyler (1973) observa claras diferencias en el "nivel de aspiración" entre hombres y mujeres, siendo el problema en el caso de las mujeres el no aspirar a conseguir los puestos de trabajo que sus aptitudes harían posibles.

Esta situación de segundo plano en la que es situada la mujer, y en la que en parte se sitúa ella misma al relegar a un segundo plano sus aspiraciones personales, la deja en una situación de clara dependencia frente al hombre. Para la autora Baker Miller (1992) la mujer se encuentra en una situación de desigualdad permanente, en una situación que ella llama de "dominación" por parte del hombre; como subordinada, a la mujer, se la anima a complacer al grupo dominante (los hombres) y a desarrollar características psicológicas que agraden a éstos como son: sumisión, pasividad, docilidad, dependencia, falta de iniciativa, incapacidad de emprender acciones, etc.

Orts Poveda y cols. (1989), en un trabajo sobre "El motivo del Logro en Roles Masculino y Femenino", hacen un repaso al concepto de "logro". El primero en definirlo, según estos autores, fue McClelland (1968) considerándolo un aspecto de la conducta humana de vital importancia para el desarrollo sociolaboral de las personas en un determinado

tipo de estructura socioeconómica, por lo tanto es una motivación que genera una actitud y ésta una conducta determinada. Los autores concluyen que en el motivo del logro influyen distintos factores: factores socioculturales, situacionales y de personalidad. Podemos pensar que si estos factores son claramente distintos en nuestra sociedad para hombres y mujeres es fácil concluir que el motivo de logro que tienen las mujeres será diferente del de los hombres.

Castilla y Cortázar (1992) se pregunta si es aplicable el esquema actividad-pasividad a la relación varón-mujer, respondiendo acto seguido negativamente a la pregunta en un deseo de tratar por igual a los dos sexos, aunque teniendo en cuenta sus diferencias y sus distintos modos de ser activos y pasivos. Las mujeres siempre se han mantenido activas, sólo que esta actividad la han ejercido en medios donde el reconocimiento social no ha llegado, con la consiguiente devaluación de su trabajo. Esta situación contribuye a una baja autoestima en las mujeres y a su malestar crónico.

Hay una realidad objetivable y estadística que es el gran número de mujeres que viven en una relación de dependencia, sin tener sus propios recursos económicos, sin tener capacidad para tomar sus propias decisiones y subordinando su vida al servicio de otros. **Dowling (1982)** llama a esta situación el Complejo de Cenicienta. Existe, por parte de las mujeres, miedo a desarrollar su independencia, y la autora defiende que "en realidad no estamos adiestradas para la libertad, sino educadas para todo lo contrario: la dependencia". Otros autores como **Fernández Villanueva (1989)** también defiende esta idea de dependencia femenina, afirmando que las personas que se han identificado como mujeres muestran un

conjunto de orientaciones interpersonales y valorativas que se pueden denominar "dependencia" . El hombre, desde este planteamiento, asume esta dependencia y se ve más forzado por las exigencias profesionales, en tanto que la mujer recibe y se siente exigida desde lo interpersonal y lo afectivo. El enfoque que esta autora da al tema dependencia versus independencia, en relación a la mujer y al hombre, es reelaborado desde una posición psicodinámica: " El nacimiento del deseo sexual hacia el otro sexo depende de una posición inconsciente en que la mujer libidiniza su dependencia y la independencia del hombre". Por último concluye que para que la mujer abandone su dependencia debe encontrar nuevos símbolos ligados al deseo, abandonando los antiguos ligados a la dependencia femenina/independencia masculina, y que la mujer debe aprender a no ser dependiente sin perder sus habilidades interpersonales.

Todo lo visto en este apartado es una pequeña aproximación a la división social/sexual del trabajo, al motivo de logro en las mujeres, a sus posibilidades de educación y al establecimiento de un papel dependiente frente a los otros (pareja, padres, etc). En otros apartados revisaremos qué implicaciones pueden tener estos aspectos, si las tienen, en la salud mental de las mujeres.

I.12. SINDROME DEL AMA DE CASA

Los estudios epidemiológicos nos han aportado datos en favor de un elevado índice de morbilidad psiquiátrica en las mujeres. A partir de este hecho ha surgido un creciente interés por el estudio de las características biológicas, psicológicas y sociales de la mujer en relación a su psicopatología. Dentro de las características sociales, uno de los aspectos importantes para analizar son las relaciones mujer-mundo del trabajo. Quizá la situación laboral más frecuente de las mujeres hasta nuestros días sea la del trabajo dentro del hogar, por lo que dentro de la psiquiatría y la psicología surge la necesidad de una atención especial a este gran número de mujeres que a diario expresan en las consultas su malestar y que ejercen lo que se ha venido a llamar el "rol de ama de casa". **Dio Bleichmar (1991)** define el rol como el papel social, el conjunto de comportamientos que los demás esperan de una persona para asignarle un determinado lugar social. Lo que se espera de una mujer que desempeña el "rol de ama de casa" es que asuma todas las tareas domésticas de una casa, cuide a su esposo e hijos y que realice este trabajo a jornada completa, es decir que nunca abandone este papel en ningún momento, y que siempre esté disponible para los suyos y para su hogar.

Saéz Buenaventura (1986) afirma que *"es el tipo de socialización proporcionado a las mujeres, para asumir los papeles tradicionales de esposa, madre, ama de casa, etc., su permanencia en dichos papeles y dentro de unas coordenadas específicas, el principal responsable de los cuadros depresivos"*, defendiendo así el papel generador de psicopatología del rol de ama de casa.

Nos podemos preguntar cuales son las quejas que expresan las amas de casa y que es lo que psicopatológicamente se ha venido denominando "Síndrome del Ama de Casa". Para **Mas Hesse y Cabrera (1993)** este síndrome resulta un constructo muy débil. Creen que no existe acuerdo sobre quiénes son sus destinatarias ni sobre sus características sociales ni su psicopatología. Para estas autoras se ha convertido en un cajón de sastre donde se incluyen síntomas muy diversos, y para probar esta hipótesis realizaron una investigación entre médicos generales y psiquiatras donde analizaron qué síntomas pensaban estos profesionales que estaban incluidos dentro de la categoría "Síndrome del Ama de Casa" . Los resultados de este trabajo ordenan los síntomas clasificándolos de mayor a menor puntuación (dada por los profesionales de la salud), los cuales de forma resumida son:

- Sensación de debilidad o agotamiento tras esfuerzos mínimos, con malestar somático e incapacidad de relajación y sin que pueda diagnosticarse ansiedad ni depresión.
- Durante la mayor parte del tiempo las mujeres se sienten cansadas o deprimidas y todo les supone un esfuerzo.
- Síntomas de ansiedad o depresión de intensidad leve o moderada.
- Síntomas dolorosos sin causa orgánica específica.
- Problemas con el sueño.
- Mareos.
- Insatisfacción con su actividad.
- Abatidas, quejumbrosas.

- Múltiples síntomas somáticos (gastrointestinales, dérmicas, sexuales y menstruales).
- La creencia de estar afectadas por una enfermedad grave aunque las exploraciones físicas son negativas.
- Tensión muscular.
- Estado de ánimo triste, sin la gravedad de una depresión neurótica o psicótica.
- Crisis de unos minutos de duración con palpitaciones, dolor precordial, sensación de asfixia, mareo, sensación de irrealidad con miedo a morir, a perder el control o a enloquecer.

Las autoras de este trabajo concluyen que los síntomas vistos anteriormente, y que los profesionales engloban en el "Síndrome del Ama de Casa", son síntomas neuróticos cuya única especificidad es el darse en mujeres que son consideradas amas de casa.

Rodríguez y cols. (1988) manifiestan no encontrar evidencia a favor de una mayor patología psiquiátrica en amas de casa que en mujeres con trabajo remunerado. Por el contrario, sí encuentran una diferente forma de expresión de la patología psiquiátrica entre estos dos grupos de mujeres.

Podemos quizá pensar que lo que distingue a las mujeres que ejercen un "rol de ama de casa" no es el tipo de sintomatología que presentan, englobable en distintos tipos de diagnósticos psiquiátricos, sino más bien sus circunstancias de vida especiales y sus propias

vivencias. Romo (1992) ha trabajado durante diez años con un grupo de cuatrocientas mujeres amas de casa, encontrando que las vivencias que más frecuentemente refieren las mujeres son:

- sentimientos de soledad por la gran cantidad de horas que pasan solas.
- autoestima débil. Se sienten infravaloradas debido al escaso o nulo reconocimiento que los otros (familia, sociedad) hacen de su trabajo.
- desilusión por el tipo de vida familiar.

Ante esta situación vivencial la mujer puede, según el autor, compensar su problemática creando un problema aún mayor. Puede hacerlo de dos formas:

1. REACCIONES PERMITIDAS SOCIALMENTE:

- Obsesión por limpiar como un ritual compulsivo.
- Descargar la ansiedad gritando o pegando a los hijos.
- Utilización de fármacos, frecuentemente autoadministrados.
- Adicción a la TV como compensación de la incomunicación.
- Compras inútiles.
- Obsesión por el cuidado estético.

2. REACCIONES " MAL VISTAS " SOCIALMENTE.

- Adicción a las máquinas tragaperras.
- Adicción a las bebidas alcohólicas, casi siempre a escondidas.

Encontramos que las mujeres situadas en la perimenopausia, con frecuencia presentan malestar psíquico y sobre todo vagas molestias físicas. Son estas mujeres las que con frecuencia padecen el llamado "Síndrome del nido vacío" también llamado "Síndrome postmaternal" . Es este malestar una consecuencia de la pérdida de función del rol maternal: cuando los hijos tienen edad de ser independientes y ya no necesitan la protección de los padres abandonan el hogar paterno, siendo la madre la que más sufre esta pérdida, ya que ha focalizado sus intereses personales, en gran medida, en el cuidado de los hijos. Es lo que **Dio Bleichmar (1991)** llama "*madre en paro involuntario*". En estas mujeres los problemas de tipo psicossomático son muy frecuentes (**Usobiaga Sayes 1988**).

Podemos decir que estas mujeres se encuentran en lo que **Burin (1987b)** define como la "Crisis de la Edad Media de la Vida". El concepto de crisis lo define con una doble acepción: 1) Ruptura con el equilibrio anterior y 2) Posibilidad de criticar el equilibrio anterior; y, añadiríamos también, el hecho de poder superar el equilibrio anterior.

Este malestar es un fenómeno relativamente nuevo en las amas de casa españolas, que se encuentran cada vez más aisladas en una sociedad que se ha modernizado rápidamente. En las sociedades rurales en las cuales la familia era extensa, la crisis de la edad media de la mujer era muy infrecuente. El ama de casa se sentía plenamente identificada con su rol tradicional, ejercía de madre durante toda su vida adulta, hasta la vejez, en la que se encontraba rodeada de nietos, y en el hogar por tanto siempre existían hijos o nietos. La familia numerosa proporcionaba a la mujer una fuente continua de autoestima y de afecto. A

medida que el número de hijos ha decrecido y la familia nuclear es la que predomina, el malestar de las mujeres en esta época de la vida es más frecuente (Gonzalez Duro, 1989).

Todas las mujeres cuya profesión es la de amas de casa tienen muchas cosas en común, pero todas coinciden sobre todo en una, y es en no recibir ningún tipo de salario por su trabajo. Independientemente de como sea el tipo de relación que mantengan con su compañero, siempre van a depender del dinero que aporte éste al hogar. Esta situación conlleva la dependencia económica de las mujeres y el malestar que muchas expresan por las limitaciones y la falta de autonomía que esta situación les hace vivir.

Coria (1987,1989) ha estudiado el papel del dinero y el de la dependencia económica sobre la salud mental de las mujeres que viven en esta situación. En uno de sus trabajos cita los datos estadísticos obtenidos por la UNESCO (Coria 1987): " Las mujeres representan el 50% de la población adulta del mundo y un tercio de la fuerza de trabajo oficial, pero realizan casi las dos terceras partes del total de horas de trabajo y reciben sólo la décima parte del ingreso mundial y poseen menos de una centésima parte de la propiedad inmobiliaria mundial".

En una sociedad con un sistema económico de mercado, el dinero es uno de los instrumentos privilegiados de poder, por lo que si las mujeres no disponen, de igual forma que los hombres, de su uso, obviamente su poder será menor. Las mujeres son las dueñas de lo que esta autora llama "dinero chico", el dinero destinado a las necesidades del hogar, un

dinero que da pocas satisfacciones y sin embargo demanda mucha responsabilidad. Sus planteamientos defienden la unión entre dependencia económica y salud mental: *"La manera de participar en el dinero no es inocua. Su manejo, que es el resultado de una cantidad de condicionamientos complejos, de identificaciones y de representaciones psíquicas, es también y al mismo tiempo un estructurador psíquico. En ello reside su importancia en relación a la salud mental de las mujeres"*.

Mucho más podríamos plantearnos y analizar desde la perspectiva que hemos venido tratando en este apartado. El tema es de gran importancia, al menos desde nuestro punto de vista, ya que un sector amplio de la población femenina de nuestra sociedad se define y se sitúa en el papel de ama de casa, por lo que las implicaciones de este rol para la salud mental consideramos que, psicológica y socialmente, deben ser tenidas muy en cuenta.

I.13. EL DESEMPLEO: CONCEPTO Y ESTADISTICAS.

Podemos definir el concepto de desempleo desde dos puntos de vista. Por un lado, el concepto estadístico oficial que cada Gobierno impone en sus jurisdicciones; por otro lado tenemos el concepto socio-psicológico, de mayor amplitud, y con unos objetivos que no sólo pretenden contabilizar una situación, sino analizar sus antecedentes y consecuencias en el individuo y en la sociedad.

La Organización Mundial del Trabajo ha intentado buscar una definición al término "desempleo" sin conseguirlo. Cada país establece sus propios criterios y establece en función de éstos quién está o no desempleado. De todas formas, las cifras de desempleo no parecen nunca ser del todo reales sino sólo aproximativas y basadas generalmente en el censo de las oficinas de desempleo.

Desde el punto de vista socio-psicológico se puede considerar que son desempleados todos aquellos que no tienen un puesto de trabajo, pero que les gustaría tenerlo; también entrarían en esta categoría los que perciben una ayuda económica de la asistencia social por encontrarse en una situación sin empleo remunerado (**Jahoda, 1987**).

Dentro de la tasa global de desempleados han sido y son las mujeres el colectivo más numeroso. A continuación presentamos una tabla que recoge la evolución de la población inactiva en España desde el año 1983 al 1993 extraída de la Encuesta de población Activa del

INE (BOLETIN ESTADISTICO DE DATOS BASICOS, PRIMER TRIMESTRE 1994).

TABLA 3

EVOLUCION DE LA POBLACION INACTIVA Y DE LAS TASA DE INACTIVIDAD DE LA POBLACION DE 16 Y MAS AÑOS POR SEXO

AÑOS	AMBOS SEXOS		VARONES		MUJERES	
	TOTAL	TASA	TOTAL	TASA	TOTAL	TASA
1983	14.109,0	50,7	3.657,3	27,4	10.451,6	72,2
1984	14.410,0	51,1	3.827,7	28,2	10.582,3	72,3
1985	14.718,8	51,5	4.023,2	29,2	10.695,6	72,2
1986	14.841,1	51,3	4.108,5	29,6	10.732,6	71,5
1987	14.747,8	50,3	4.282,4	30,3	10.465,4	68,9
1988	14.885,5	50,0	4.505,9	31,3	10.379,6	67,5
1989	15.097,8	50,0	4.613,5	31,6	10.484,3	67,2
1990	15.182,7	49,9	4.821,3	31,8	10.572,3	66,7
1991	15.393,6	50,3	4.821,3	32,7	10.572,3	67,3
1992	15.644,0	50,1	5.081,1	33,9	10.563,0	65,6
1993	15.829,0	50,5	5.229,5	34,7	10.564,7	65,2
1.TRIM.93	15.829,0	50,8	5.229,5	34,8	10.599,5	65,7
2.TRIM.93	15.813,2	50,6	5.227,2	34,7	10.586,0	65,5
3.TRIM.93	15.728,9	50,2	5.184,7	34,4	10.544,2	65,2
4.TRIM.93	15.810,5	50,4	5.281,6	34,9	10.528,9	64,8

FUENTE: INE. Encuesta de Población Activa. Boletín estadístico de datos básicos.

En la FIGURA I.1 vemos claramente la evolución que han sufrido las tasas de inactividad en hombres y en mujeres. Hemos utilizado los datos de la tabla anterior para la construcción de estas representaciones gráficas. Observamos como a pesar del descenso del desempleo, en los últimos diez años, en las mujeres, todavía se encuentran en esta situación un porcentaje que es casi el doble que el de los hombres.

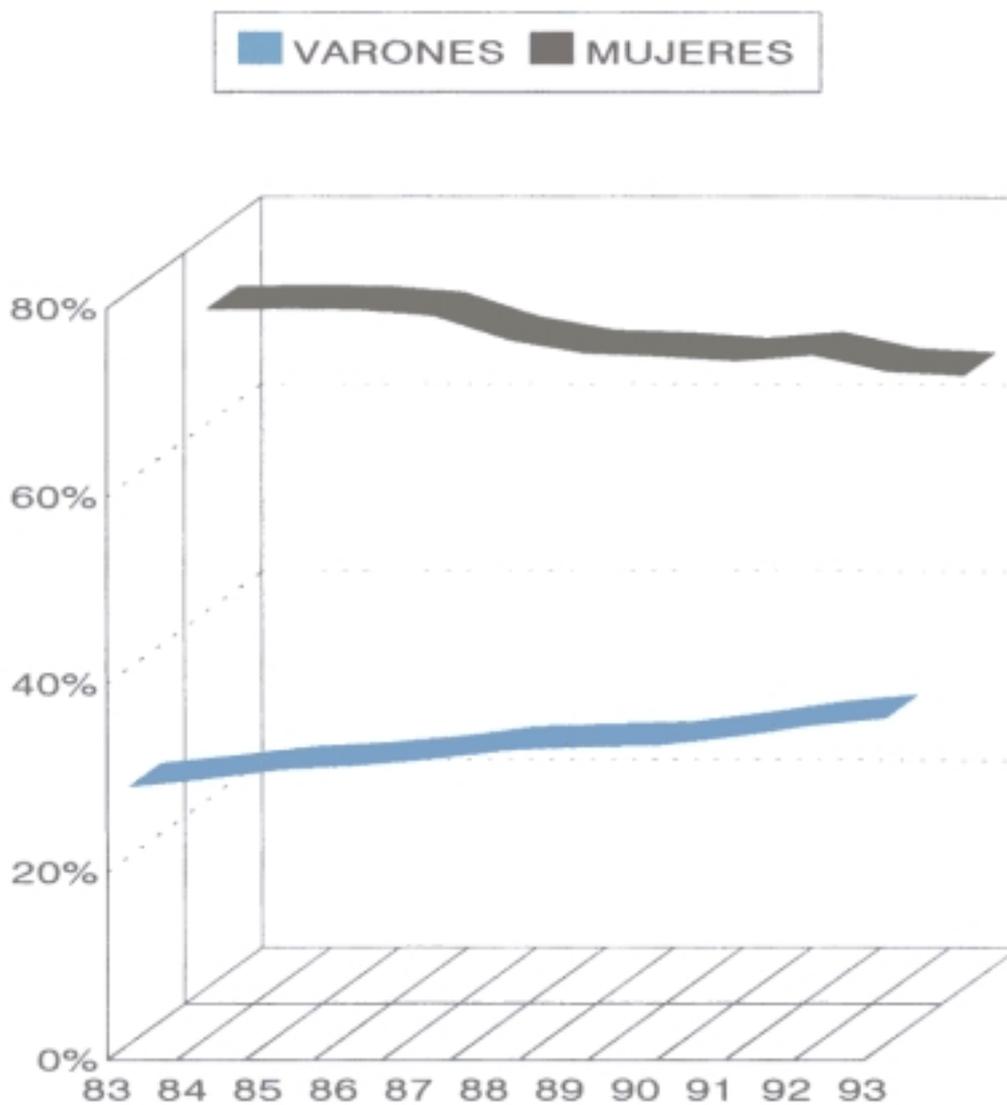


Fig.I.1.Evolución de las Tasas de Inactividad de la Población de 16 y más años por sexo

Salle y Casas (1986) examinan tres factores relacionados con las tasas de actividad femenina. Estos son: edad, estado civil y nivel educacional. Estos tres factores tienen una alta correlación entre ellos y además actúan reforzándose mutuamente. Estos autores encuentran que son las mujeres más jóvenes, solteras y con un alto nivel de estudios las que presentan mayor tasa de actividad laboral. Finalmente afirman que la diferencia de perfiles entre la mujer activa y la mujer no activa laboralmente, es mucho mayor que en el caso de los hombres.

En el mismo estudio estos autores hacen una reflexión sobre la presencia de la mujer en la población activa. Aunque progresivamente la mujer se vaya incorporando al trabajo remunerado, es en las actividades con características correspondientes a mano de obra secundaria donde la encontramos fundamentalmente. Estas características son:

- a) Menor participación porcentual en el mundo del trabajo con relación a la población general.
- b) La mujer activa tiene rasgos específicos que la distinguen con claridad del resto de mujeres.
- c) La mujer activa ocupa puestos muy determinados que no se corresponden con el perfil general del conjunto de la población activa.
- d) Mayor proporción de mujeres en empleos periféricos (inestables, no asalariados, etc)
- e) Puestos de trabajos menos cualificados.
- d) Mayor proporción relativa en situación de desempleo y en peores condiciones para poder conseguirlo.

A modo de pequeño resumen podemos afirmar que el desempleo es un tema que toca de lleno a las mujeres, y no debemos descartar el plantearnos de qué forma puede repercutir en la salud mental de las mujeres el mantenimiento de esta situación.

I.13.1. DESEMPLEO Y SALUD MENTAL

El trabajo es una fuente continua de autoestima y es el que les aporta la independencia económica tanto a los hombres como a las mujeres. Para la mujer ya hemos visto las consecuencias de mantenerse en un papel de dependencia frente a otros, por lo que la función social y psicológica de la actividad remunerada ocupa un lugar importante en el bienestar de las mujeres. Un mayor nivel de estudios hace también más rentable el trabajo fuera del hogar y la independencia económica es el factor que hace que dentro del hogar se establezca un reparto más equitativo de tareas, revalorizando así las tareas domésticas y la función social de la reproducción (**Instituto de la Mujer, 1991**).

La situación de desempleo constituye un factor de estrés para la mayoría de los individuos afectados que viven en la sociedad occidental. Este desempleo puede ser por paro primario, por despido o por jubilación, pero de cualquier manera afecta al sujeto, deteriorando la imagen de sí mismo, produciéndole sentimientos de inseguridad ante los demás, de vergüenza, de decepción e incluso de culpa. El desempleo, a pesar de las distintas situaciones que se den en cada caso, puede considerarse como un factor que aumenta la vulnerabilidad tanto para el trabajador como para su entorno familiar (**Pelicier 1993**).

Al revisar la literatura sobre el tema, observamos como éste empieza a ser objeto de estudio de psiquiatras y psicólogos. **Wilson y Walker (1993)** afirman que el desempleo tiene un efecto adverso sobre la salud. Los desempleados presentan un alto índice de depresión y ansiedad, y también han observado un mayor aumento de suicidio y cáncer. Las mujeres son menos afectadas por el desempleo forzoso. En las familias que sufren el desempleo son más frecuentes las enfermedades físicas, el estrés psicológico y la ruptura familiar.

Viinamaki y cols. (1993) estudiaron los efectos del desempleo en los trabajadores de una fábrica que había cerrado seis meses antes, midiendo sus índices de bienestar mental. Encontraron que en los hombres, el bienestar psicológico era significativamente inferior a los del grupo control, no encontrando diferencias en las mujeres. Los hombres tenían fundamentalmente el estado civil de casados. Se concluye que hay una asociación entre apoyo social insuficiente, salud pobre, bajos ingresos e incertidumbre acerca del futuro, que sobre todo ha sido encontrada en el grupo de hombres casados que presentaban malestar psicológico.

Dependiendo de las características sociales de los grupos estudiados, en algunos casos la pérdida económica es fundamentalmente la causa del malestar y en otros casos, no tan dependientes de los ingresos, es la pérdida de autoestima y de los contactos sociales la mayor consecuencia de la pérdida del empleo (**Beiser y cols. 1993**).

Kasl (1979), citado por **Jahoda 1987**, realizó un estudio longitudinal en el que hizo un seguimiento de seis meses posterior al despido. En este trabajo el autor llega a la

conclusión de que, en los primeros momentos del desempleo, se sufren las privaciones económicas, unidas a la falta de un "rol laboral", aunque no se produjeron cambios en los indicadores fisiológicos; en períodos posteriores de la investigación, el sentimiento de privación económica se intensificó, mientras que las medidas de "rol laboral", lo que se considera la medida psicológica de las consecuencias del desempleo, mostraban una adaptación positiva a la situación de paro. Parece por tanto que los trabajadores de este estudio contradicen los resultados hallados en investigaciones anteriores, ya que en su caso las consecuencias psicológicas fueron mínimas.

Dew y cols. 1992 realizaron una revisión de la literatura sobre despido y salud mental en mujeres. Junto a esta revisión hacen un estudio prospectivo en una muestra de mujeres (setenta y tres) durante doce meses después de la pérdida del trabajo. La ocurrencia del despido fué asociada significativamente con un aumento de síntomas depresivos, aunque no se encontró asociación alguna con síntomas de ansiedad. Entre las mujeres despedidas aquellas que manifestaron bajos niveles de apoyo por parte de su marido o compañero, o graves dificultades económicas, fueron las que presentaron niveles más altos de depresión. Los autores discuten la naturaleza del despido como un agente psicosocial crónico. Estos resultados también son apoyados por Bromberger y Matthews (1994b), los cuales encontraron niveles más altos de síntomas depresivos en las mujeres desempleadas, siendo las más sintomáticas las que tenían bajos niveles educativos, bajo apoyo familiar y de amigos, y una baja satisfacción marital.

I.14. EL ESTRES EN EL MUNDO DEL TRABAJO

El hecho de que el trabajo produce en muchas circunstancias altos niveles de estrés en las personas parece estar unánimemente aceptado. Asociamos casi siempre la idea de estrés con el malestar psíquico y/o físico; pero esto no tiene porque ser necesariamente así, ya que el estrés es un fenómeno adaptativo que contribuye a la supervivencia del ser humano, y a un adecuado rendimiento en muchas esferas de la vida, entre ellas en el trabajo. Lo que puede hacer que sea nocivo es que sea excesivo, incontralable e incontrolado (Peiró, 1993).

Uno de los primeros en explicar los procesos de enfermedad relacionados con el estrés ha sido **Hans Selye**. Este autor, en su teoría sobre el "Síndrome General de Adaptación", describe tres estadios en el proceso de enfrentamiento a una situación estresante:

1. REACCION DE ALARMA. En esta fase los mecanismos de defensa del individuo se activan.
2. RESISTENCIA. Es el estadio de máxima adaptación y de vuelta al equilibrio individual. Sin embargo, si los estresores continúan o las defensas se debilitan se pasará a la tercera fase.
3. AGOTAMIENTO. Es el momento en el que se colapsan los mecanismos adaptativos (Cooper, 1983).

García Izquierdo (1993) distingue entre estresores, tensión y estrés. Define los estímulos como estresores, la respuesta del individuo como tensión y el campo de estudio como estrés. Este autor cita en su trabajo a **Kahn (1970)** como uno de los pocos autores que

ha desarrollado un modelo de estrés laboral basado en la experimentación. En este modelo el medio ambiente objetivo tiene una influencia causal sobre el ambiente subjetivo, que influye en las reacciones individuales que pueden dar lugar a la patología. Las variables de personalidad y las relaciones interpersonales influyen en que el individuo desarrolle una respuesta patológica al estrés.

Los tipos de estresores que encontramos en el ambiente laboral son muy variados.

Peiró (1993) en función del momento en que aparecen, de su duración, de su frecuencia o de su repetitividad e intensidad, los clasifica en cuatro tipos:

1. **Estresores Agudos:** Tienen alta intensidad, poca frecuencia, corta duración y desencadenamiento rápido.
2. **Estresores Crónicos:** No hay un inicio puntual, son frecuentes, pueden tener duración corta o larga y pueden tener baja o elevada intensidad. El autor pone como ejemplo la inseguridad en el trabajo.
3. **Pequeños Estresores de la Vida Diaria:** Son de corta duración, tienen un comienzo definido, ocurren con frecuencia y son de baja intensidad.
4. **Desastres:** ocurren con poca frecuencia, tienen un comienzo específico, pueden ser de corta o de larga duración y son de fuerte intensidad.

Cooper y Marshall (1978) y Cooper (1983) agrupan los estresores dentro del mundo del trabajo en: debidos a desempeño de rol en la organización, a la estructura y clima

organizacional, a las relaciones sociales en el trabajo, a factores intrínsecos al puesto y condiciones de trabajo, al desarrollo de la carrera profesional, a fuentes extraorganizacionales como problemas familiares y a características de personalidad. Peiró (1993) por su parte agrupa los estresores laborales de la siguiente forma:

- **Estresores del Ambiente Físico:** Ruido, Vibración, Iluminación, Temperatura, Higiene, Toxicidad, Condiciones Climatológicas, Disponibilidad y Disposición del Espacio Físico para el Trabajo.
- **Principales Demandas Estresantes del Trabajo:** Trabajo nocturno y Trabajo por Turnos, Sobrecarga de Trabajo, Exposición a Riesgos y Peligros.
- **Contenidos del Trabajo:** Oportunidad para el control, Oportunidad para el Uso de Habilidades, Variedad de las tareas, Feedback de la propia tarea , Identidad de la tarea y La Complejidad del Trabajo.

Por otro lado el mismo autor estudia, como fuentes de estrés, tres aspectos muy importantes del trabajo, como son el desempeño de roles, las relaciones interpersonales y el desarrollo de la carrera profesional. Creemos muy importante considerar estos tres aspectos cuando nos adentramos en las relaciones mujer-mundo del trabajo. El desempeño de roles es una realidad conflictiva para la mayoría de las mujeres que trabajan y que además tienen una familia de la que ocuparse. También las mujeres parecen encontrarse con mayores dificultades a la hora de desarrollar su carrera profesional.

I.14.1. ESTRES Y PSICOPATOLOGIA

Como hemos visto, el estrés proviene de múltiples fuentes en el contexto laboral. Ahora podemos preguntarnos qué consecuencias para la salud mental tiene el vivir esta situación para las personas y en concreto para las mujeres.

Dentro de la psicopatología desencadenada por situaciones de estrés en el trabajo parece ser la sintomatología depresiva la más encontrada. **Gallery y cols. (1992)** encuentran una asociación significativa entre insatisfacción en el trabajo, estrés y depresión en una muestra de médicos de Urgencias. Entre éstos son las mujeres y los hombres mayores los más afectados. **Sutherland y Cooper (1992)** estudiando una muestra de Médicos Generales llegan a la conclusión de que los índices de ansiedad y depresión son más altos entre aquellos profesionales con insatisfacción laboral, no encontrándose diferencias, por el contrario, entre hombres y mujeres. **Gureje (1986)** también encuentra una asociación significativa entre depresión e insatisfacción en el trabajo.

Firth Cozens (1993), en un repaso a la bibliografía sobre Mujeres Médicas y conflictos en el desempeño de su rol profesional, analiza las dificultades de las mujeres médicas a la hora de compatibilizar su profesión, que les exige una gran dedicación, con el cuidado de su familia y hogar cuando están casadas. La autora afirma que las mujeres padecen mayor tensión que los hombres desempeñando un mismo rol en el trabajo, y también que sufren más tensión comparándolas con mujeres que ejercen otras profesiones (p.e. doctoras en humanidades). El porcentaje de depresión en estas mujeres era más alto que en sus colegas

masculinos y que en mujeres de otras profesiones. La fuente mayor de conflicto se encontraba en el hecho de compatibilizar la carrera profesional con la familia.

La autora cita las formas en que, según **Cartwright (1979)**, las mujeres abordaban el conflicto entre carrera profesional y familia. Las mujeres lo hacían de tres formas; en primer lugar algunas se convertían en "supermujeres", intentando trabajar al máximo para compatibilizar una profesión que requiere mucha dedicación y una familia, por lo que es posible que si no realizaban las dos tareas de una forma "perfecta" acabaran con sentimientos de culpa y fracaso ; en segundo lugar estaban las que optaban por "una carrera de ambición limitada" concediéndole a la familia el primer lugar en sus vidas, pero que podían acabar deprimiéndose por abandonar sus ilusiones profesionales; por último estaban las que se centraban en su carrera profesional y renunciaban a la maternidad y al matrimonio, y en este caso adquirían generalmente altos índices de satisfacción laboral pero con un cierto sentimiento de soledad en sus vidas.

Clayton y cols. (1980) observaron estos mismos resultados en mujeres licenciadas, no haciendo diferencias por profesiones, y llegando a la conclusión de que la depresión es una patología muy frecuente en este grupo de mujeres.

Muchas mujeres de clase social baja se ven obligadas a trabajar en la economía sumergida o en cadenas de producción que les exigen un rendimiento alto en relación al tiempo empleado, constituyendo ésto una fuente importante de estrés. **Brisson y cols.**

(1992) han estudiado, en las mujeres, el efecto de trabajar bajo una intensa presión temporal. Han encontrado elevados niveles de síntomas de ansiedad y depresión cuando se comparaban con mujeres de otras profesiones que recibían un sueldo por un número de horas y no por la cantidad de producción.

En mujeres ejecutivas se encuentran mayores niveles de tensión, agotamiento, conflicto de roles, que entre los hombres (Laraine y cols. 1985). Observamos como en cualquier estrato de la sociedad la mujer trabajadora puede ser más vulnerable, en términos generales, al trastorno psíquico que el hombre en el desempeño del mismo puesto de trabajo.

Podemos citar también las mayores dificultades a las que se enfrentan muchas mujeres para poder ser consideradas en un nivel profesional igual que el hombre. En un estudio longitudinal que analiza las relaciones entre Género y Poder (Ragins y Sundstrom 1989) se vio cómo dentro de las organizaciones el poder que iba ligado al progreso de la carrera profesional siempre era menor en las mujeres, las cuales eran siempre situadas en trabajos con poco poder en comparación con aquellos ocupados por hombres. Por último concluyeron que el poder genera siempre más poder, por lo que el aislar a la mujer en determinados puestos de trabajo dentro de la organización deriva en un ciclo psicológico de inferioridad en el poder que se perpetúa.

El apoyo social que proviene de la red interpersonal que rodea a las mujeres puede constituir un factor protector frente al malestar desendadenado por situaciones de tipo laboral.

Este punto de vista no es apoyado por algunos autores como **Snapp (1992)** que no encontró, en un estudio realizado con mujeres trabajadoras, que el apoyo social procedente de la familia, los amigos o compañeros de trabajo beneficiara directamente el bienestar de las mujeres y eliminara los efectos perjudiciales de los conflictos laborales. **Aston y Lavery (1993)** no encontraron efectos específicos del apoyo social sobre el bienestar físico y psíquico de mujeres trabajadoras.

Encontramos por lo tanto opiniones distintas en cuanto al papel del apoyo social en la situación concreta de estrés laboral. Como señala **Ozamiz (1988)** las investigaciones que relacionan sucesos estresantes y apoyo social son difíciles de ser cuantificadas. Por otra parte las actividades de apoyo tienen que ser operacionalmente independizadas. Finalmente, habría que estudiar las situaciones de estrés o el contexto de las mismas y no sucesos discretos relacionados con ciertos soportes sociales.

I.15. MUJER, TRABAJO Y MATERNIDAD.

Con la incorporación progresiva de la mujer al mundo del trabajo y a profesiones cada vez de más alta cualificación y que exigen una gran dedicación, la mujer de hoy en día se enfrenta a las continuas dificultades que le ocasiona el compatibilizar dos deseos que suelen estar presentes en un alto porcentaje de mujeres: por un lado, el derecho a tener una profesión y a poderla desarrollar adecuadamente, y por otro lado, su deseo de maternidad y de tener una familia. Las normas de vida de una mujer casada, profesional y con hijos no están bien establecidas y por ello se ve abocada a muchos problemas de orden práctico. Las características de ésta situación podríamos definir las como "crónicas", ya que criar a los hijos y hacerse cargo del hogar no es algo que se haga en poco tiempo. Para **Langer (1985)** esta situación de la mujer moderna, con mayor libertad social y sexual, ya no desemboca tanto en los cuadros neuróticos típicos, como la gran histeria; sino que por el contrario, conduce a un alto índice de trastornos psicósomáticos que se manifiestan sobre todo en sus funciones reproductivas.

I.15.1. LA DOBLE JORNADA

Se define como "Doble Jornada" la situación que viven la mayoría de las mujeres de clase media y baja que trabajan fuera del hogar y que además tienen una familia. Estas mujeres cumplen dos turnos de trabajo, ya que por un lado asisten a su trabajo las horas reglamentarias y por otro al llegar a sus casas hacen las tareas domésticas y cuidan a la familia. Parece lógico pensar que esta situación constituya una fuerte sobrecarga para las

mujeres. **Ramos Torre (1994)**, en un estudio sobre las relaciones entre el **Uso del Tiempo y el Género**, afirma que estamos ante un sistema de distribución del tiempo radicalmente asimétrico. Esta repartición del tiempo se apoya en dos realidades, por un lado se apoya en la desigual participación de mujeres y varones en el trabajo extra-doméstico y por otro lado en el monopolio femenino sobre el trabajo doméstico aunque la mujer trabaje fuera del hogar. En otro estudio del mismo autor (**Ramos Torre 1990**), apoyándose en estadísticas obtenidas en el **ESTUDIO 1709 del CIS**, comenta que mientras las mujeres disfrutaban de 5,33 horas diarias para el ocio, los varones tienen casi dos horas más (7,23). Con respecto al tiempo dedicado a tareas domésticas, los datos estadísticos también son muy explícitos de esta situación, ya que los hombres dedican de media 0,70 horas diarias y las mujeres 5,07 horas. Podemos añadir a estos datos estadísticos la idea ya presente en esta introducción de la falta de horario de trabajo de las amas de casa. Sorprende cómo estas mujeres en su mayoría no valoran su propio trabajo, fruto quizá de la falta de reconocimiento social. **Cresson y Romito (1993)** comentan la invisibilidad del trabajo de las madres de familia, la desvalorización que éstas tienen de su rol de madres y amas de casa y subrayan su sufrimiento mental.

El buen funcionamiento de la mayoría de las familias se ha apoyado en gran medida en el papel que las mujeres han jugado en ellas. Las mujeres han sido educadas fundamentalmente para ser esposas y madres, y en segundo lugar para ejercer una profesión. Su carrera debían ponerla siempre en un segundo lugar si no querían ser censuradas socialmente. Los ingresos de la mujer han sido considerados en muchas familias una "pequeña ayuda". La mayoría de las mujeres ha aceptado de buen grado el que su cónyuge

ganara más que ella, no siendo así, en cambio, para muchos hombres. La mujer siempre ha tenido que adaptar su trabajo a las necesidades de la familia (niños, horarios, traslados,...) en cambio al hombre nunca se le ha pedido tal cosa. Un hecho importante que empieza a aparecer con mayor frecuencia es lo que se ha venido a llamar "feminización de la pobreza", como una consecuencia de los más bajos salarios femeninos y del gran índice de familias monoparentales en las cuales la mujer se encuentra sola para trabajar, cuidar el hogar y criar a sus hijos. **Good (1992)** comenta que el 50% de los hogares de Canadá cuyo cabeza de familia es una mujer viven por debajo del límite de la pobreza.

La problemática de las mujeres que trabajan abarca muchos campos, ya que puede afectar a los hijos que también pueden padecer estrés, a sus relaciones de pareja , a sus relaciones en el medio laboral y por último, y quizá sea este el tema más frecuente, a su propia salud tanto en lo físico como en lo psíquico. Indudablemente esta no es la situación de todas las mujeres ni de todas las familias de las mujeres que trabajan fuera del hogar, pues existen una serie de circunstancias que ayudan positivamente a que esta situación no se de y que permiten a la mujer desarrollar sus intereses profesionales y sus aspiraciones maternas, y son las que se suelen dar en mujeres con una situación económica que les permite tener a sus hijos bien atendidos por otras personas, que tienen la posibilidad de tener en el trabajo horarios flexibles o media jornada y que cuentan con la colaboración de sus maridos (**Violante y Quintana 1992**). Como vemos la mujer no se enfrenta a un conflicto sin solución, sino que sencillamente se trata de una situación que puede resolverse cuando las condiciones de trabajo para mujeres con hijos pequeños sean tenidas en cuenta en el mundo

laboral y cuando los hombre adquieran una posición de mayor compromiso con sus compañeras y sus hijos.

Zambrana y cols.(1979) hicieron una revisión de la literatura sobre madres trabajadoras llegando a interesantes conclusiones. Cuando las madres trabajan, aguantan física y psicológicamente la responsabilidad y la carga tanto del hogar como del trabajo. Normalmente es la mujer la que suele ver comprometido su trabajo cuando existen conflictos familiares que requieren más atención. Son las mujeres con niños pequeños las que más frecuentemente están presentes en el mundo del trabajo, de ahí la gran necesidad de apoyo social para ellas. Afirman que no es perjudicial el trabajo de las madres para los niños, y que sobre todo tiene un efecto positivo en las hijas, aumentando su nivel de aspiraciones y facilitándoles un buen modelo. Por último las madres trabajadoras viven una continua situación de estrés fruto de la multiplicidad de roles.

Añadiremos un factor más que puede hacer aún más difícil compatibilizar los distintos roles para la madre de familia trabajadora, y éste es el vivir en una gran ciudad donde los apoyos sociales y familiares muchas veces no existen, y donde las relaciones de vecindario suelen ser menos intensas o incluso inexistentes, enfrentando a la mujer a una situación de mayor soledad frente a la maternidad (**Amigo Jaio,1988**).

I.15.2. APOYO SOCIAL A LA MATERNIDAD.

Como hemos visto son casi siempre las mujeres las encargadas de la crianza de los hijos, y podemos añadir que son las que, cuando un miembro de la familia está enfermo, se ocupan de él, siendo también las que suelen encargarse del cuidado de los ancianos. Si la realidad es así, solamente las mujeres con apoyo social pueden mantener un papel dentro del mundo del trabajo. Según el informe presentado por España a la Conferencia Mundial del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer, la falta de oferta de plazas escolares para niños de 0 a 4 años es uno de los factores más importantes que explican la baja tasa de actividad económica de la población femenina en España. En nuestro país la cobertura de plazas escolares para esta edad es del 0,5%, siendo en otros países como Bélgica, Francia e Italia del 10%, y solamente Dinamarca dentro de la Comunidad Europea tiene una oferta adecuada (Poal Marcet, 1993).

Esta situación puede ser el reflejo de una falta de sensibilidad social frente al problema de muchas mujeres que desean trabajar y tener hijos, y probablemente sea un factor decisivo en el descenso de la natalidad.

Parry y cols. (1986) estudió en una muestra de 193 mujeres que eran madres y trabajadoras los efectos del apoyo social, observando cómo a medida que éste estaba presente el índice de depresión era menor.

I.15.3. MATERNIDAD, TRABAJO Y SALUD MENTAL.

Dentro del campo de la psicología y la psiquiatría son bien conocidos los efectos que el embarazo y el parto tienen para la salud mental en un buen número de mujeres. Otro aspecto de la maternidad que puede afectar al equilibrio psíquico de éstas es lo que venimos tratando en páginas anteriores, es decir la situación de sobrecarga que provoca el compatibilizar el trabajo y la maternidad y que sitúa a la mujer en un conflicto que ella y la sociedad tienen que resolver sin que por eso tenga que renunciar a los hijos o al trabajo. **Saez Buenaventura (1993)**, en su análisis de las crisis más frecuentes en la vida de la mujer, destaca en la época de la treintena la que es el resultado del nacimiento del primer hijo y el desarrollo de la carrera profesional. Hay un aumento de síntomas depresivos y trastornos de ansiedad.

Matrajt y Arbetman (1990) en un estudio sobre mujeres campesinas mejicanas analizan las relaciones en mujeres entre trabajo y salud mental. Las mujeres que tienen que hacerse cargo de sus familias bien por abandono del marido, o por haberlo perdido o porque éste no puede hacerse cargo de la economía familiar, presentan un alto índice de enfermedades psicosomáticas y de adicción a psicofármacos. Quizá estas mujeres compensen su malestar a base de medicamentos y de síntomas corporales.

Dentro de la complejidad de la vida de las mujeres madres y trabajadoras, con las dificultades derivadas de la compatibilización de roles, unas situaciones pueden influir en las otras tanto positiva como negativamente. El bienestar en el trabajo puede que estimule a la

mujer y de ésta forma ejerza más satisfactoriamente su papel de madre, y quizá también, las satisfacciones por tener una familia influyan positivamente en la realización de una buena carrera profesional, contribuyendo todo esto en definitiva a un buen equilibrio psicológico. De igual manera pueden establecerse relaciones negativas entre todas estas situaciones. **Amos Welner y cols. (1979)** observan en mujeres médicas como el hecho de ser madres y presentar síntomas depresivos constituye una disrupción en su trayectoria profesional.

O B J E T I V O S

OBJETIVOS

- 1. Estudio de la sintomatología depresiva en mujeres, en función de la edad y del número del episodio depresivo, utilizando una metodología tetradimensional.*
- 2. Determinación del peso específico dimensional en cada uno de los items del Cet-De.*
- 3. Estudio dimensional y tipológico de la depresión en mujeres según el Modelo Tetradimensional de la depresión.*
- 4. Análisis comparativo de las situaciones, familiares y laborales, crónicas y de su asociación con el cuadro depresivo.*
- 5. Descripción de perfiles situacionales, familiares y laborales, crónicos en mujeres depresivas.*

M A T E R I A L

Y

M E T O D O

III. MATERIAL Y METODO

Nos referiremos en primer lugar en este capítulo a la muestra utilizada para nuestro estudio, dónde fué recogida y cuales fueron los criterios de inclusión y exclusión que usamos para obtenerla. También nos referiremos a la metodología usada para recoger nuestro datos, que incluye por un lado los instrumentos para medir y valorar aquello que queremos estudiar y por otro lado los métodos estadísticos necesarios para poder valorar desde un punto de vista experimental nuestros resultados.

III.1. MUESTRA

La muestra ha sido obtenida en el Ambulatorio " Vicente Soldevilla" perteneciente al Area I de la Seguridad Social, enclavado en el Distrito Puente de Vallecas.

Inicialmente se comenzó la selección de casos incluidos en este estudio, entrevistando a 183 mujeres remitidas por la Consulta de Psiquiatría, de las que 108 portaban un diagnóstico clínico de depresión según la CIE-9, y el resto un diagnóstico de otra patología psiquiátrica. Puesto que nuestro estudio solo requería diagnóstico de depresión, el resto de los casos clínicos fueron excluidos de la muestra.

Se entrevistaron en el mismo Ambulatorio, a otras 67 mujeres seleccionadas aleatoriamente (una de cada tres) de entre las que acompañaban a algún enfermo, para realizar

un estudio radiológico procedentes del Servicio de Traumatología.

Como resultado de lo expuesto anteriormente nuestra muestra quedó constituida por 108 mujeres con diagnóstico clínico de depresión que fueron incluidas en el "grupo experimental" y 67 mujeres que llamamos "grupo control".

III.2. INSTRUMENTOS

La población de estudio que hemos utilizado para este trabajo, ha sido evaluada con los siguientes instrumentos:

- Cuestionario sociodemográfico.
- Cuestionario sobre antecedentes psiquiátricos y abuso de drogas en la familia.
- Entrevista Semi-estructurada.
- Cuestionario Estructural Tetradimensional para el Diagnóstico de la depresión (Cet-de) en su versión de 63 ítems (Alonso-Fernández, 1986).

III.2.1. CUESTIONARIO SOCIODEMOGRAFICO

En este cuestionario está recogida la información necesaria para el encuadre socio-económico, educacional y diagnóstico de las mujeres incluidas en el estudio. Ha sido confeccionado por los miembros del Grupo de Investigación para la Depresión del Departamento de Psicología Médica y Psiquiatría de la Universidad Complutense que dirige el Prof. Dr. Alonso-Fernández, y lo presentamos en su totalidad en el Anexo I.

III.2.2. CUESTIONARIO SOBRE ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS Y PERSONALES

Con este instrumento hemos recogido la información referente a los antecedentes psiquiátricos de las mujeres incluidas en nuestro trabajo, así como algunos antecedentes personales sobre la toma de anticonceptivos orales, si se le había practicado una histerectomía y cuanto tiempo hacía de ésto. También queda recogida la historia familiar de abuso de drogas. Presentamos este cuestionario en el Anexo II.

III.2.3. ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA

La elaboración del guión para la entrevista semi-estructurada ha sido realizado por dos doctorandas, una de ellas la autora de este trabajo. El Objetivo de esta entrevista era analizar, en las mujeres depresivas, algunas situaciones crónicas dentro del ámbito familiar, resaltando fundamentalmente las situaciones relacionadas con la pareja. También el estudio de situaciones crónicas dentro del área laboral. La entrevista se estructura por tanto en dos apartados: familiar y laboral.

Una parte de nuestro estudio pretende aproximarse a las condiciones psicosociales crónicas que pueden estar asociadas con la depresión, por lo tanto, y en base a la bibliografía, hemos elegido ciertas situaciones que nos parecía interesante poder evaluar, sobre todo desde el punto de vista de su persistencia o "cronicidad". De esta forma con este instrumento recogemos situaciones que al menos se han mantenido durante un período mínimo de dos años y que corresponden, ya no a situaciones puntuales y "agudas", sino más bien a situaciones que

podríamos incluir en lo que la literatura sobre el tema denomina "factores estresantes crónicos".

El Anexo III contiene el guión completo de la entrevista semi-estructurada.

III.2.4. CUESTIONARIO ESTRUCTURAL TETRADIMENSIONAL PARA LA DEPRESION (CET-DE)

El CET-DE (Alonso-Fernández, 1989) es un instrumento heteroadministrado que recoge la sintomatología depresiva distribuida en las cuatro dimensiones según el MODELO TETRADIMENSIONAL DE LA DEPRESION (Alonso-Fernández, 1988). Su aplicación nos permite el diagnóstico, la clasificación y el seguimiento de la depresión.

EL cuestionario, en su versión completa, se compone de 63 ítems distribuidos en las cuatro dimensiones ya descritas en la Introducción, que se distribuyen por dimensiones de la siguiente forma: 21 ítems (Dimensión I), 14 ítems (Dimensión II), 14 ítems (Dimensión III) y 14 ítems (Dimensión IV).

La puntuación de cada ítem oscila entre los valores 0 y 4 puntos. El valor 0 corresponde a la ausencia del síntoma, el valor 4 a la presencia clara del síntoma, los valores intermedios 1 y 2 quedan reservados al síntoma dudoso y el valor 3 al síntoma poco frecuente o ligero. Su autor comenta que *"La cuantificación de los síntomas mediante estos cinco grados o puntuaciones se refiere estrictamente al estado del entrevistado en las cuatro últimas semanas. Con arreglo a estos criterios de evaluación la mayor parte de las puntuaciones se*

repartirán entre el cero y el cuatro" (Alonso-Fernández,1989). Teniendo en cuenta estas consideraciones del autor hemos hecho nuestra recogida de datos.

La evaluación de los resultados se hace en primer lugar por dimensiones. En la dimensión I la puntuación directa (suma de las puntuaciones en cada ítem) debe ser multiplicada por 0,66 para así obtener la puntuación ponderada. En las otras tres dimensiones (II,III y IV) la puntuación directa es igual a la ponderada. Finalmente se calcula la puntuación total del cuestionario, que es igual a la suma de las puntuaciones ponderadas de las cuatro dimensiones dividida por cuatro.

Para obtener un diagnóstico de depresión es suficiente con tener una dimensión positiva (son positivas las dimensiones con una puntuación igual o mayor a 32).

Las dos doctorandas que han utilizado el CET-DE para este estudio, cumplieron ambas una fase de estandarización de una semana, para su correcta aplicación, que consistió en:

- Información sobre el instrumento de medida
- Práctica del modelo sobre historias clínicas.
- Visualización de videos con posterior cotejo y discusión de evaluación y dudas.
- Puntuaciones de enfermos "in vivo" en grupos de 3 o 4 personas con posterior cotejo y discusión de evaluación y dudas.

En todos los ítems del **Cet-De** se obtuvo un patrón de fiabilidad interobservador con un coeficiente Kappa > 0,60 (Alonso-Fernández 1986,1989).

Presentamos este instrumento en el Anexo IV.

III.3. SISTEMÁTICA DE RECOGIDA DE DATOS

Los datos fueron recogidos durante un período de doce meses. Las mujeres que han participado en esta investigación eran informadas de antemano de los fines de la entrevista, con objeto de obtener su colaboración voluntaria en el estudio.

Las mujeres que acudían a la Consulta de Psiquiatría y que cumplían los criterios de tener una edad comprendida entre 18 y 65 años, una duración del tratamiento actual inferior a 24 meses y no ser adictas a drogas, eran diagnosticadas por el psiquiatra responsable de su tratamiento e informadas de las características de este estudio. A las mujeres que voluntariamente decidieron colaborar se les realizó la entrevista y la aplicación de las pruebas ya citadas. El diagnóstico clínico del psiquiatra no lo conocíamos hasta haber aplicado todo el protocolo a cada paciente.

La sistemática seguida en la entrevista fué la siguiente:

1. Aplicación, por una de las entrevistadoras del **Cet-De**, recogida de los datos sociodemográficos, una entrevista clínica para la realización del diagnóstico o evaluación del número de episodios depresivos que en el momento actual padecían, teniendo como criterio que entre un episodio y otro hubiera transcurrido al menos un periodo de cuatro

meses sin sintomatología depresiva ni tratamiento psiquiátrico.

2. Después de la remisión del cuadro clínico se citaba a la paciente con la otra entrevistadora para la realización de la entrevista semi-estructurada. Estas entrevistas tuvieron una duración media de 55 minutos.

III.3.1. CRITERIOS DE INCLUSION EN LAS MUESTRAS

Los criterios de inclusión en la muestra depresiva fueron:

1. Diagnóstico de Depresión según la CIE-9.
2. Tener una edad entre 18 y 65 años.
3. Una duración inferior a 24 meses con tratamiento psiquiátrico del actual episodio depresivo.

El único criterio de inclusión en la muestra de controles fué:

- Tener una edad comprendida entre 18-65 años.

III.3.2. CRITERIOS DE EXCLUSION EN LAS MUESTRAS

Los criterios de exclusión en la muestra depresiva fueron:

1. Tener una enfermedad psiquiátrica distinta a la depresión.
2. Presentar depresión endógena.
3. Presencia de algún tipo de drogodependencia.
4. Presencia de enfermedad física con malestar intenso o incapacidad.
5. Presentar señales de deterioro intelectual.

Los criterios de exclusión para la muestra control fueron:

1. Presentar una enfermedad psiquiátrica.
2. Tener en el momento de la entrevista una enfermedad física con malestar intenso o incapacidad.
3. Presencia de algún tipo de drogodependencia.

III.4. ANALISIS ESTADISTICO DE LOS DATOS

Los datos que obtuvimos fueron codificados numéricamente en una hoja de respuestas confeccionada para este estudio, que nos permitió el análisis estadístico de los datos por ordenador (PC IBM compatible). El programa estadístico que hemos utilizado ha sido el STATISTICAL PACKAGE FOR SOCIAL SCIENCES "SPSS" (Nie y cols.1975).

A continuación mostraremos cuales han sido los métodos estadísticos utilizados en cada apartado del capítulo de los Resultados.

III.4.1 ESTUDIO SINTOMATOLOGICO

En primer lugar se analizó si los datos seguían o no una curva normal, lo que nos permite elegir correctamente pruebas paramétricas si hay "normalidad", o pruebas no paramétricas en el caso de que no sea así.

Para comprobar lo anterior utilizamos la prueba de **Kolmogorov-Smirnov** con la corrección debida a **Lilliefords**. Es una técnica estadística diseñada para probar la bondad de ajuste entre un conjunto de observaciones muestrales y una distribución teórica.

La prueba **U de Mann-Withney** es la alternativa no paramétrica más potente frente a la prueba **t** paramétrica, y se aplica a dos muestras aleatorias e independientes. Además comparada con la **t**, tiene una potencia-eficacia del 95%.

El test de **Kruskal-Wallis** es la alternativa no paramétrica al Análisis de Varianza. Se utiliza en diseños de un solo factor cuando la distribución de la variable estudiada es continua, y tenemos tres o más muestras independientes que queremos comparar (**Martínez Arias y cols. 1984**). Cuando con esta prueba se pudo rechazar la hipótesis nula, se aplicó el test de **U-Mann-Whitney** con la corrección de **Dunn Bonferroni** (nivel de significación $\alpha = 0,05/n^\circ$ de muestras pareadas que se van a comparar; en nuestro caso fueron tres, por lo que el nivel de significación fué de 0,016).

El **ANALISIS DE VARIANZA** nos permite comparar más de dos muestras. La técnica que utiliza es contrastar la diferencia de medias de varias muestras (dos o más). La hipótesis nula consiste en afirmar que no existe diferencia entre las medias de los distintos grupos. Esta prueba requiere que se cumplan dos condiciones:

- Que la variable se distribuya normalmente.
- Que exista homocedasticidad (igualdad de varianzas) entre las muestras.

III.4.2. ESTUDIO COMPARATIVO

Para la realización de este estudio hemos seguido la metodología del contraste de hipótesis. La hipótesis nula (H_0) afirma que no existen diferencias entre la distribución asociativa observada del parámetro y el criterio externo (los datos empíricos) y una distribución al azar, es decir independiente de los mismos (valores de cálculo teórico) (**Cuadras y cols. 1984**).

Aplicamos la Chi-cuadrado, ya que se puede utilizar como medida de la independencia entre los datos empíricos y una hipótesis determinada. Se aplica cuando las variables son nominales.

Los niveles de significación que hemos utilizado han sido 0,05, 0,01 y 0,001. El riesgo de equivocarnos al rechazar la hipótesis nula (Error Tipo I) está entre el 0,1% y el 5%.

Si observamos que en la tabla de contingencia existen celdillas con una frecuencia esperada menor o igual que cinco, tenemos que aplicar la corrección de Yates a la prueba del Chi-cuadrado (Cuadras y cols.1984).

III.4.3. ESTUDIO DE LOS PERFILES

Para el estudio de las situaciones crónicas familiares y laborales hemos elegido la metodología del **Análisis de Segmentación**, que nos permite la obtención de perfiles de depresión.

ANALISIS DE SEGMENTACION

El Análisis de Segmentación o también llamado Segmentación Diferencial, se define como un conjunto de técnicas capaces de dividir una población dada en segmentos. El segmento o perfil "*es el conjunto de criterios que definen a un subgrupo de una población que cumplen mayoritariamente una determinada característica*" (Hugues y cols. 1978).

PROCESO DE SEGMENTACION

El proceso que sigue la segmentación es el siguiente:

1. Se considera una variable explicativa sobre la cual se efectúa un cierto número de subdivisiones en clases, probándose cual de estas subdivisiones evidencia la relación más fuerte con la variable explicada.

2. Se hace lo mismo con el resto de variables.

3. Se toma aquella variable (y la subdivisión óptima a la que está unida) que manifiesta tener una relación más fuerte con la variable explicada.

4. La población se separa en función de esta variable y de su subdivisión en varias subpoblaciones (dos generalmente).

5. Se repite el proceso con cada una de las subpoblaciones independientemente, hasta que la subpoblación residual es nula, o hasta que se cumpla alguna de las condiciones de parada que pueden ser de dos tipos:

- Cuando se ha logrado un segmento en el que la población residual está totalmente asociada a una de las clases de la variable dependiente.

- Se ha logrado un segmento en el que la asociación de la población residual respecto a una categoría de la variable dependiente no supera una cota preestablecida.

En nuestro estudio utilizamos la primera condición de parada.

El proceso de segmentación hace sucesivas subdivisiones de la población inicial, proporcionando la obtención de perfiles que quedan definidos por las variables explicativas, y con una distribución diferente respecto a la variable dependiente.

Los métodos de segmentación que utiliza los programas estadísticos son de dos tipos:

1. Métodos clásicos. Entre estos está el método de Belson y el método de la Chi-Cuadrado.
2. Métodos basados en la teoría de la información, que utiliza el concepto clásico de "entropía de una variable" como función de evaluación (Hugues y cols.1978).

DEFINICION DE PERFIL

El perfil hace una descripción que caracteriza a un grupo de sujetos, a lo que va asociada la distribución de frecuencias de los casos descritos en cada una de las clases en estudio. Se denomina **clase asociada al perfil** a la que tiene una frecuencia mayor.

El perfil es una expresión lógica formada por variables que pertenecen a la situación que se está tratando, particularizadas para una serie de valores y unidas por operadores lógico del tipo "y" y "o".

Perfil ((Vi = a)...ó (Vi = r))
 y ((Vj = r)...ó (Vi = o))
 y
 y ((Vn = o)...ó (Vn = u))

Clase: Clase K

Asociado al perfil existe su **tabla de contingencia** en la que las celdas registran los casos asociados o no al perfil en las filas, y en las columnas el tipo de pacientes.

	DEPRESIVAS	CONTROLES
Cumplen el Perfil	Od	Oc
No cumplen el Perfil	D-oc	C-oc

CARACTERISTICAS DESEABLES DE LOS PERFILES

Para ser considerado útil un perfil debe cumplir las siguientes condiciones:

1. Debe ser exacto respecto al conjunto de los datos con que se cuenta.
2. Debe explicar el mayor número de casos de la clase asociada.
3. Debe reflejar una regularidad inherente a la clase que señala y no ser debido al azar.
4. Debe ser fácilmente interpretable.

R E S U L T A D O S

IV. RESULTADOS

IV.1. DESCRIPCION DE LA CASUISTICA.

En este apartado haremos una descripción de las muestras en función de las siguientes características sociodemográficas: edad, estado civil, grado de educación escolar, profesión e ingresos familiares mensuales. El objetivo de esta descripción es presentar nuestra casuística mostrando su distribución en los aspectos económicos, culturales y sociales.

También describiremos la muestra de enfermas depresivas en función del diagnóstico según la CIE-9 y en función de los episodios depresivos presentados y su duración media.

Como ya expusimos en el capítulo de Material y Método, para nuestro estudio seleccionamos 175 mujeres, de las cuales 108 habían sido diagnosticadas de depresión según la CIE-9, y constituyeron la muestra de estudio. Estas mujeres representan el 61,7% del total de nuestra casuística.

El "grupo de mujeres sanas" estuvo formado por las otras 67 mujeres del estudio, es decir por el 38,7% restante. La representación gráfica de la distribución de las muestras está reflejada en el **FIGURA IV.1.**

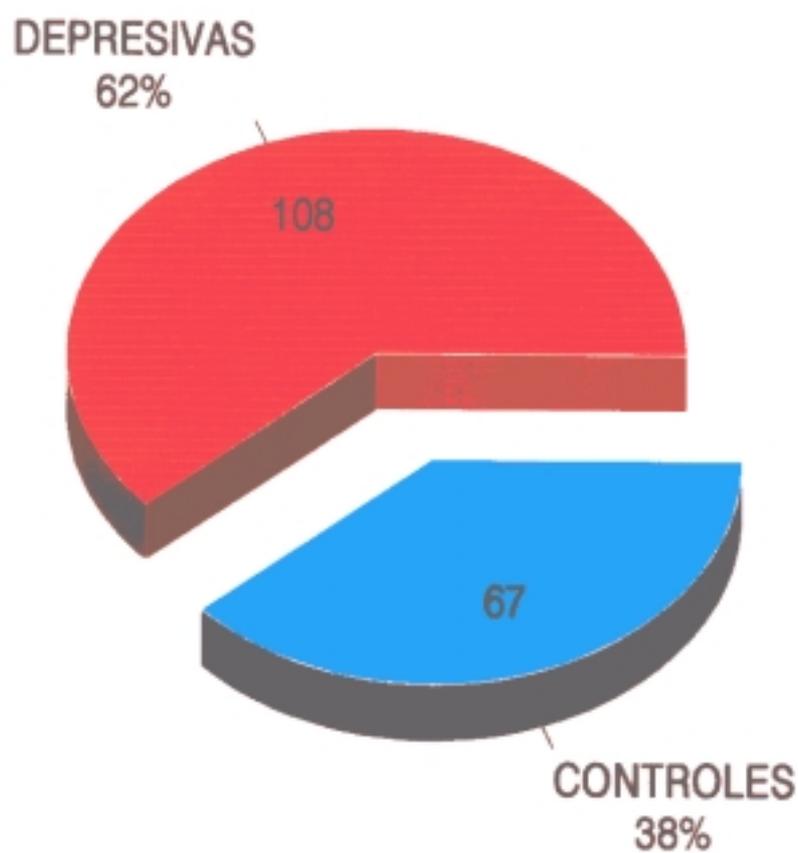


Figura IV.1.- Distribución de la casuística por tipo de muestra

IV.1.1. ESTADO CIVIL

El estado civil se distribuye en ambas muestras como aparece reflejado en la **TABLA 4** y **FIGURA IV.2**. Como se puede observar el estado civil de casada es el predominante, seguido con gran diferencia de los otros tres, viuda, soltera y divorciada o separada en este orden.

TABLA 4

DISTRIBUCION DEL ESTADO CIVIL POR TIPO DE MUESTRA

	DEPRESIVAS	CONTROLES	TOTAL
CASADA	70 (64,8%)	54 (80,6%)	124 (70,8%)
VIUDA	21 (19,4%)	8 (11,9%)	29 (16,6%)
SOLTERA	10 (9,3%)	4 (6,0%)	14 (8,0%)
DIV/SEPARADA	7 (6,5%)	1 (1,5%)	8 (4,6%)
TOTAL	108 (61,7%)	67 (38,3%)	175 (100,0%)

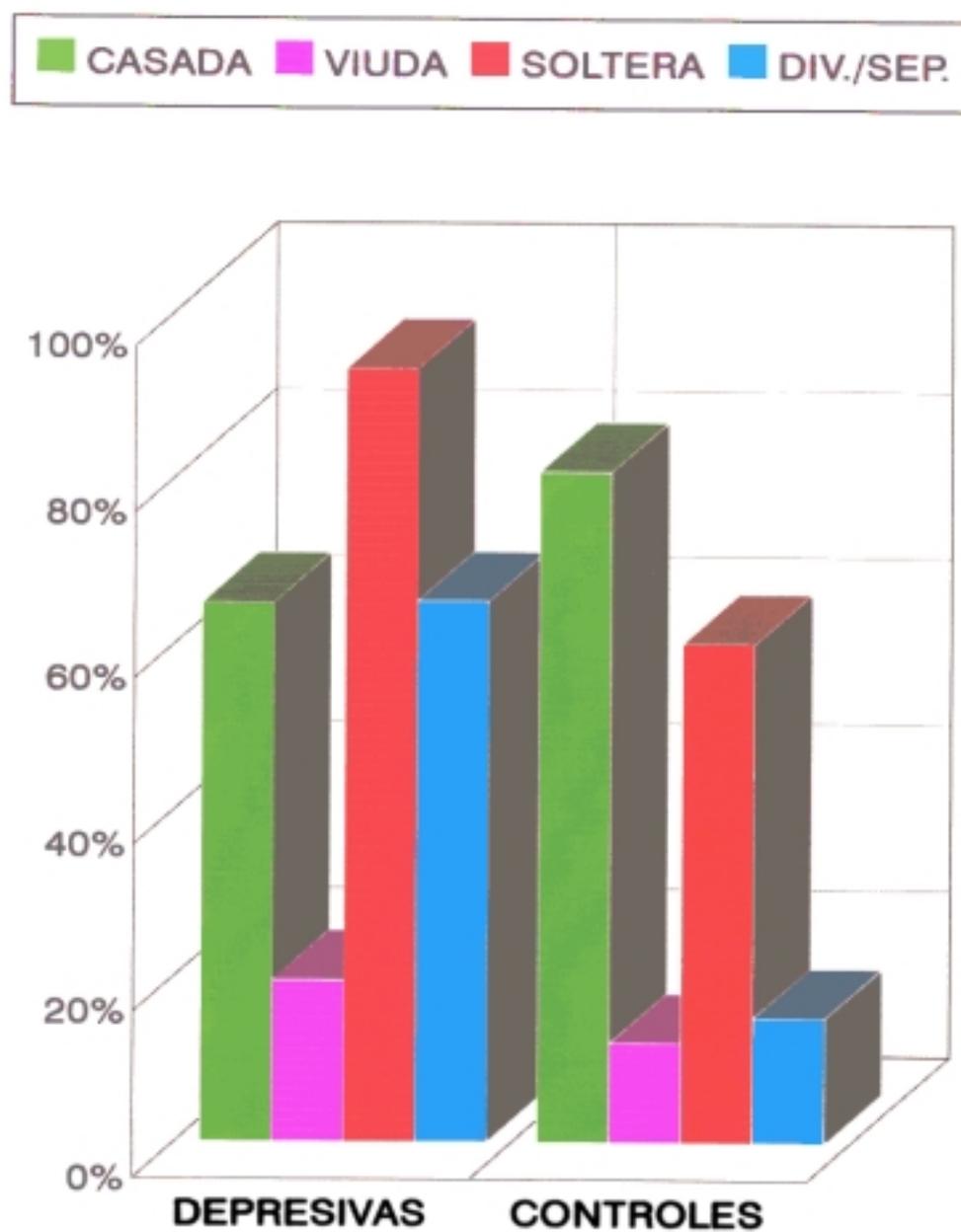


Figura IV.2.- Distribución del Estado Civil por Tipo de Muestra.

IV.1.2. EDAD

La media de edad encontrada para las mujeres depresivas fue de 48,7 años, con una desviación típica de 12,9 años, y para las mujeres del grupo control fué de 46,0 años y una desviación típica de 14,7 años.

IV.1.3. GRADO DE EDUCACION ESCOLAR

Las mujeres incluidas en este estudio fueron clasificadas, con respecto a su grado máximo de educación escolar, en: analfabeta, saber únicamente leer y escribir, educación primaria, BUP/COU/B.SUP., haber realizado una carrera de grado medio o tener una carrera universitaria incompleta y, por último, poseer una titulación superior.

Observamos que, tanto en mujeres deprimidas como en el grupo control, la categoría más frecuente es la de **saber leer y escribir**, a la que corresponden un 46,3% de las depresivas y un 55,2% de los controles. La segunda categoría más frecuente, también en ambas muestras, es la de **estudios primarios**, siendo ésta de un 25,0% en el grupo de depresivas y de un 22,4% en el grupo control.

El índice de analfabetismo encontrado es del 19,4% en las mujeres del grupo experimental y del 14,9 en las mujeres del grupo control; consideramos que es un porcentaje alto en referencia a la media global. Por último queremos resaltar la baja frecuencia de estudios universitarios medios y superiores en ambas muestras (**TABLA 5 Y FIGURA IV.3.**).

TABLA 5
DISTRIBUCION EN AMBAS MUESTRAS DE LA ESCOLARIDAD

	DEPRESIVAS	CONTROLES	TOTAL
ANALFABETA	21 (19,4%)	10 (14,9%)	31 (17,7%)
LEER Y ESCRIBIR	50 (46,3%)	37 (55,2%)	87 (49,7%)
PRIMARIA	27 (25,0%)	15 (22,4%)	42 (24,0%)
BUP/COU/B.SUP.	6 (5,6%)	1 (1,5%)	7 (4,0%)
C.MEDIA/UNIV.INC.	2 (1,9%)	2 (3,0%)	4 (2,3%)
TIT.SUPERIOR	2 (1,9%)	2 (3,0%)	4 (2,3%)
TOTAL	108 (61,7%)	67 (38,3%)	175 (100,0%)

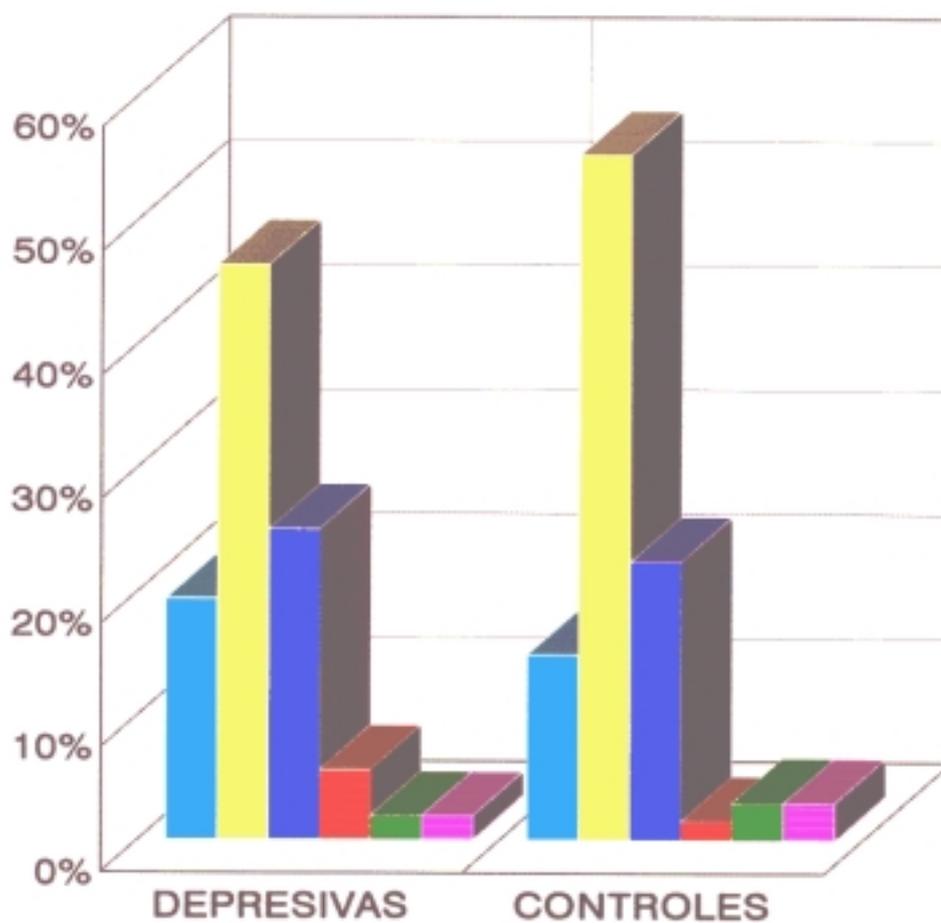


Figura IV.3.- Distribución en ambas muestras de la escolaridad

IV.1.4. PROFESION

Las profesiones fueron clasificadas en: amas de casa, asalariada no cualificada, asalariada cualificada y otras, estando incluidas en estas últimas las mujeres propietarias de pequeños negocios.

Encontramos que la profesión que ha predominado en nuestra población de estudio ha sido la de ama de casa, tanto para el grupo de depresivas como para el grupo control. Le ha seguido en frecuencia la ocupación de asalariada no cualificada, es decir mujeres que fundamentalmente se dedicaban a trabajos de limpieza en casas particulares o en empresas. Los valores y la representación gráfica de las dos muestras se reflejan en la TABLA 6, FIGURA IV.4.

TABLA 6
DISTRIBUCION DE LA PROFESION POR TIPO DE MUESTRA

	DEPRESIVAS	CONTROLES	TOTAL
AMAS DE CASA	67 (62,0%)	31 (46,3%)	98 (56,0%)
ASAL.NO CUALIF.	29 (26,9%)	26 (38,8%)	55 (31,4%)
ASAL.CUALIF.	8 (7,4%)	8 (11,9%)	16 (9,1%)
OTRAS PROF.	4 (3,7%)	2 (3,0%)	6 (3,4%)
TOTAL	108 (61,7%)	67 (38,3%)	175 (100,0%)

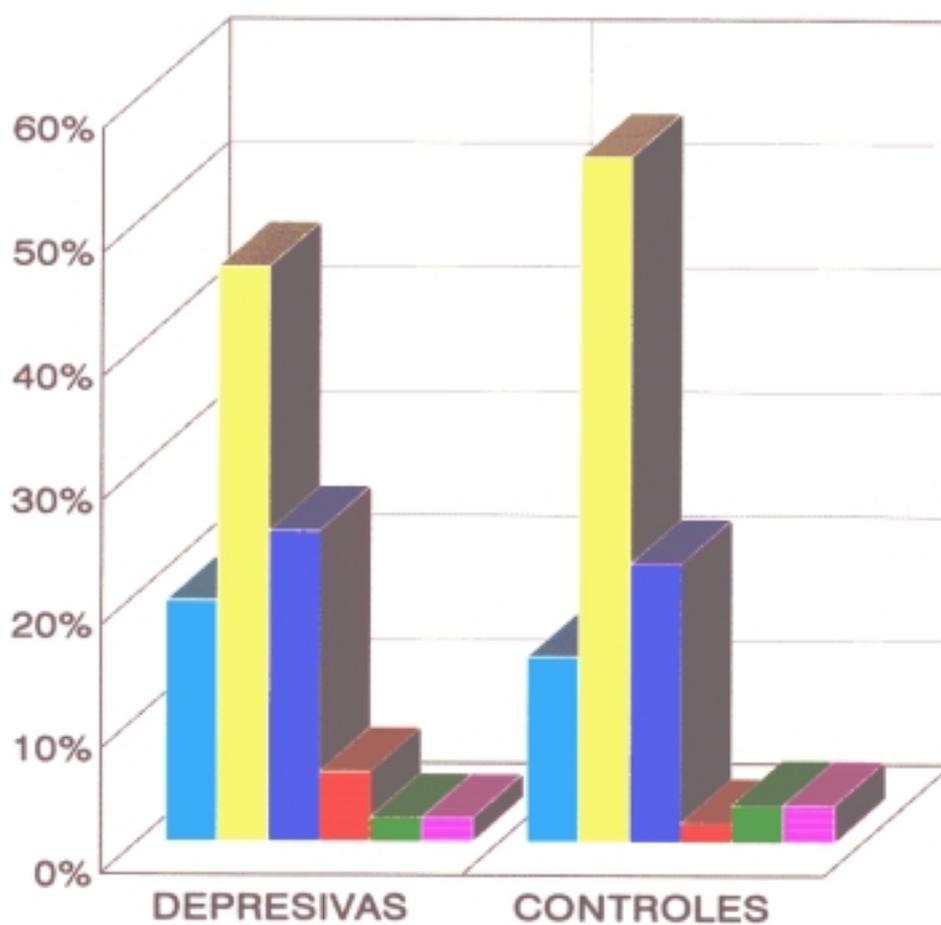


Figura IV.3.- Distribución en ambas muestras de la escolaridad

IV.1.5. NIVEL DE INGRESOS

Los niveles en los que se clasificaron los ingresos mensuales fueron cinco, graduándose progresivamente de menor a mayor, tal y como aparece reflejado en la TABLA 7. Observamos que casi el 50% (49,7%) de todas las mujeres (depresivas y controles) pertenecen a la segunda categoría con unos ingresos entre 51-100.000 pesetas. El segundo lugar (25,1%) corresponde al nivel de ingresos situados entre las 100-150.000 pesetas. Nos parece importante reflejar que un 16,6% de todas las mujeres incluyendo los dos grupos tienen unos ingresos económicos inferiores a las 50.000 pesetas mensuales. Como resultado de lo anterior podemos situar nuestro estudio dentro de un nivel socio-económico predominantemente medio-bajo. La distribución gráfica aparece reflejada en la FIGURA IV.5.

TABLA 7
DISTRIBUCION DE LOS INGRESOS MENSUALES EN AMBAS MUESTRAS

	DEPRESIVAS	CONTROLES	TOTAL
MENOS 50.000	27 (25,0%)	3 (4,5%)	29 (16,6%)
51-100.000	51 (47,2%)	36 (53,7%)	87 (49,7%)
101-150.000	20 (18,5%)	24 (35,8%)	44 (25,1%)
151-200.000	6 (5,6%)	3 (4,5%)	9 (5,1%)
201-300.000	4 (3,7%)	1 (1,5%)	5 (2,9%)
TOTAL	108 (61,7%)	67 (38,3%)	175 (100%)

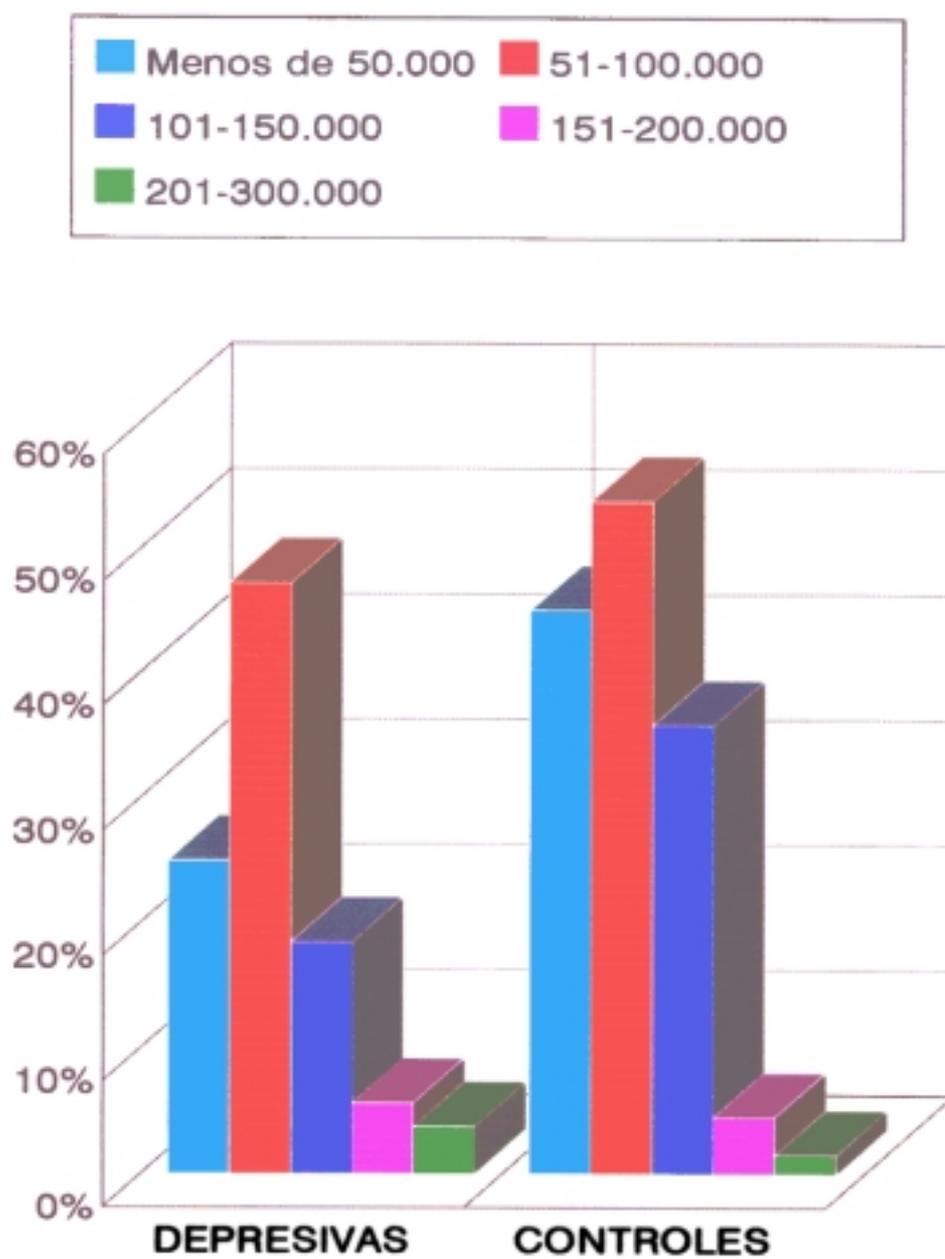


Figura IV.5.- Distribución de ingresos mensuales en ambas muestras

IV.1.6. EPISODIOS DEPRESIVOS

Entre las 108 mujeres que formaron la muestra de depresivas, había 57 (52,8%) que presentaban el primer episodio depresivo, las otras 51 mujeres (47,2%) habían tenido anteriormente otros episodios depresivos. Considerando globalmente la muestra, la media de episodios depresivos es de 2,3, con 5,6 meses de duración media y una desviación típica de 4,2 meses.

IV.1.7. DISTRIBUCION DE DIAGNOSTICOS EN LA MUESTRA DEPRESIVA

Los diagnósticos según la clasificación CIE-9 se distribuyeron según aparecen reflejados en el FIGURA IV.6. La entidad nosológica 300.4 fué la más frecuente estando incluidas en ella 82 sujetos (76,0%), en segundo lugar encontramos la entidad nosológica 309.0 con 23 sujetos (21,3%), en último lugar la 309.1 con 3 sujetos (2,7%).

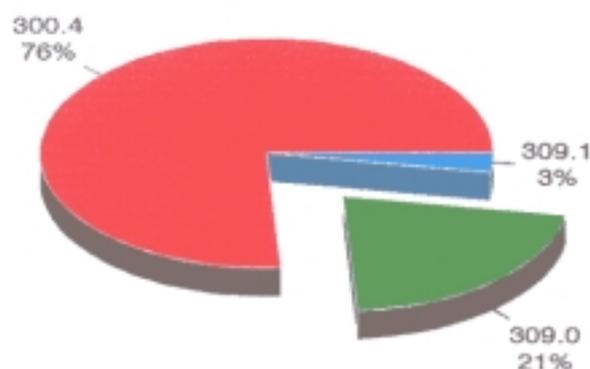


Fig. IV.6. Distribución de Diagnósticos según la CIE-9.

IV.2. ESTUDIO COMPARATIVO

Como ya dijimos en el capítulo de Material y Método para hacer la comparación entre las dos muestras seguimos la metodología del contraste de hipótesis, en la cual la hipótesis nula (H_0) considera que no existen diferencias entre las dos muestras, mientras que por el contrario la hipótesis alternativa (H_1) supone la existencia de diferencias entre los dos grupos. Trabajamos con un nivel de confianza alfa del 0.05.

Basándonos en el método anterior y con aplicación del test apropiado que nos permita rechazar o aceptar H_0 , realizamos este estudio comparativo de ambas muestras en los siguientes apartados:

- Sociodemográfico.
- Antecedentes psiquiátricos familiares.
- Situaciones crónicas familiares.
- Situaciones crónicas laborales.

IV.2.1. ESTUDIO COMPARATIVO SOCIODEMOGRAFICO

En lo referente a características sociodemográficas hemos elegido la variable edad y la variable ingresos mensuales para llevar a cabo la comparación entre ambas muestras. El resto de las variables de este apartado no se han utilizado en la mayoría de los casos por dificultades que nos impedían aplicar los métodos estadísticos de contraste de hipótesis.

IV.2.1.1. DISTRIBUCION DE LOS INGRESOS FAMILIARES POR TIPO DE MUESTRA

Hemos encontrado diferencias significativas en cuanto al nivel de ingresos mensuales entre las dos muestras. Claramente podemos observar como hay un mayor porcentaje de mujeres depresivas en el nivel de ingresos inferior (menor o igual a 50.000 ptas) siendo significativa esta diferencia con el grupo control (TABLA 8).

TABLA 8
INGRESOS FAMILIARES POR TIPO DE MUESTRA

		50.000	51-100.000	>101.000	TOTAL
DEPRESIVAS	F.Obs.	27	51	30	108
	F.Esp.	18,5	53,7	35,8	61,7%
	% Fila	25,0%	47,2%	27,8%	
CONTROLES	F.Obs.	3	36	28	67
	F.Esp.	11,5	33,3	22,2	38,3%
	% Fila	4,5%	57,3%	41,8%	
TOTAL		30	87	58	175
		17,1%	49,7%	53,1%	100,0%

X = 12.960

P = < 0,01

IV.2.1.2. DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD EN AMBAS MUESTRAS

Una vez realizado el estudio comparativo de ambas muestras no hemos encontrado diferencias significativas con respecto a la edad. Para llevar a cabo la medición estadística

hemos distribuido a las mujeres de ambas muestras en tres grupos de edad con igual número de años cada uno: 18-33, 34-49 y 50-65. El grupo que ha destacado en la frecuencia ha sido el que comprende las edades desde 50 a 65 años, tanto para la muestra depresiva como para la control. Los resultados que hemos obtenido aparecen en la TABLA 9.

TABLA 9
DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD EN AMBAS MUESTRAS

		18-33	34-49	50-65	TOTAL
DEPRESIVAS	F.Obs.	20	26	62	108
	F.Esp.	20,4	31,5	56,2	61,7%
	% Fila	18,5%	24,1%	57,4%	
CONTROLES	F.Obs.	13	25	29	67
	F.Esp.	12,6	19,5	34,8	38,3%
	% Fila	19,4%	37,3%	43,3%	
TOTAL		33	51	91	175
		18,9%	29,1%	52,0%	100,0%

X = 4.090

P n.s.

La representación gráfica de la distribución de la edad en cada una de las muestras la presentamos en el FIGURA IV.7.

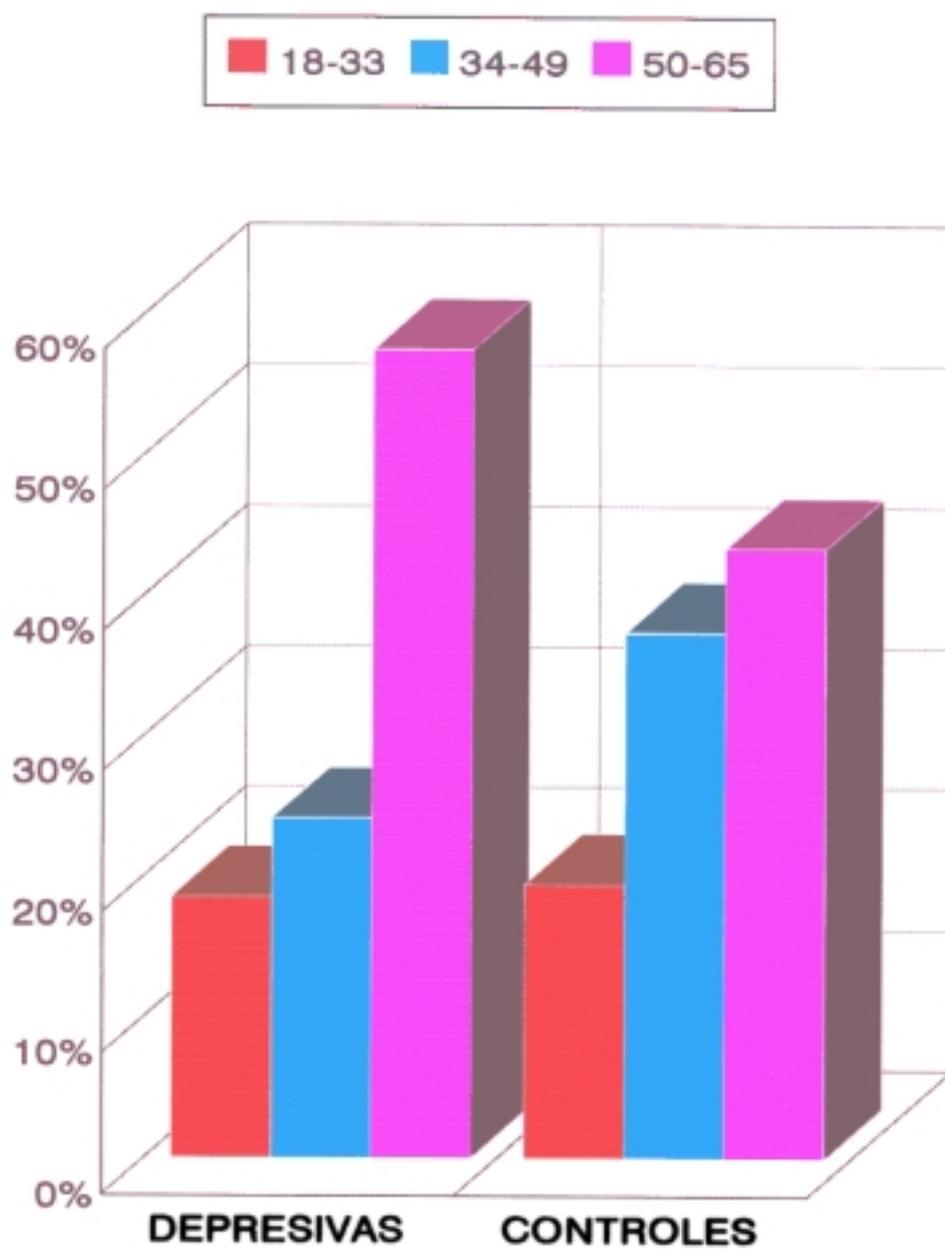


Figura IV.7.- Distribución por grupos de edad en ambas muestras

IV.2.2. ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS EN FAMILIA DE ORIGEN Y PATOLOGIA PSIQUIATRICA EN EL COMPAÑERO

Mostraremos en este apartado los resultados obtenidos al comparar las dos muestras según los antecedentes de patología psiquiátrica en la familia de origen y si su compañero padece o ha padecido algún trastorno psiquiátrico.

IV.2.2.1. PATOLOGIA PSIQUIATRICA DEL PADRE

No hemos encontrado diferencias significativas entre los dos grupos (depresivas y controles) en relación a los antecedentes psiquiátricos del padre (TABLA 10).

TABLA 10
 PATOLOGIA PSIQUIATRICA DEL PADRE

		Ninguna	Depresión	Alcohol.	TOTAL
DEPRESIVAS	F.Obs.	76	8	24	108
	F.Esp.	79,0	5,6	23,5	61,7%
	% Fila	70,4%	7,4%	22,2%	
CONTROLES	F.Obs.	52	1	14	67
	F.Esp.	49,0	3,4	14,5	38,3%
	% Fila	77,6%	1,5%	20,9%	
TOTAL		128	9	38	175
		73,1%	5,1%	21,7%	100,0%

X = 3.142

P n.s.

IV.2.2.2. PATOLOGIA PSIQUIATRICA DE LA MADRE

Hemos encontrado antecedentes psiquiátricos en ambas muestras de Depresión y de Neurosis. Estos diagnósticos nos fueron referidos por las mujeres entrevistadas y estaban basados en diagnósticos clínicos realizados por facultativos especialistas y por haber sido necesaria la toma de psicofármacos. Excluimos de la muestra de depresivas a cuatro mujeres cuyas madres, a pesar de describirlas como depresivas, nunca habían sido vistas ni tratadas por un especialista, ni habían tomado medicación psiquiátrica.

Los resultados nos deparan diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos, un 15,4% de mujeres depresivas han tenido o tienen una madre con esta misma patología, mientras que por el contrario solo un 3,0% de los controles tenían estos antecedentes. En la **TABLA 11 Y FIGURA VI.8** se muestran los datos de los dos grupos y las diferencias encontradas.

TABLA 11
PATOLOGIA PSIQUIATRICA EN LA MADRE

		Depresión	Neurosis	Ninguna	Total
DEPRESIVAS	F.Obs.	16	6	82	104
	F.Esp.	10,9	6,7	86,3	60,8%
	% Fila	15,4%	5,8%	78,8%	
CONTROLES	F.Obs.	2	5	60	67
	F.Esp.	7,1	4,3	55,6	39,2%
	% Fila	3,0%	7,5%	89,5%	
TOTAL		18	11	142	171
		10,5%	6,4%	83,1%	100,0%

X = 6.696
P < 0,05

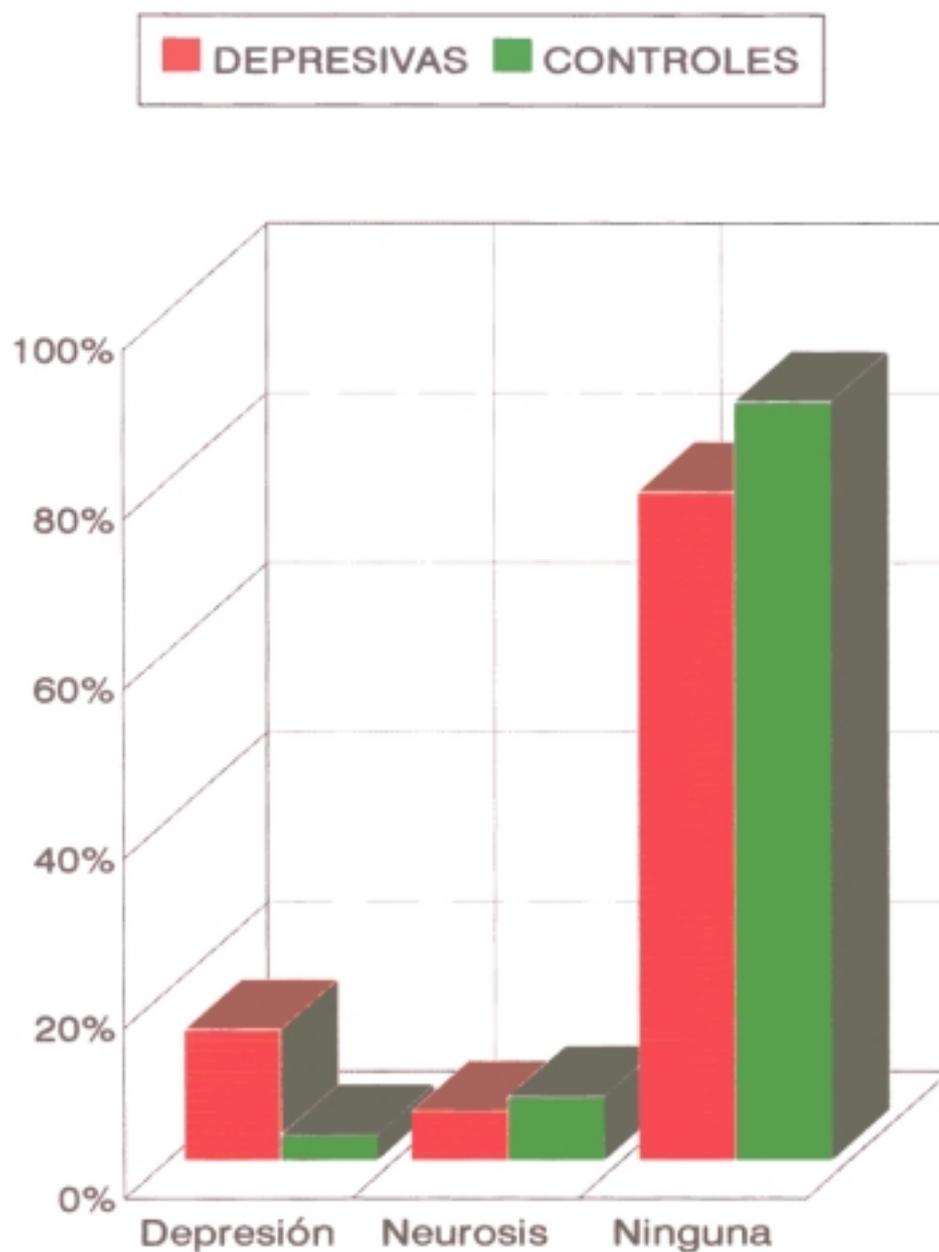


Figura IV.8.- Patología psiquiátrica en la madre en ambas muestras

IV.2.2.3. PATOLOGIA PSIQUIATRICA EN FAMILIAR DE PRIMER GRADO

Encontramos una mayor frecuencia de antecedentes en familiares de primer grado en el grupo de depresivas que en el grupo control. Las diferencias mayores encontradas han sido en la categoría de depresión, en el resto de las categorías nosológicas las diferencias son menores. La TABLA 12 muestra los datos en los dos grupos y sus resultados nos permiten aceptar la existencia de diferencias estadísticamente significativas.

Si lo representamos en un gráfico vemos de forma clara como los antecedentes de depresión predominan sobre el resto de categorías (FIGURA IV.9).

TABLA 12

PATOLOGIA PSIQUIATRICA EN FAMILIARES DE PRIMER GRADO

		DEPRESIVAS	CONTROLES	TOTAL
DEPRESION	F.Obs.	32	5	37
	F.Esp.	22,8	14,2	
	% col.	29,6%	7,5%	21,1%
ESQUIZOFRENIA	F.Obs.	5	1	6
	F.Esp.	3,7	2,3	
	% col.	4,6%	1,5%	3,4%
ALCOHOLISMO	F.Obs.	16	10	26
	F.Esp.	16	9,9	
	% col.	14,8%	13,9%	14,9%
DROGODEP.	F.Obs.	15	10	25
	F.Esp.	15,4	9,6	
	% col.	13,9%	14,9%	14,3%
NINGUNA	F.Obs.	40	41	81
	F.Esp.	49,9	31,0	
	% col.	37,1%	61,2%	46,3%
TOTAL		108	67	175
		61,7%	38,3%	100,0%

$X = 16.041 \quad P < 0,01.$

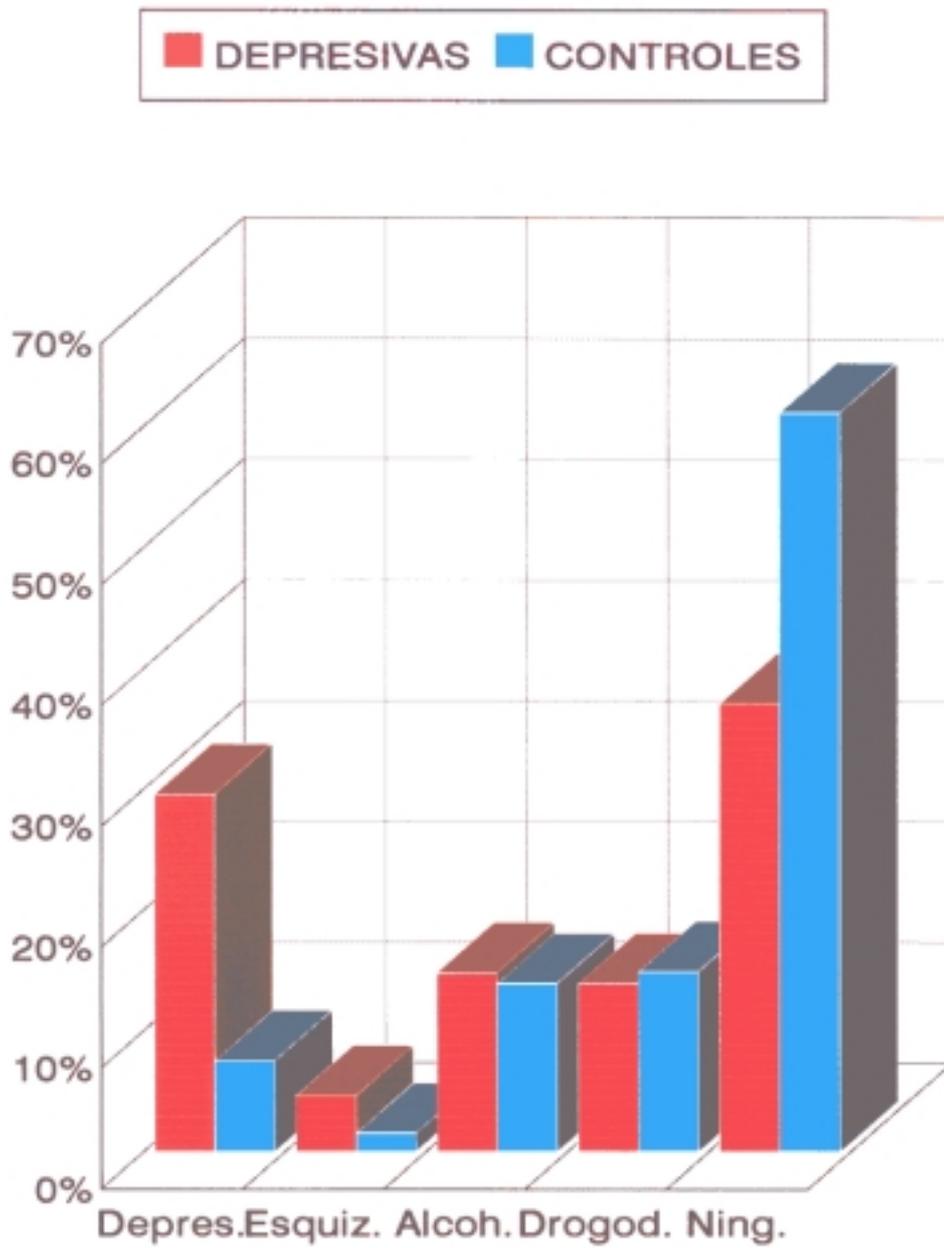


Figura IV.9.- Patología psiquiátrica en familiares de primer grado

IV.2.2.4. PATOLOGIA PSIQUIATRICA EN EL COMPAÑERO

Hemos considerado que estudiar la existencia de patología psiquiátrica en el compañero puede ser de interés para este trabajo, ya que esto nos va a permitir evaluar si la convivencia con un marido/compañero con patología psiquiátrica puede marcar diferencias significativas entre depresivas y controles. La única categoría que aparece en los dos grupos es la de alcoholismo, pero no hemos hallado que marcara diferencias significativas entre las dos muestras (TABLA 13).

TABLA 13

PATOLOGIA PSIQUIATRICA EN LA PAREJA

		ALCOHOLISMO	NINGUNA	TOTAL
DEPRESIVAS	F.Obs.	18	75	93
	F.Esp.	14,9	78,1	
	% Fila	19,4%	80,6%	59,6%
CONTROLES	F.Obs.	7	56	63
	F.Esp.	10,1	52,9	
	% Fila	11,1%	88,9%	40,4%
TOTAL		25	131	156
		16,0%	84,0%	100,0%

X = 1.896 (Aplicando corrección de Yates)

P n.s.

IV.2.3. ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS SITUACIONES CRONICAS**FAMILIARES**

Dentro de las situaciones "crónicas" que hemos recogido a través de la entrevista semiestructurada, las que predominan son las de relación de pareja, y en segundo lugar aparecen una serie de situaciones en relación con la maternidad. Completan nuestra información sobre las situaciones "crónicas", algunas relacionadas con el cuidado de familiares enfermos o mayores, así como información sobre posibles causas de separación matrimonial si ésta hubiera ocurrido.

Para realizar este estudio hemos usado submuestras dentro de las dos muestras de trabajo. El motivo es que no todas las mujeres depresivas, ni todas las del grupo control, cumplían los requisitos establecidos para el estudio de la relación de pareja. En algún caso porque nunca la habían mantenido (solteras) y en otros porque, a pesar de haber vivido en pareja durante muchos años, sin embargo no se ajustaban al criterio temporal marcado en la investigación, es decir llevaban más de dos años viviendo solas, por lo que en este grupo encontramos fundamentalmente el estado civil de viuda.

En el grupo de depresivas, 92 mujeres cumplían los criterios establecidos para poder ser incluidas en el estudio. Dentro del grupo control han sido seleccionadas 55 en las cuales se podían estudiar las situaciones relacionadas con el compañero por cumplir también las exigencias del trabajo.

También hemos usado otra submuestra a la hora de estudiar situaciones familiares que tenían que ver con la maternidad, ya que solo 82 mujeres del grupo de depresivas y 55 del grupo control tenían hijos.

Hemos encontrado que, en general, las diferencias entre las dos muestras (depresivas y controles) han sido en la mayoría de los casos muy significativas. También hemos realizado la comparación entre mujeres depresivas que presentaban su primer episodio y las controles, con objeto de poder establecer diferencias entre las depresivas que presentaban más de un episodio depresivo y las que presentaban el primero. De las 57 mujeres que se encontraban en el primer episodio depresivo, 49 fueron incluidas por los motivos expuestos anteriormente para la muestra global. Se mantuvieron como es obvio el mismo número de controles.

IV.2.3.1. COMPARACION INCLUIDOS TODOS LOS EPISODIOS DEPRESIVOS

Ha sido posible aplicar los métodos estadísticos en todas las variables del conjunto exceptuando cuatro que correspondían a cuestiones sobre la no existencia de maternidad, la separación o si los hijos tenidos fueron o no deseados. En cada uno de estos casos fue imposible su valoración estadística, bien por la dispersión de datos, o por la insuficiencia de ellos ya que el índice de mujeres que no tenían hijos o que estaban separadas era muy bajo.

A continuación presentamos los resultados obtenidos en nuestro estudio comparativo en el que hemos incluido a todas las mujeres depresivas, independientemente del episodio depresivo que presentaran.

Encontramos diferencias altamente significativas entre mujeres depresivas y controles con respecto a la autonomía económica dentro de la familia. Un 25,9% de las mujeres depresivas han señalado su no disponibilidad del dinero en la misma medida que su compañero, mientras que solo el 4,8% de las controles contestaron de igual forma (TABLA 14).

TABLA 14
DISPONIBILIDAD DE DINERO IGUAL A LA PAREJA

		NO	SI	TOTAL
DEPRESIVAS	F.Obs.	38	54	92
	F.Esp.	28,2	63,8	
	% Fila	25,9%	36,7%	62,6%
CONTROLES	F.Obs.	7	48	55
	F.Esp.	16,8	38,2	
	% Fila	4,8%	32,6%	37,4%
TOTAL		45	102	147
		30,6%	69,4%	100,0%

X = 11.923

P < 0,001

Las diferencias siguen manteniéndose entre ambos grupos en el resto de situaciones relacionadas con el grado de comunicación dentro de la pareja. Observamos como 45 mujeres depresivas frente a 6 controles, hablaban únicamente con sus parejas de temas domésticos. También es mayor el porcentaje de mujeres controles que comunicaban sus problemas dentro de la pareja que el de depresivas. En ambas variables han aparecido diferencias significativas estadísticamente (TABLAS 15 Y 16).

TABLA 15

COMUNICACION EN LA PAREJA SOBRE TEMAS NO DOMESTICOS

		NO	ALG. VECES	SI	TOTAL
DEPRESIVAS	F.obs.	45	28	19	92
	F.esp.	31,9	25,7	34,4	
	% fila	30,6%	19,1%	12,9%	62,6%
CONTROLES	F.obs.	6	13	19	55
	F.esp.	19,1	15,3	20,6	
	% fila	4,1%	8,8%	24,5%	37,4%
TOTAL		51	41	55	147
		34,7%	27,9%	37,4%	100,0%

X = 33.367

P < 0,001

TABLA 16

COMPARTIR PROBLEMAS CON EL COMPAÑERO

		DEPRESIVAS	CONTROLES	TOTAL
NO	F.Obs.	41	6	47
	F.esp.	29,4	17,6	
	% fila	27,9%	4,1%	32%
ALG. VECES	F.obs.	11	19	30
	F.esp.	18,8	11,2	
	% fila	7,5%	13,0%	20,5%
SI Y NO COMPRENDIDA	F.obs.	21	5	26
	F.esp.	16,3	9,7	
	% fila	14,3%	3,4%	17,5%
SI Y SE SIENTE COMP.	F.obs.	19	25	44
	F.esp.	27,5	16,5	
	% fila	13,0%	17,0%	30%
TOTAL		92	55	147
		62,6%	37,4%	100,0%

X = 31.547

P < 0,001

Como podemos observar en la TABLA 17 una situación aparentemente tan intrascendente como es el hecho de compartir las tareas domésticas, también ha marcado diferencias entre los dos grupos.

TABLA 17
COMPARTIR TAREAS DOMESTICAS

		NO	ALG. VECES	SI	TOTAL
DEPRESIVAS	F.obs.	68	14	10	92
	F.esp.	60,7	17,5	13,8	
	% fila	46,3%	9,5%	6,8%	62,6%
CONTROLES	F.obs.	29	14	12	55
	F.esp.	36,3	10,5	8,2	
	% fila	19,7%	9,5%	8,2%	37,4%
TOTAL		97	28	22	147
		66,0%	19,0%	15%	100,0%

X = 6.992

P < 0,05

Las otras variables del mismo conjunto relacionadas con el grado de confianza con el compañero, la relación afectiva existente en ésta, el compartir gustos, amigos, etc, y si hubo o no hubo conflictos permanentes de relación, han marcado notables diferencias las cuales una vez aplicado el tratamiento estadístico han sido significativas. Los resultados obtenidos apartir de estas situaciones se recogen en las tablas siguientes (TABLAS 18,19,20 y 21).

TABLA 18
RELACION DE CONFIANZA CON EL COMPAÑERO

		NINGUNA	REGULAR	MUCHA	TOTAL
DEPRESIVAS	F.obs.	38	21	33	92
	F.esp.	27,0	22,5	42,5	
	% fila	25,9%	14,3%	22,5%	62,6%
CONTROLES	F.obs.	5	15	35	55
	F.esp.	17,0	13,5	25,5	
	% fila	3,4%	10,2%	23,8%	37,4%
TOTAL		43	36	68	147
		29,2%	24,5%	46,3%	100,0%

X = 15.793
P < 0,001

TABLA 19
RELACION AFECTIVA GRATIFICANTE CON EL COMPAÑERO

		NO	ALG. VECES	SI	TOTAL
DEPRESIVAS	F.obs.	38	22	32	92
	F.esp.	29,9	18,1	47,0	
	% fila	25,8%	15,0%	21,8%	62,6%
CONTROLES	F.obs.	5	7	43	55
	F.esp.	16,1	10,8	28,1	
	% fila	3,4%	4,8%	29,2%	37,4%
TOTAL		43	29	75	147
		29,2%	19,7%	51,1%	100,0%

X = 27.102
P < 0,001

TABLA 20
COMPARTIR GUSTOS CON EL COMPAÑERO

		NO	ALG. VECES	SI	TOTAL
DEPRESIVAS	F.obs.	38	35	19	92
	F.esp.	27,5	33,2	31,3	
	% fila	25,8%	23,8%	13,0%	62,6%
CONTROLES	F.obs.	6	18	31	55
	F.esp.	16,5	19,8	18,7	
	% fila	4,1%	12,2%	21,1%	37,4%
TOTAL		44	53	50	147
		30,0%	36,0%	34,0%	100,0%

X = 23.800
P < 0,001

TABLA 21
RELACION CONFLICTIVA CON EL COMPAÑERO

		NO	SI	TOTAL
DEPRESIVAS	F.obs.	51	41	92
	F.esp.	62,6	29,4	
	% fila	34,7%	27,9%	62,6%
CONTROLES	F.obs.	49	6	55
	F.esp.	37,4	17,6	
	% fila	33,4%	4,0%	37,4%
TOTAL		100	47	147
		68,0%	32,0%	100,0%

X = 16.413
P < 0,001

Encontramos claras diferencias entre los dos grupos con respecto a la situación de malos tratos, ya que mientras 22 mujeres de la muestra depresiva habían sufrido habitualmente malos tratos de su compañero, tan solo se dió esta situación en 1 mujer de los controles (TABLA 22).

Las diferencias fueron también significativas después del análisis estadístico.

TABLA 22
RECIBIR MALOS TRATOS DEL COMPAÑERO

		NUNCA	A VECES	HABITUALMENTE	TOTAL
DEPRESIVAS	F.obs.	43	27	22	92
	F.esp.	53,2	24,4	14,4	
	% fila	29,2%	18,4%	15,0%	62,6%
CONTROLES	F.obs.	42	12	1	55
	F.esp.	31,8	14,6	8,6	
	% fila	28,6%	8,2%	0,6%	37,4%
TOTAL		85	39	23	147
		57,8%	26,5%	15,7%	100,0%

$X = 16.700$

$P < 0,001$

Hemos encontrado un mayor índice de mujeres depresivas que no compartían el poder decisorio en el ámbito de la familia con sus compañeros que en el grupo control. No lo compartían 33 mujeres depresivas, y no lo compartían en el grupo de controles solo 5, por lo que después de trabajar con estos datos podemos aceptar la existencia de diferencias estadísticas entre los dos grupos (TABLA 23).

TABLA 23

COMPARTIR LA TOMA DE DECISIONES CON EL COMPAÑERO

		NO	ALG. VECES	SI	TOTAL
DEPRESIVAS	F.obs.	33	34	25	92
	F.esp.	23,8	27,5	40,7	
	% fila	22,4%	23,2%	17,0%	62,6%
CONTROLES	F.obs.	5	10	40	55
	F.esp.	14,2	16,5	24,3	
	% fila	3,4%	6,8%	27,2%	37,4%
TOTAL		38	44	65	147
		25,9%	29,9%	49,2%	100,0%

$$X = 29.756$$

$$P < 0,001$$

Los siguientes resultados que presentamos están relacionados con la esfera sexual (TABLA 24 Y 25), y corresponden a la presencia o no de disfunciones sexuales y al grado de satisfacción sexual. Hemos obtenido significación estadística en ambos casos. No hemos encontrado en cambio diferencias en cómo afectaba a las mujeres el tener una disfunción sexual. En este caso hemos usado una submuestra de la muestra total de depresivas de 104 mujeres y otra submuestra de 65 controles de las 67 totales. La diferencia en el número de sujetos incluidos en la valoración estadística es debida a que algunas mujeres mantenían relaciones sexuales en el plazo de tiempo establecido, aunque no tenían una relación de pareja estable.

TABLA 24
PRESENCIA DE DISFUNCIONES SEXUALES

		DEPRESIVAS	CONTROLES	TOTAL
NO PROBLEMAS	F.obs.	49	51	100
	F.esp.	61,5	38,5	
	% col.	29,0%	30,2%	59,2%
ANORGASMIA	F.obs.	25	5	30
	F.esp.	18,5	11,5	
	% col.	14,8%	3,0%	17,7%
INH.DEL DESEO	F.obs.	12	3	15
	F.esp.	9,2	5,8	
	% col.	7,1%	1,8%	8,9%
OTRAS	F.obs.	19	6	25
	F.esp.	14,8	9,3	
	% col.	10,6%	3,5%	14,2%
TOTAL		104	65	169
		61,5%	38,5%	100,0%

X = 16.661
P < 0.001

TABLA 25
GRADO DE SATISFACCION SEXUAL

		NINGUNA	ALGUNA	PLENA	TOTAL
DEPRESIVAS	F.obs.	55	39	10	104
	F.esp.	42,5	43,7	17,8	
	% fila	32,5%	23,1%	6,0%	61,6%
CONTROLES	F.obs.	14	32	19	65
	F.esp.	26,5	27,3	11,2	
	% fila	8,3%	18,9%	11,2%	38,4%
TOTAL		69	71	29	169
		40,8%	42,0%	17,2%	100,0%

X = 19.906
P < 0,001

Otra situación que sigue marcando diferencias entre las dos muestras es la que presentamos a continuación (TABLA 26). En ella se reflejan la existencia de patología psíquica o física en el compañero. Dentro de lo que consideramos más próximo a la patología psíquica encontramos que el alcoholismo ha marcado una gran distancia entre los dos grupos, pues 25 mujeres depresivas convivían con un alcohólico y sólo 4 de las controles vivían en la misma situación. En la categoría de otras enfermedades están incluidos los padecimientos físicos de tipo crónico (cáncer,EPOC,etc). También se investigó la presencia de drogodependencias o ludomanía, no apareciendo ningún caso en los dos grupos.

TABLA 26
PRESENCIA DE PATOLOGIA EN EL COMPAÑERO

		NINGUNA	ALCOHOLISMO	OTRAS	TOTAL
DEPRESIVAS	F.obs.	54	25	13	92
	F.esp.	62,6	18,1	11,3	
	% fila	36,7%	17,0%	8,9%	62,6%
CONTROLES	F.obs.	46	4	5	55
	F.esp.	37,4	10,8	6,8	
	% fila	31,3%	2,7%	3,4%	37,4%
TOTAL		100	29	18	147
		68,0%	19,7%	12,3%	100,0%

X = 10.772

P < 0,01

También ha sido significativa estadísticamente la diferencia entre depresivas y controles cuando comparamos la situación de dependencia a la mujer de algún familiar enfermo o mayor que requería sus cuidados y atención (TABLA 27).

TABLA 27

PRESENCIA DE FAMILIAR ENFERMO O MAYOR DEPENDIENTE DE LA MUJER

		NO	SI	TOTAL
DEPRESIVAS	F.obs	89	19	108
	F.esp.	94,4	13,6	
	% fila	50,9%	10,8%	61,7%
CONTROLES	F.obs.	64	3	67
	F.esp.	58,6	8,4	
	% fila	36,6%	1,7%	38,3%
TOTAL		153	22	175
		87,4%	12,6%	100,0%

X = 5.333

P < 0,05

Del resto de las situaciones "crónicas" estudiadas dentro del ámbito familiar sólo han sido significativas tres situaciones después del tratamiento estadístico, en el resto no ha sido posible aplicar la metodología por lo que ya expusimos al inicio de este apartado.

La presencia de problemas con los hijos ha sido mayor entre las depresivas, pues es de resaltar que muchas mujeres depresivas tenían hijos toxicómanos, lo cual creemos que ha tenido mucho peso a la hora de establecer diferencias entre los grupos. Hemos valorado también el apoyo que había tenido la mujer en el cuidado y atención de sus hijos, tanto por una tercera persona como por el cónyuge, encontrando que esto también ha sido diferente con significación estadística en los dos grupos (TABLAS 28,29 y 30). Hemos usado en estas situaciones una submuestra de 82 mujeres depresivas que tenían hijos y de 55 controles que también los tenían, y como es obvio hemos dejado fuera a aquellas mujeres que no tenían hijos con el objeto de que no confundieran nuestros resultados.

TABLA 28
PRESENCIA DE PROBLEMAS CON LOS HIJOS

		DEPRESIVAS	CONTROLES	TOTAL
NO PROBLEMAS	F.obs.	43	41	84
	F.esp.	50,3	37,7	
	% fila	31,4%	29,9%	61,3%
PROB.DE RELACION	F.obs.	19	6	25
	F.esp.	15,0	10,0	
	% fila	13,9%	4,4%	18,3%
TOXICOMANIA	F.obs.	20	8	28
	F.esp.	16,8	11,2	
	% fila	14,6%	5,8%	20,4%
TOTAL		82	55	137
		59,8%	40,2%	100,0%

X = 6.897
P < 0,05

TABLA 29
EXISTENCIA DE AYUDA EN EL CUIDADO DE LOS HIJOS

		NUNCA	ALG.VECES	SIEMPRE	TOTAL
DEPRESIVAS	F.obs.	65	3	14	82
	F.esp.	50,3	6,6	25,1	
	% fila	47,5%	2,2%	10,2%	59,9%
CONTROLES	F.obs.	19	8	28	55
	F.esp.	37,7	4,4	16,9	
	% fila	13,9%	5,8%	20,4%	40,1%
TOTAL		84	11	42	137
		61,3%	8,0%	30,7%	100,0%

X = 27.892
P < 0,001

TABLA 30

AYUDA POR PARTE DEL CONYUGE EN EL CUIDADO DE LOS HIJOS

		NUNCA	ALG. VECES	SIEMPRE	TOTAL
DEPRESIVAS	F.obs.	57	15	10	82
	F.esp.	46,1	17,4	18,5	
	% fila	41,6%	10,9%	7,4%	59,9%
CONTROLES	F.obs.	20	14	21	55
	F.esp.	30,9	11,6	12,5	
	% fila	14,6%	10,2%	15,3%	40,1%
TOTAL		77	29	31	137
		56,2%	21,2%	22,6%	100,0%

$$X = 17.058$$

$$P < 0,001$$

En la página siguiente presentamos de forma resumida las situaciones estudiadas y el grado de significación estadística todo ello en el CUADRO 1.

También hemos elegido seis situaciones para presentarlas mediante gráficos con el objeto de facilitar una visión más inmediata de las diferencias en cuanto a la situación de pareja entre depresivas y controles. Estas situaciones son: malos tratos (FIGURA IV.10), satisfacción sexual (FIGURA IV.11), relación afectiva (FIGURA IV.12), presencia de conflictos (FIGURA IV.13), poder decisorio (FIGURA IV.14) y grado de confianza (FIGURA IV.15).

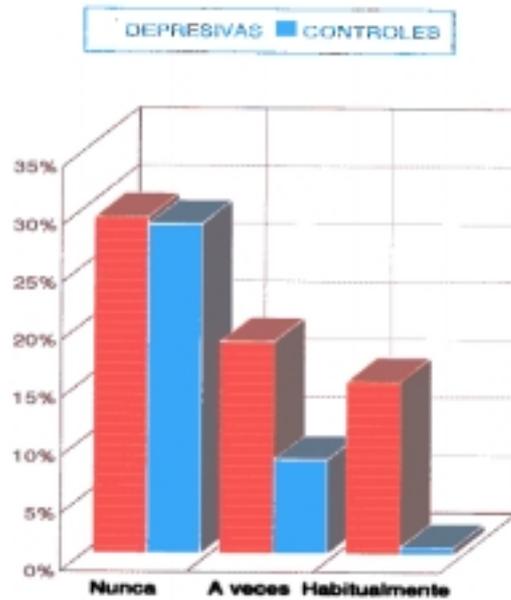


Figura IV.10.-Incidencia de malos tratos por parte del compañero

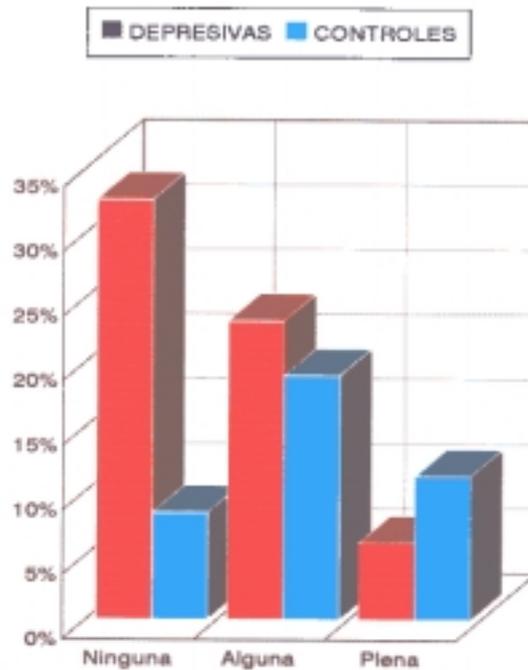


Figura IV.11.-Grado de satisfacción sexual

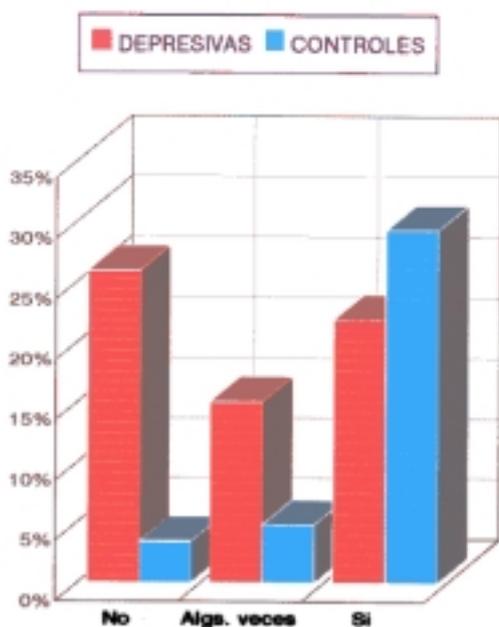


Figura IV.12.-Presencia de una buena relación afectiva con el compañero

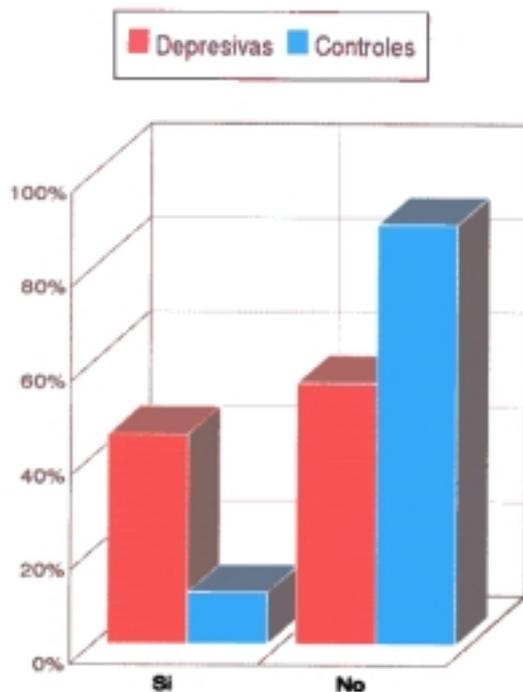


Figura IV.13.-Presencia de una relación conflictiva con el compañero

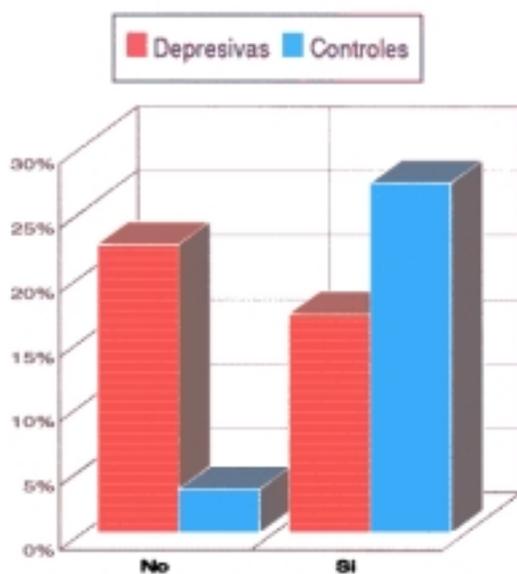


Figura IV.14.-Participación en la toma de decisiones con el compañero

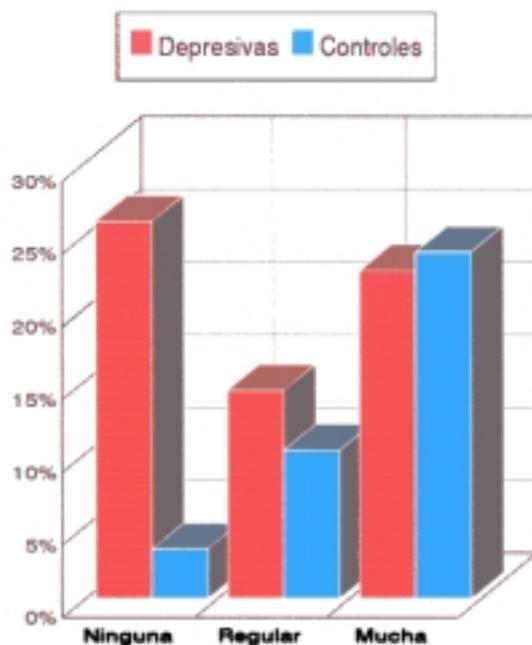


Figura IV.15.-Grado de confianza con el compañero

CUADRO 1
SITUACIONES FAMILIARES CRONICAS
(incluida toda la muestra)

SITUACION	CHI-CUADRADO	G.L	P
Disponib.económica	11.923	1	***
Comun.temas no domésticos	33.367	2	***
Compartir tareas hogar	6.992	2	*
Comp.problemas con el compañero	31.547	3	***
Malos tratos	16.700	2	***
Comp.gustos con el compañero	23.800	2	***
Relación afect.con compañero	27.102	2	***
Grado de conf.con compañero	18.226	2	***
Conflictos con el compañero	16.413	1	***
Compartir decis.familiares	29.756	2	***
Presencia de disf.sexual	16.661	3	***
Grado de afect.por disf.sexual	0.701	1	n.s
Satisfacción sexual	19.906	2	***
Patología en el compañero	10.772	2	**
Respon.con famil.o enfermos	5.333	1	*
Maternidad deseada	.....	
Problemas con los hijos	6.897	2	*
Ayuda cuidado de los hijos	27.892	2	***
el cuidado de los hijos	17.058	2	***
Causas no maternidad	.....	
Afect. por no maternidad	.....	
Separación o divorcio	.....	

..... (no posible aplicar chi-cuadrado)

*** (p < 0,001)

** (p < 0,01)

* (p < 0,05)

n.s. (p no significativa)

IV.2.3.2. ESTUDIO COMPARATIVO DE SITUACIONES FAMILIARES ENTRE MUJERES CON UN PRIMER EPISODIO DEPRESIVO Y CONTROLES

Con el objeto de estudiar situaciones "crónicas" no influidas por la propia depresión, hemos realizado también la comparación utilizando la misma metodología, usando en este caso como muestra depresiva solo aquellas mujeres que presentaban el primer episodio depresivo.

Los resultados obtenidos son muy similares a los que hemos expuesto para la muestra total. Solo han aparecido diferencias en tres situaciones, ya que el hecho de compartir tareas domésticas no ha marcado diferencias entre depresivas de primer episodio y controles, así como tampoco las marcaron los problemas con los hijos, mientras que por el contrario el grado de afectación por padecer una disfunción sexual sí ha dado como resultado diferencias significativas entre los dos grupos. Presentamos a continuación en el **CUADRO 2** de forma esquemática los resultados.

CUADRO 2

SITUACIONES FAMILIARES CRONICAS

(incluidas solo las depresivas con un primer episodio)

SITUACION	CHI-CUADRADO	G. L.	P
Disponibil.económica	13.157	1	***
Comun.temas no domésticos	23.869	2	***
Compartir tareas hogar	4.924	2	n.s.
Comp.problemas con el compañero	26.429	3	***
Malos tratos	45.331	1	***
Comp.gustos con el compañero	20.546	2	***
Relación afect.con el compañero	24.791	2	***
Grado de confianza con compañero	15.793	2	***
Conflictos con el compañero	19.681	1	***
Compartir decisiones familiares	20.753	2	***
Presencia de disfunción sexual	11.109	3	*
Grado de afect.por disf.sexual	7.085	1	**
Satisfacción sexual	10.654	2	**
Enfermedad en el compañero	9.909	2	**
Respon.con familiar o enfermo	4.297	1	*
Maternidad deseada	.....	
Problemas con los hijos	5.747	2	n.s.
Ayuda en el cuidado de los hijos	19.265	2	***
Ayuda del compañero en el cuidado de los hijos	18.257	2	***
Causas no maternidad	.....	
Afect. por no maternidad	.....	
Separación o divorcio	.....	

..... (no posible aplicar chi-cuadrado)

*** (p < 0,001)

** (p < 0,01)

* (p < 0,05)

n.s. (p no significativa)

IV.2.4. ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS SITUACIONES LABORALES

CRONICAS

Hemos hecho este estudio con nueve circunstancias o situaciones pertenecientes al área laboral, que estuvieron presentes en la vida de las mujeres durante un período como mínimo de dos años. Se ha realizado de la misma forma que lo hicimos para las situaciones familiares, es decir en primer lugar con todas las mujeres de la muestra depresiva y posteriormente seleccionando sólo aquellas que estuvieran en su primer episodio depresivo.

IV.2.4.1. COMPARACION INCLUYENDO TODOS LOS EPISODIOS

DEPRESIVOS

De todas las comparaciones hechas mediante contraste de hipótesis con la prueba de chi-cuadrado, sólo hemos obtenido significación estadística en una, del resto, en tres no pudimos aplicar la prueba y en las otras cinco la probabilidad es no significativa, es decir no hay diferencias estadísticas entre depresivas y controles.

Para este estudio hemos clasificado a las mujeres según su profesión. Por un lado una submuestra de 47 mujeres depresivas que trabajaban fuera del hogar, y una submuestra de 41 mujeres del grupo control con la misma característica. Observamos como la proporción de mujeres depresivas que realizan trabajo extradoméstico, con respecto a la muestra global, es menor que en el grupo control, y esta proporción equivale a decir que el 43,5% de las mujeres depresivas trabajaban fuera del hogar y que el 61,2% de las controles también.

En los casos en los que la comparación requería que las mujeres trabajaran dentro del hogar (amas de casa) éstas han sido incluidas.

Presentamos a continuación las tablas de este estudio (TABLAS 31,32,33,34,35 y 36).

TABLA 31

MOTIVOS PARA REALIZAR TRABAJO EXTRADOMESTICO

		ECONOMICOS	DECISION PERSONAL	TOTAL
DEPRESIVAS	F.obs.	35	12	47
	F.esp.	33,1	13,9	
	% fila	39,7%	13,7%	53,4%
CONTROLES	F.obs.	27	14	41
	F.esp.	28,9	12,1	
	% fila	30,7%	15,9%	46,6%
TOTAL		62	26	88
		70,4%	29,6%	100,0%

X = 0,442 P n.s.

TABLA 32

SATISFACCIONES OBTENIDAS DEL TRABAJO EXTRADOMESTICO

		DEPRESIVAS	CONTROLES	TOTAL
ECONOMICAS	F.obs.	17	19	36
	F.esp.	19,2	16,8	
	% col.	19,3%	21,6%	40,9%
REALIZ. PERSONAL	F.obs.	8	5	13
	F.esp.	7,0	6,1	
	% col.	9,1%	5,7%	14,8%
VARIAS	F.obs.	8	12	20
	F.esp.	10,7	9,3	
	% col.	9,1%	13,6%	22,7%
NINGUNA	F.obs.	14	5	19
	F.esp.	10,1	8,8	
	% col.	15,9%	5,7%	21,6%
TOTAL		47	41	88
		53,4%	46,4%	100,0%

X = 5.483 P n.s.

TABLA 33

GRATIFICACION PERSONAL POR TRABAJO EXTRADOMESTICO

		NO	SI	TOTAL
DEPRESIVAS	F.obs.	31	16	47
	F.esp.	27,2	19,8	
	% fila	35,2%	18,2%	53,4%
CONTROLES	F.obs.	20	21	41
	F.esp.	23,8	17,2	
	% fila	22,7%	23,9%	46,6%
TOTAL		51	37	88
		57,9%	42,1%	100,0%

X = 1.993

P n.s.

TABLA 34

ABANDONO DE TRABAJO EXTRADOMESTICO POR MATRIMONIO O MATERNIDAD

		DEPRESIVAS	CONTROLES	TOTAL
NO TRABAJABA ANT.	F.obs.	61	26	87
	F.esp.	54,5	32,5	
	% col.	41,5%	17,7%	59,2%
SIGUIO TRABAJANDO	F.obs.	26	23	49
	F.esp.	30,7	18,4	
	% col.	17,7%	15,7%	33,3%
NO SIGUIO TRABAJ.	F.obs.	5	6	11
	F.esp.	6,8	4,1	
	% col.	3,4%	4,0%	7,5%
TOTAL		92	55	147
		62,6%	37,4%	100,0%

X = 5.383

P n.s.

TABLA 35

SOBRECARGA POR TRABAJO EXTRADOMESTICO MAS DOMESTICO

		SI	NO	TOTAL
DEPRESIVAS	F.obs.	30	17	47
	F.esp.	26,2	20,8	
	% fila	34,1%	19,3%	53,4%
CONTROLES	F.obs.	19	22	41
	F.esp.	22,8	18,2	
	% fila	21,6%	25,0%	46,6%
TOTAL		49	39	88
		55,7%	43,3%	100,0%

X = 2.052

P n.s.

Sólo hemos encontrado que fuera representativo, para diferenciar depresivas y controles dentro de las situaciones laborales, la presencia de preocupación o de sentimientos de culpa por abandono del hogar cuando la mujer tenía que realizar un trabajo extradoméstico. La preocupación por los hijos ha sido algo muy constante en las mujeres que respondieron positivamente a esta circunstancia. Un total de 25 mujeres depresivas dijeron sentir esta preocupación frente a 11 mujeres de la muestra control. Las diferencias arrojadas en este caso han sido significativas (TABLA 36, FIGURA IV.16).

TABLA 36

SENTIMIENTOS DE PREOCUPACION POR TENER QUE DEJAR A LOS HIJOS

		SI	NO	TOTAL
DEPRESIVAS	F.obs.	25	22	47
	F.esp.	19,2	27,8	
	% fila	28,4%	25,0%	53,4%
CONTROLES	F.obs.	11	30	41
	F.esp.	16,8	24,2	
	% fila	12,5%	34,1%	46,6%
TOTAL		36	52	88
		40,9%	59,1%	100,0%

X = 5.252

P < 0,05

Presentamos a continuación el cuadro resumen de estas situaciones (CUADRO 3).

CUADRO 3

SITUACIONES LABORALES CRONICAS
(incluidas todas las depresivas)

SITUACION	CHI-CUADRADO	G.L.	P
Motivos trab.extradom.	0,442	2	n.s.
Satisfac.por trabajo	5.483	3	n.s.
Gustar o no trab.extradom.	1.993	1	n.s.
Motivos no trab.extrad.	.....	
Desempleo	.....	
Abandono trab.por matrim. o maternidad	5.383	2	n.s.
Afectó o no dejar trab. por matrim.o maternidad	.....	
Sobrecarga por trab.domest. más extradoméstico	2.052	1	n.s.
Preocupación por abandono del hogar	5.252	1	*

.....(no posible realizar chi-cuadrado)

n.s.(probabilidad no significativa)

* (probabilidad < 0,05)

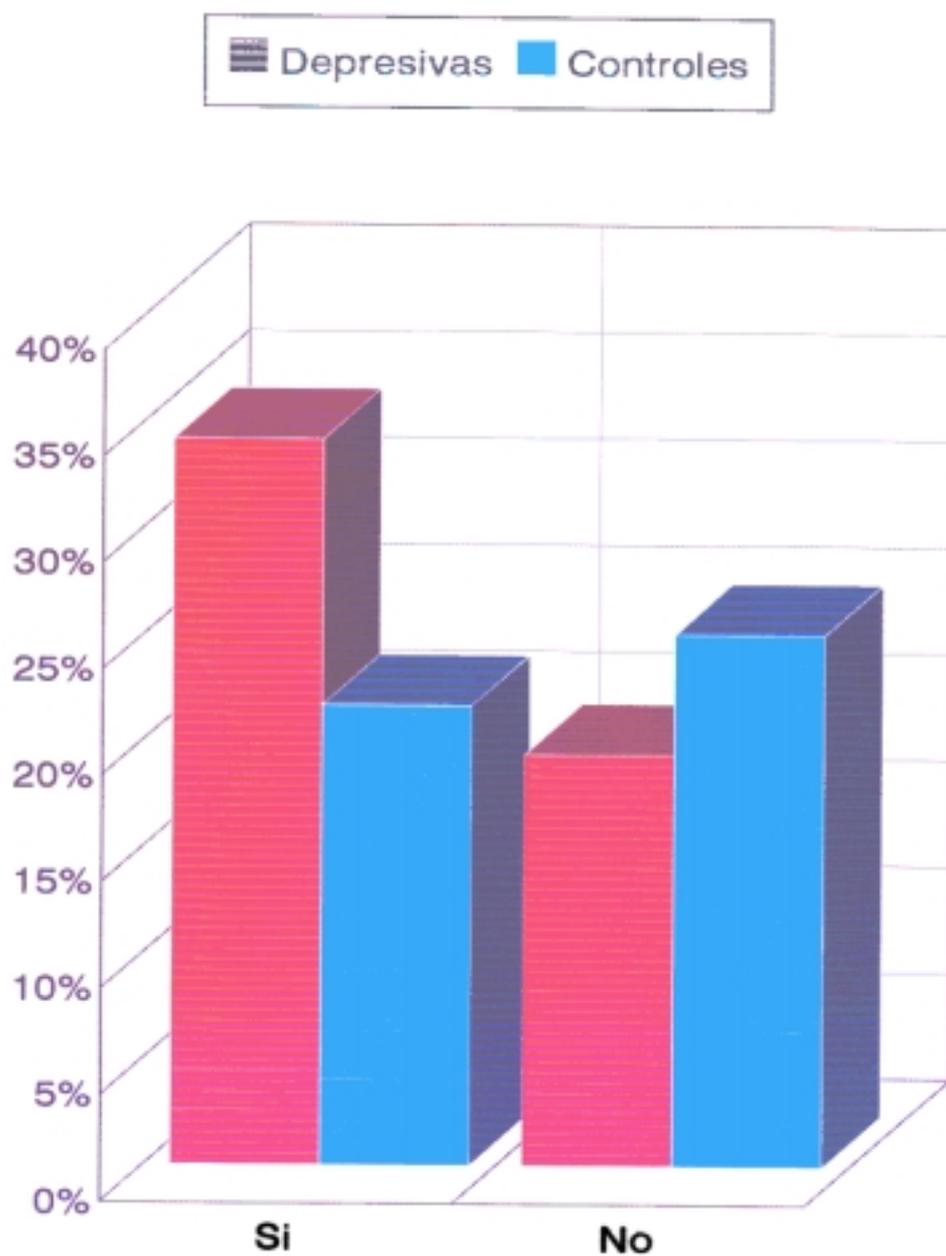


Figura IV.16.-Vivencia de sobrecarga por trabajo doméstico y trabajo fuera del hogar

IV.2.4.2. COMPARACION INCLUYENDO SOLO DEPRESIVAS EN EL PRIMER EPISODIO

Las satisfacciones obtenidas por el trabajo fuera del hogar han marcado en este caso diferencias entre las dos muestras, que no aparecieron en las comparaciones anteriores (TABLA 37). En el resto, los resultados han sido similares a lo expuestos para mujeres depresivas independientemente del episodio depresivo actual.

TABLA 37

SATISFACCIONES OBTENIDAS DEL TRABAJO EXTRADOMESTICO (incluye depresivas en el primer episodio)

		DEPRESIVAS	CONTROLES	TOTAL
ECONOMICAS	F.obs.	7	19	26
	F.esp.	10,5	15,5	
	% col.	10,1%	27,5%	37,7%
PERSONALES	F.obs.	6	5	11
	F.esp.	4,5	6,5	
	% col.	8,7%	7,2%	15,9%
VARIAS	F.obs.	5	12	17
	F.esp.	6,5	10,1	
	% col.	7,3%	17,4%	24,6%
NINGUNA	F.obs.	10	5	15
	F.esp.	6,1	8,9	
	% col.	14,5%	7,3%	27,8%
TOTAL		28	41	69
		40,6%	59,4%	100,0%

$$X = 8.014$$

$$P < 0,05$$

En el siguiente cuadro aparecen todas las situaciones laborales "crónicas" y los resultados estadísticos que hemos obtenidos de la comparación entre depresivas que vivían el primer episodio de la enfermedad y la muestra control (CUADRO 4).

CUADRO 4

SITUACIONES LABORALES CRONICAS

(incluidas solo depresivas en el primer episodio)

SITUACION	CHI-CUADRADO	G.L.	P
Motivos trab.extradomestico	0,296	2	n.s.
Satisf.por el trabajo	8.014	3	*
Gustar o no trab.extradomest.	0,003	1	n.s.
Motivos no trab.extradomestico	.....	
Desempleo	.....	
Abandono trab.por matrimonio o maternidad	.....	
Afectó o no dejar trab.por matrimonio o maternidad	.....	
Sobrecarga por trabajo domest. más extradoméstico	0,119	1	n.s.
Preocupación por abandono del hogar	3.992	1	*

.....(no posible realizar chi-cuadrado)

n.s.(probabilidad no significativa)

* ($p < 0,05$)

IV.3. ESTUDIO DE LA SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA

El estudio de la sintomatología depresiva ha sido realizado dentro del **Modelo Tetradimensional**, por lo que el instrumento de trabajo para su análisis ha sido el **Cuestionario Estructural Tetradimensional para el Diagnóstico de la Depresión (CET-DE)** de Alonso-Fernández (1989).

Las contestaciones a los ítems del CET-DE han sido evaluadas desde distintas perspectivas: estudio de las diferencias entre el grupo control y el grupo de depresivas; estudio de las diferencias por grupos de edad; estudio de las diferencias por nº de episodio depresivo y, por último, concordancia entre ítem positivo y dimensión a la que pertenece también positiva, concordancia entre ítem positivo y dimensión negativa y concordancia entre ítem positivo y resultado global del cuestionario positivo. También hemos realizado un estudio de las puntuaciones globales de las dimensiones y de la tipología clínica en nuestra muestra.

IV.3.1. TEST DE KOLMOGOROV-SMIRNOV

El primer tratamiento estadístico que requería el estudio de los datos era comprobar si su distribución seguía una curva normal, para lo cual aplicamos el Test de Kolmogorov-Smirnov. Los datos obtenidos a partir del test rechazan la hipótesis inicial de normalidad, lo cual nos conduce a la elección de pruebas no paramétricas para el análisis estadístico de los ítems uno a uno. Por el contrario las puntuaciones globales de las dimensiones sí parecen adecuarse a la hipótesis de normalidad. Los resultados del TEST DE KOLMOGOROV-SMIRNOV los presentamos a continuación por dimensiones en las **TABLAS 38,39,40 y 41**.

TABLA 38

RESULTADOS DEL TEST DE KOLMOGOROV-SMIRNOV

Dimension I (Humor Depresivo)

ITEM	MEDIA	D.S.	Z	P
1	3,59	1,09	5,273	***
2	3,89	0,54	5,569	***
3	3,79	0,67	5,432	***
4	3,48	1,16	4,963	***
5	3,37	1,30	4,913	***
6	1,85	1,72	2,766	***
7	1,61	1,84	3,602	***
8	2,20	1,79	3,073	***
9	2,77	1,70	4,011	***
10	2,24	1,89	3,465	***
11	1,06	1,61	4,274	***
12	2,65	1,75	3,877	***
13	3,12	1,53	4,572	***
14	3,68	0,96	5,325	***
15	1,05	1,63	4,412	***
16	1,07	1,64	4,355	***
17	1,37	1,68	3,622	***
18	1,70	1,88	3,622	***
19	1,96	1,71	2,549	***
20	2,07	1,75	2,730	***
21	1,04	1,58	4,267	***

*** (P < 0,001)

** (P < 0,01)

* (P < 0,05)

TABLA 39

RESULTADOS DEL TEST DE KOLMOGOROV-SMIRNOV

Dimensión II (Anergia)

ITEM	MEDIA	D.S.	Z	P
1	3,72	0,75	5,356	***
2	2,48	1,68	3,290	***
3	2,54	1,78	3,727	***
4	1,14	1,63	4,118	***
5	3,36	1,37	5,041	***
6	3,27	1,29	4,534	***
7	2,07	1,85	3,067	***
8	2,29	1,83	3,375	***
9	3,17	1,48	4,628	***
10	1,51	1,80	3,685	***
11	2,59	1,84	4,043	***
12	3,70	0,98	5,470	***
13	3,57	1,19	5,394	***
14	3,16	1,57	4,815	***

TABLA 40

Dimensión III (Discomunicación)

ITEM	MEDIA	D.S.	Z	P
1	0,61	1,32	5,023	***
2	2,48	1,79	3,618	***
3	3,56	1,20	5,347	***
4	1,10	1,70	4,433	***
5	2,90	1,55	3,964	***
6	3,19	1,45	4,621	***
7	2,89	1,67	4,299	***
8	1,28	1,70	3,911	***
9	0,84	1,49	4,636	***
10	2,68	1,63	3,611	***
11	1,80	1,93	3,557	***
12	2,63	1,74	2,723	***
13	2,09	1,74	2,723	***
14	2,59	1,69	3,571	***

*** (P < 0,001)

** (P < 0,01)

* (P < 0,05)

TABLA 41
 RESULTADOS DEL TEST DE KOLMOGOROV-SMIRNOV
 Dimensión IV (Ritmopatía)

ITEM	MEDIA	D.S.	Z	P
1	2,67	1,77	4,003	***
2	3,23	1,45	4,792	***
3	2,78	1,75	4,220	***
4	3,02	1,65	4,635	***
5	0,43	1,22	5,455	***
6	2,26	1,94	3,667	***
7	1,67	1,82	3,417	***
8	2,39	1,72	3,194	***
9	1,69	1,84	3,435	***
10	1,83	1,84	3,158	***
11	1,56	1,92	3,987	***
12	2,50	1,84	3,814	***
13	2,07	1,91	3,276	***
14	2,63	1,70	3,687	***

*** (P < 0,001)

** (P < 0,01)

* (P < 0,05)

IV.3.2. ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE SANAS Y DEPRESIVAS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN CADA ITEM DEL CET-DE.

Presentamos en este apartado los resultados que hemos obtenido después de comparar la puntuación alcanzada en cada Ítem por las mujeres con depresión con la obtenida por las que no presentaban esta patología (grupo de sanas). La técnica estadística que hemos utilizado ha sido la Prueba U de Mann-Whitney/Wilcoxon; a continuación, por dimensiones, mostraremos los datos de este análisis.

IV.3.2.1. DIMENSION I (HUMOR DEPRESIVO).

Como puede observarse en la TABLA 42, que aparece a continuación, las diferencias observadas entre ambos grupos son altamente significativas ($P < 0,001$) en todos los Ítems, con la excepción del Ítem 10 que ha puntuado significativamente pero con una probabilidad $< 0,01$. Hemos completado, para una mejor comprensión, las tablas de este apartado presentando las medias y las desviaciones típicas, junto con el estadístico de contraste U de Mann-Whitney y la probabilidad. Por lo tanto, en nuestra muestra de estudio todos los Ítems de la primera dimensión han diferenciado el grupo de sanas del grupo de depresivas.

TABLA 42
DIMENSION I (HUMOR DEPRESIVO). ESTUDIO COMPARATIVO.

Item	DEPRESIVAS		CONTROLES		U	P
	Media	D.S.	Media	D.S.		
1	3,59	0,77	1,08	1,34	688,0	***
2	3,88	1,17	0,53	1,50	643,0	***
3	3,78	0,58	0,67	1,22	378,5	***
4	3,48	1,46	1,16	1,64	1.359,5	***
5	3,37	1,10	1,30	1,47	1.127,5	***
6	1,85	0,05	1,72	0,34	1.546,0	***
7	1,61	0,29	1,83	0,79	2.284,0	***
8	2,20	0,43	1,79	1,10	1.718,5	***
9	2,76	1,37	1,70	1,71	2.156,5	***
10	2,24	1,52	1,88	1,59	2.856,0	**
11	1,05	0,28	1,60	0,90	2.760,0	***
12	2,64	0,67	1,74	1,17	1.540,0	***
13	3,12	0,38	1,52	0,99	884,5	***
14	3,67	2,08	0,95	1,79	1.875,5	***
15	1,04	0,11	1,63	0,59	2.623,5	***
16	1,07	0,11	1,64	0,59	2.590,0	***
17	1,37	0,14	1,67	0,72	2.181,0	***
18	1,70	0,56	1,87	1,14	2.490,0	***
19	1,96	0,00	1,70	0,00	1.340,0	***
20	2,07	0,00	1,74	0,00	1.306,5	***
21	1,03	1,58	0,00	0,00	2.412,0	***

*** ($P < 0,001$), ** ($P < 0,01$), * ($P < 0,05$)

IV.3.2.2.DIMENSION II (ANERGIA).

En la TABLA 43 exponemos los resultados de esta dimensión en la cual la significación también es muy alta en la mayoría de los Ítems, marcando nuevamente claras diferencias entre los dos grupos de estudio. El Ítem 10 y el Ítem 11 son los que han obtenido la más baja significación aunque se mantienen las diferencias estadísticamente significativas.

TABLA 43
DIMENSION II (ANERGIA). ESTUDIO COMPARATIVO

Item	DEPRESIVAS		CONTROLES		U	P
	Media	D.S.	Media	D.S.		
1	3,72	0,44	0,74	0,98	231,5	***
2	2,48	0,80	1,68	1,30	1.745,0	***
3	2,53	0,05	1,78	0,34	1.119,0	***
4	1,13	0,00	1,63	0,00	2.311,5	***
5	3,36	1,13	1,37	1,60	1.321,5	***
6	3,26	0,08	1,29	0,41	378,5	***
7	2,07	0,00	1,85	0,00	1.474,0	***
8	2,28	0,20	1,83	0,78	1.479,5	***
9	3,16	1,22	1,47	1,63	1.571,5	***
10	1,50	0,80	1,80	1,35	2.921,5	*
11	2,59	1,94	1,84	1,74	2.888,0	*
12	3,70	0,89	0,97	1,44	765,0	***
13	3,57	1,97	1,19	1,81	1.915,0	***
14	3,15	0,34	1,57	1,02	945,5	***

*** (P< 0,001)

** (P< 0,01)

* (P< 0,05)

IV.3.2.3. DIMENSION III (DISCOMUNICACION)

En esta dimensión encontramos que todos los Ítems han establecido diferencias significativas con una $P < 0,001$, es decir las diferencias entre depresivas y controles han sido muy marcadas sin aparecer ningún Ítem dudoso. En la TABLA 44 que a continuación presentamos aparecen los resultados de esta dimensión.

TABLA 44
DIMENSION III (DISCOMUNICACION). ESTUDIO COMPARATIVO

Item	DEPRESIVAS		CONTROLES		U	P
	Media	D.S.	Media	D.S.		
1	0,61	0,29	1,32	0,24	2.962,0	***
2	2,48	0,02	1,79	0,24	1.130,0	***
3	3,55	1,01	1,20	1,61	1.119,0	***
4	1,10	0,00	1,70	0,00	2.479,0	***
5	2,89	0,08	1,55	0,41	696,5	***
6	3,18	0,76	1,44	1,40	1.128,0	***
7	2,88	1,28	1,67	1,62	1.914,0	***
8	1,27	0,29	1,69	0,79	2.568,0	***
9	0,84	0,04	1,48	0,27	2.731,5	***
10	2,67	0,08	1,62	0,54	861,5	***
11	1,79	0,02	1,93	0,24	1.907,5	***
12	2,62	0,11	1,74	0,59	1.078,5	***
13	2,09	0,05	1,73	0,34	1.338,0	***
14	2,59	0,08	1,69	0,41	978,0	***

*** (P< 0,001)

** (P< 0,01)

* (P< 0,05)

IV.3.2.4. DIMENSION IV (RITMOPATIA)

En esta dimensión hemos encontrado que el Ítem 11 " Sensación de hambre muy fuerte", no ha sido significativo para establecer diferencias entre controles y depresivas.

En el resto de los Ítems hemos hallado una significación estadística alta ($P < 0,001$), con la excepción del Ítem 5 "Duerme en conjunto más que antes" que ha sido significativo con una $P < 0,05$. Exponemos estos resultados en la TABLA 45.

TABLA 45

DIMENSION IV (RITMOPATIA). ESTUDIO COMPARATIVO

Item	DEPRESIVAS		CONTROLES		U	P
	Media	D.S.	Media	D.S.		
1	2,66	1,49	1,77	1,77	2.388,0	***
2	3,23	1,00	1,45	1,48	1.281,0	***
3	2,77	0,11	1,74	0,59	1.035,0	***
4	3,01	0,26	1,65	0,77	933,0	***
5	0,42	0,05	1,22	0,48	3.270,5	*
6	2,25	0,00	1,93	0,00	1.474,0	***
7	1,66	0,00	1,82	0,00	1.842,0	***
8	2,38	0,08	1,71	0,54	1.133,0	***
9	1,69	0,47	1,84	1,15	2.357,0	***
10	1,83	0,20	1,83	0,70	1.905,0	***
11	1,55	1,70	1,92	1,91	3.466,0	n.s.
12	2,50	0,17	1,83	0,67	1.324,0	***
13	2,07	0,23	1,91	0,81	1.806,5	***
14	2,62	1,11	1,70	0,59	1.015,5	***

*** ($P < 0,001$)

** ($P < 0,01$)

* ($P < 0,05$)

n.s.(no significativa).

IV.3.3. ESTUDIO DE LA SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA POR GRUPOS DE EDAD

Para poder analizar las diferencias sintomatológicas en función de la edad, hemos dividido al grupo de mujeres depresivas en tres subgrupos que comprenden las siguientes edades: grupo 1 (18 - 33 años), grupo 2 (34 - 49) y grupo 3 (50 - 65). La distribución ha sido hecha incluyendo el mismo número de años en cada grupo y ha resultado de dividir la franja de edad de nuestra muestra (de 18 a 65 años) en tres bloques. A continuación exponemos en este apartado los resultados del estudio. Para hacerlo hemos aplicado el **Test de Kruskal Wallis** que es la alternativa no paramétrica al Análisis de Varianza; en las tablas presentamos X_2 , probabilidad y las medias aritméticas con las desviaciones típicas en cada subgrupo de edad.

Después de vistos los Ítems que son estadísticamente significativos según la edad, en ellos estudiamos entre qué subgrupos existían esas diferencias, para lo que aplicamos una **U de Mann-Whitney** con la corrección de **Dunn-Bonferroni**.

IV.3.3.1. DIFERENCIAS SINTOMATOLOGICAS POR GRUPOS DE EDAD.

DIMENSION I (HUMOR DEPRESIVO).

En esta dimensión encontramos tres Ítems en los que aparecen diferencias por grupos de edad, estos son el 2 "¿ Se siente triste ?", el 3 "¿ Nota falta de placer o de alegría?" y el 20 "¿ Cree que no vale la pena vivir o tiene deseos de morir ?".

En la siguiente página aparecen los resultados de esta primera dimensión (**TABLA 46**).

TABLA 46

ESTUDIO SINTOMATOLOGICO POR GRUPOS DE EDAD

DIMENSION I (HUMOR DEPRESIVO)

Edad	(18 - 33)		(34 - 49)		(50 - 65)		X	P
Item	Media	D.S.	Media	D.S.	Media	D.S.		
1	3,10	1,65	3,70	0,92	3,70	0,87	3.0450	n.s
2	3,50	1,10	4,00	0,00	3,96	0,25	13.1906	**
3	3,40	1,14	3,88	0,43	3,87	0,49	6.2096	*
4	3,80	0,89	3,38	1,35	3,41	1,15	3.0707	n.s.
5	3,40	1,14	3,69	0,92	3,22	1,46	2.0561	n.s.
6	2,50	1,57	1,38	1,67	1,83	1,74	4.8495	n.s.
7	2,50	1,57	1,38	1,67	1,83	1,74	0,4998	n.s.
8	2,10	1,77	2,00	1,87	2,37	1,78	0,6632	n.s.
9	2,40	1,90	2,69	1,78	2,91	1,60	1.1057	n.s.
10	2,40	1,90	2,30	1,93	2,16	1,89	0,2963	n.s.
11	0,60	1,31	0,84	1,51	1,29	1,70	3.5085	n.s.
12	2,30	1,97	2,53	1,74	1,80	1,67	1.1785	n.s.
13	3,10	1,65	3,11	1,50	3,12	1,52	0,0638	n.s.
14	3,50	1,10	3,61	1,13	3,75	0,82	1.4824	n.s.
15	1,60	1,90	1,07	1,71	0,85	1,48	2.8651	n.s.
16	1,70	1,86	0,69	1,37	1,03	1,63	4.2920	n.s.
17	1,90	1,88	1,30	1,69	1,22	1,59	2.0868	n.s.
18	2,20	1,82	1,65	1,89	1,56	1,88	1.9028	n.s.
19	1,40	1,72	1,84	1,78	2,19	1,64	3.4598	n.s.
20	2,80	1,64	1,46	1,74	1,09	1,71	6.6282	*
21	1,20	1,76	1,00	1,41	1,00	1,60	0,2412	n.s

En los tres ítems de esta dimensión en los que hemos encontrado diferencias hemos buscado entre qué subgrupos existían éstas, utilizando para este fin la prueba U de Mann-Whitney con la corrección de Dunn-Bonferroni como ya expusimos en el capítulo de Material y Método. El subgrupo 1 está formado por 20 mujeres, el grupo 2 por 26 y el grupo 3 por 62. A continuación presentamos los resultados de estas pruebas en las tres siguientes tablas (TABLAS 47,48,49).

TABLA 47
DIFERENCIAS SINTOMATOLOGICAS POR GRUPOS DE EDAD
ITEM "SE SIENTE TRISTE"

Subgrupos	1 (n = 20)	2 (n = 26)	3 (n = 62)	U
1 (18-33)	---	n.s	*	208,0 (1-2)
2 (34-49)	n.s.	---	n.s.	505,5 (1-3)
3 (50-65)	*	n.s.	---	793,0 (2-3)

CORRECCION DE DUNN-BONFERRONI. P < 0,016
* (probabilidad significativa)
n.s.(probabilidad no significativa)

TABLA 48

DIFERENCIAS SINTOMATOLOGICAS POR GRUPOS DE EDAD

ITEM "NOTA FALTA DE PLACER O DE ALEGRIA"

Subgrupos	1 (n = 20)	2 (n = 26)	3 (n = 62)	U
1(18-33)	---	n.s.	n.s.	212,0 (1-2)
2(34-49)	n.s.	---	n.s.	503,0 (1-3)
3(50-65)	n.s.	n.s.	---	793,0 (2-3)

CORRECCION DE DUNN-BONFERRONNI. P < 0,016

* (probabilidad significativa)

n.s.(probabilidad no significativa)

TABLA 49

DIFERENCIAS SINTOMATOLOGICAS POR GRUPOS DE EDAD

ITEM "CREE QUE NO VALE LA PENA VIVIR O TIENE DESEOS DE MORIR"

Subgrupos	1 (n = 20)	2 (n= 26)	3 (n = 62)	U
1 (18-33)	---	*	n.s.	156,0 (1-2)
2 (34-49)	*	---	n.s.	480,0 (1-3)
3 (50-65)	n.s.	n.s.	---	644,5 (2-3)

CORRECCION DE DUNN-BONFERRONNI. P < 0,016

* (probabilidad significativa)

n.s.(probabilidad no significativa)

IV.3.3.2. DIFERENCIAS SINTOMATOLOGICAS POR GRUPOS DE EDAD.**DIMENSION II (ANERGIA).**

En esta dimensión encontramos también tres ítems que marcan diferencias significativas según la edad, estos son: ítem 1 "**¿ Se siente aburrido o desinteresado por todo ?**", ítem 6 "**¿ Ha disminuido su actividad habitual ?**" y por último el ítem 9 de esta dimensión "**¿ Tiene sequedad de boca ?**". Al igual que en la dimensión anterior presentamos los resultados de todos los ítems (TABLA 49) y después especificamos las diferencias entre los distintos subgrupos. Encontramos en el ítem 6 "**¿ ha disminuido su actividad habitual?**" que después de aplicar la corrección de **Dunn-Bonferroni** no aparecen diferencias entre los tres subgrupos debido a la mayor exigencia de significación que requiere esta corrección (TABLAS 51,52 y 53).

TABLA 50
 ESTUDIO SINTOMATOLOGICO POR GRUPOS DE EDAD
 DIMENSION II (ANERGIA)

Edad	(18 - 33)		(34 - 49)		(50 - 65)			
Item	Media	D.S.	Media	D.S.	Media	D.S.	X	P
1	3,50	0,88	4,00	0,00	3,67	0,82	6.4202	*
2	2,10	1,88	2,61	1,67	2,54	1,62	1.0413	n.s.
3	2,70	1,62	2,61	1,85	2,45	1,82	0,2893	n.s.
4	1,80	1,79	1,11	1,65	0,93	1,56	5.1827	n.s.
5	3,30	1,49	3,61	0,98	3,27	1,47	0,6020	n.s.
6	3,00	1,52	2,80	1,60	3,54	0,98	6.1718	*
7	2,00	1,83	1,92	1,83	2,16	1,89	0,3585	n.s.
8	2,20	1,82	2,46	1,90	2,24	1,83	0,3657	n.s.
9	2,60	1,72	2,84	1,61	3,48	1,25	8.2052	*
10	1,40	1,84	1,34	1,71	1,61	1,84	0,4034	n.s.
11	3,00	1,77	2,38	1,87	2,54	1,85	1.6056	n.s.
12	3,50	1,27	3,92	0,39	3,67	1,03	1.7858	n.s.
13	3,40	1,31	3,69	1,08	3,58	1,20	1.4351	n.s.
14	3,40	1,46	3,00	1,72	3,14	1,55	0,9407	n.s.

** (P < 0,001)
 ** (P < 0,01)
 * (P < 0,05)
 n.s.(P no significativa)

TABLA 51

DIFERENCIAS SINTOMATOLOGICAS POR GRUPOS DE EDAD

ITEM "¿ SE SIENTE ABURRIDO O DESINTERASADO POR TODO ?"

Subgrupos	1 (n = 20)	2 (n = 26)	3 (n = 62)	U
1 (18-33)	---	*	n.s.	195,0 (1-2)
2 (34-49)	*	---	n.s.	557,7 (1-3)
3 (50-65)	n.s.	n.s.	---	689,0 (2-3)

CORRECCION DE DUNN-BONFERRONNI. P < 0,016

* (probabilidad significativa)

n.s.(probabilidad no significativa)

TABLA 52

DIFERENCIAS SINTOMATOLOGICAS POR GRUPOS DE EDAD

ITEM "¿ HA DISMINUIDO SU ACTIVIDAD HABITUAL ?"

Subgrupos	1 (n = 20)	2 (n = 26)	3 (n = 62)	U
1 (18-33)	---	n.s.	n.s.	242,0 (1-2)
2 (34-49)	n.s.	---	n.s.	512,0 (1-3)
3 (50-65)	n.s.	n.s.	---	607,0 (2-3)

CORRECCION DE DUNN-BONFERRONNI. P < 0,016

* (probabilidad significativa)

n.s.(probabilidad no significativa)

TABLA 53

DIFERENCIAS SINTOMATOLOGICAS POR GRUPOS DE EDAD

ITEM "¿TIENE SEQUEDAD DE BOCA?"

Subgrupos	1 (n = 20)	2 (n = 26)	3 (n = 62)	U
1 (18-33)	---	n.s.	*	240,5 (1-2)
2 (34-49)	n.s.	---	n.s.	443,0 (1-3)
3 (50-65)	*	n.s.	---	631,0 (2-3)

CORRECCION DE DUNN-BONFERRONNI. P < 0,016

* (probabilidad significativa)

n.s.(probabilidad no significativa)

IV.3.3.3. DIFERENCIAS SINTOMATOLOGICAS POR GRUPOS DE EDAD.

DIMENSION III (DISCOMUNICACION).

Los ítems que han marcado diferencias significativas entre los tres subgrupos de edad son: "¿ Se siente solo o alejado de los demás ?", "¿ Se siente enfadado o molesto con otras personas ?", "¿ Se siente receloso o desconfiado ?", "¿ Nota algo extraño en el aspecto de las personas ?" y "¿ Ve menos la televisión o escucha menos la radio ?". Como en las dimensiones anteriores mostraremos en primer lugar la tabla con los resultados de todos los ítems que forman esta dimensión y a continuación las tablas que contienen la información de los ítems en los que aparecieron diferencias y entre qué subgrupos se dan éstas (TABLAS 54,55,56,57,58 y 59).

TABLA 54

ESTUDIO SINTOMATOLOGICO POR GRUPOS DE EDAD

DIMENSION III (DISCOMUNICACION)

Edad	(18 - 33)		(34 - 49)		(50 - 65)			
Item	Media	D.S.	Media	D.S	Media	D.S.	X	P
1	0,60	1,31	0,30	0,92	0,74	1,45	0,4447	n.s.
2	2,50	1,70	2,15	1,78	2,61	1,83	0,4671	n.s.
3	3,70	0,97	3,38	1,47	3,58	1,15	0,8230	n.s.
4	1,50	1,82	1,23	1,79	0,91	1,62	0,3086	n.s.
5	3,00	1,52	2,76	1,79	2,91	1,47	0,9500	n.s.
6	4,00	0,00	3,07	1,62	2,96	1,52	0,0106	*
7	3,80	0,89	3,30	1,49	2,41	1,77	0,0080	**
8	2,30	1,75	1,07	1,62	1,03	1,60	0,0093	**
9	1,60	1,53	0,53	1,33	0,72	1,47	0,0049	**
10	2,00	1,71	2,15	1,68	3,11	1,44	0,0038	**
11	1,10	1,77	1,92	1,91	1,96	1,96	0,2007	n.s.
12	2,90	1,77	2,07	1,91	2,77	1,63	0,1942	n.s.
13	2,10	1,77	1,84	1,86	2,19	1,68	0,7084	n.s.
14	2,60	1,72	2,07	1,91	2,80	1,55	0,2591	n.s.

*** (P < 0,001)

** (P < 0,01)

* (P < 0,05)

n.s.(P no significativa)

TABLA 55

DIFERENCIAS SINTOMATOLOGICAS POR GRUPOS DE EDAD
 ITEM "¿ SE SIENTE SOLO O ALEJADO DE LOS DEMAS ?"

Subgrupos	1 (n = 20)	2 (n = 26)	3 (n = 62)	U
1 (18-33)	---	*	*	190,0 (1-2)
2 (34-49)	*	---	n.s.	400,0 (1-3)
3 (50-65)	*	n.s.	---	757,0 (2-3)

CORRECCION DE DUNN-BONFERRONNI. P < 0,016
 * (probabilidad significativa)
 n.s.(probabilidad no significativa)

TABLA 56

DIFERENCIAS SINTOMATOLOGICAS POR GRUPOS DE EDAD
 ITEM "¿ SE SIENTE ENFADADO O MOLESTO ?"

Subgrupos	1 (n = 20)	2 (n = 26)	3 (n = 62)	U
1 (18-33)	---	*	*	223,5 (1-2)
2 (34-49)	*	---	*	356,5 (1-3)
3 (50-65)	*	*	---	583,5 (2-3)

CORRECCION DE DUNN-BONFERRONNI. P < 0,016
 * (probabilidad significativa)
 n.s.(probabilidad no significativa)

TABLA 57

DIFERENCIAS SINTOMATOLOGICAS POR GRUPOS DE EDAD

ITEM "¿ SE SIENTE RECELOSO O DESCONFIADO ?"

Subgrupos	1 (n = 20)	2 (n = 26)	3 (n = 62)	U
1 (18-33)	---	n.s.	*	162,5 (1-2)
2 (34-49)	n.s.	---	n.s.	380,0 (1-3)
3 (50-65)	*	n.s.	---	791,0 (2-3)

CORRECCION DE DUNN-BONFERRONI $P < 0,016$

* (probabilidad significativa)

n.s.(probabilidad no significativa)

TABLA 58

DIFERENCIAS SINTOMATOLOGICAS POR GRUPOS DE EDAD

ITEM "¿ VE MENOS LA TV O ESCUCHA MENOS LA RADIO ?"

Subgrupos	1 (n = 20)	2 (n = 26)	3 (n = 62)	U
1 (18-33)	---	n.s.	*	247,0 (1-2)
2 (34-49)	n.s.	---	*	395,5 (1-3)
3 (50-65)	*	*	---	549,0 (2-3)

CORRECCION DE DUNN-BONFERRONI. $P < 0,016$

* (probabilidad significativa)

n.s.(probabilidad no significativa)

TABLA 59

DIFERENCIAS SINTOMATOLOGICAS POR GRUPOS DE EDAD

ITEM "¿ NOTA ALGO EXTRAÑO O CAMBIADO EN EL AMBIENTE ?"

Subgrupos	1 (n = 20)	2 (n = 26)	3 (n = 62)	U
1 (18-33)	---	*	*	154,0 (1-2)
2 (34-49)	*	---	n.s.	410,0 (1-3)
3 (50-65)	*	n.s.	---	762,0 (2-3)

CORRECCION DE DUNN-BONFERRONI. $P < 0,016$

* (probabilidad significativa)

n.s.(probabilidad no significativa)

IV.3.3.4. DIFERENCIAS SINTOMATOLOGICAS POR GRUPOS DE EDAD.

DIMENSION IV (RITMOPATIA).

En esta dimensión encontramos algunos ítems que de nuevo marcan diferencias según la edad de las mujeres de la muestra. Estos son "¿ Está más activa por la noche que por el día ?" y "¿ Ha dejado de tener planes para el futuro ?", por el contrario al realizar la U de Mann-Whitney con la corrección de Dunn-bonferroni esas diferencias desaparecen entre los tres subgrupos debido al nivel de mayor exigencia de la significación. (TABLAS 60,61 y 62).

TABLA 60

DIFERENCIAS SINTOMATOLOGICAS POR GRUPOS DE EDAD

DIMENSION IV (RITMOPATIA)

Edad	(18 - 33)		(34 - 49)		(50 - 65)		X	P
	Media	D.S.	Media	D.S.	Media	D.S.		
1	2,30	1,86	2,61	1,85	2,80	1,71	1.3043	n.s.
2	2,80	1,76	3,07	1,62	3,42	1,23	2.6792	n.s.
3	2,60	1,84	2,46	1,81	2,96	1,68	2.1159	n.s.
4	2,70	1,86	3,38	1,35	2,96	1,68	1.8126	n.s.
5	0,70	1,49	0,61	1,47	0,25	0,99	3.2768	n.s.
6	1,70	1,86	2,15	1,95	2,48	1,93	2.7977	n.s.
7	1,20	1,76	1,15	1,71	1,03	1,82	6.0564	*
8	2,30	1,62	2,53	1,83	2,35	1,71	0,4321	n.s.
9	1,80	1,82	1,30	1,78	1,82	1,87	1.5088	n.s.
10	2,40	1,90	1,46	1,74	1,80	1,83	2.8889	n.s.
11	2,20	2,04	1,84	2,03	1,22	1,78	4.3493	n.s.
12	2,30	1,86	2,38	1,87	2,61	1,83	0,6684	n.s.
13	2,20	2,04	2,00	2,87	2,06	1,91	0,1406	n.s.
14	2,20	1,70	2,23	1,63	2,93	1,68	6.2176	*

*** (P < 0,001)

** (P < 0,01)

* (P < 0,05)

n.s.(P no significativa)

TABLA 61

DIFERENCIAS SINTOMATOLOGICAS POR GRUPOS DE EDAD

ITEM "¿ ESTA MAS ACTIVO POR LAS NOCHES QUE POR EL DIA ?"

Subgrupos	1 (n = 20)	2 (n = 26)	3 (n = 62)	U
1 (18-33)	---	n.s.	n.s.	257,5 (1-2)
2 (34-49)	n.s.	---	n.s.	468,5 (1-3)
3 (50-65)	n.s.	n.s.	---	598,0 (2-3)

CORRECCION DE DUNN-BONFERRONI P < 0,016

* (probabilidad significativa)

n.s.(probabilidad no significativa)

TABLA 62

DIFERENCIAS SINTOMATOLOGICAS POR GRUPOS DE EDAD

ITEM " ¿ HA DEJADO DE TENER PLANES PARA EL FUTURO ? "

Subgrupos	1 (n = 20)	2 (n = 26)	3 (n = 62)	U
1 (18-33)	---	n.s.	n.s.	258,0 (1-2)
2 (34-49)	n.s.	---	n.s.	465,0 (1-3)
3 (50-65)	n.s.	n.s.	---	602,5 (2-3)

CORRECCION DE DUNN-BONFERRONI P < 0,016

* (probabilidad significativa)

n.s. (probabilidad no significativa)

IV.3.4. ESTUDIO DE LA SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA SEGUN NUMERO DE EPISODIO DEPRESIVO.

El propósito de este apartado sobre análisis de la sintomatología depresiva en nuestra muestra es estudiar cómo evolucionan los síntomas a medida que la depresión en la mujer va presentando mayor número de episodios depresivos en el curso del tiempo. Por limitaciones de nuestra muestra hemos considerado sólo dos grupos: aquellas mujeres que presentaban en el momento de ser entrevistadas su primer episodio depresivo y aquellas otras que presentaban en ese mismo momento el segundo o sucesivos episodios. El primer grupo estuvo formado por 57 mujeres de las 108 de la muestra de depresivas, el resto fué incluido en el segundo grupo.

Para verificar si existían diferencias entre ambos grupos, es decir si un síntoma estaba puntuando de forma distinta según perteneciera a un primer episodio depresivo o perteneciera al segundo o más, aplicamos la **U de Mann-Whitney/Wilcoxon** viendo así qué ítems del **Cet-de** mostraban diferencias significativas estadísticamente.

IV.3.4.1. ESTUDIO SINTOMATOLOGICO SEGUN EPISODIO DEPRESIVO.

DIMENSION I (HUMOR DEPRESIVO).

En esta primera dimensión encontramos sólo un ítem que muestra diferencias entre el primer episodio depresivo y el resto en nuestra muestra de trabajo. Este ítem es el que hace el número 20 en la primera dimensión: "**¿ Cree que no vale la pena vivir o tiene deseos de morir ?**", vemos por lo tanto que el ítem ha puntuado con un promedio menor en el grupo de mujeres que presentaban el primer episodio depresivo y más en el resto de mujeres

que presentaban como mínimo su segundo episodio depresivo. A continuación aparecen los resultados de esta dimensión en la siguiente tabla (TABLA 63).

TABLA 63
ESTUDIO SINTOMATOLOGICO POR NUMERO DE EPISODIO DEPRESIVO
DIMENSION I (HUMOR DEPRESIVO)

Item	PRIMER EPISODIO		RESTO EPISODIOS		U	P
	Media	D.S.	Media	D.S.		
1	3,50	1,15	3,68	1,00	1.346,0	n.s.
2	3,85	0,63	3,92	0,39	1.433,0	n.s.
3	3,80	0,58	3,76	0,76	1.448,0	n.s.
4	3,33	1,31	3,64	0,95	1.294,0	n.s.
5	3,47	1,16	3,25	1,44	1.377,5	n.s.
6	1,61	1,75	2,11	1,66	1.217,5	n.s.
7	1,38	1,75	1,86	1,91	1.265,5	n.s.
8	1,89	1,82	2,54	1,70	1.172,5	n.s.
9	2,82	1,68	2,70	1,73	1.409,0	n.s.
10	2,35	1,85	2,11	1,93	1.364,0	n.s.
11	1,01	1,60	1,09	1,61	1.408,5	n.s.
12	2,56	1,80	2,74	1,69	1.385,5	n.s.
13	3,00	1,60	3,25	1,44	1.336,0	n.s.
14	3,59	1,09	3,76	0,76	1.388,0	n.s.
15	0,92	1,52	1,17	1,75	1.366,0	n.s.
16	1,01	1,59	1,13	1,70	1.410,0	n.s.
17	1,15	1,60	1,60	1,74	1.251,5	n.s.
18	1,52	1,83	1,90	1,92	1.295,0	n.s.
19	1,82	1,65	2,11	1,76	1.318,5	n.s.
20	1,75	1,73	2,43	1,71	1.148,0	*
21	0,84	1,46	1,25	1,69	1.275,5	n.s.

*** (P < 0,001)
 ** (P < 0,01)
 * (P < 0,05)
 n.s.(P no significativa)

IV.3.4.2. ESTUDIO SINTOMATOLOGICO SEGUN EPISODIO DEPRESIVO.

DIMENSION II (ANERGIA).

Encontramos en esta dimensión un único ítem que marca diferencias significativas entre ambos grupos, éste es "¿ Ha disminuido su actividad habitual ?" , siendo la media estadística más alta en el grupo formado por los sujetos con dos o más episodios depresivos. Presentamos los resultados en la TABLA 64.

TABLA 64

ESTUDIO SINTOMATOLOGICO POR NUMERO DE EPISODIO DEPRESIVO
DIMENSION II (ANERGIA)

Item	PRIMER EPISODIO		RESTO EPISODIOS		U	P
	Media	D.S.	Media	D.S.		
1	3,82	0,57	3,60	0,89	1.322,0	n.s.
2	2,45	1,64	2,50	1,73	1.414,5	n.s.
3	2,49	1,82	2,58	1,75	1.420,0	n.s.
4	1,21	1,65	1,05	1,61	1.381,5	n.s.
5	3,29	1,43	3,43	1,30	1.400,0	n.s.
6	2,85	1,55	3,72	0,69	1.035,0	***
7	2,14	1,88	2,00	1,83	1.393,5	n.s.
8	2,24	1,92	2,33	1,73	1.428,5	n.s.
9	3,01	1,51	3,33	1,42	1.275,5	n.s.
10	1,45	1,81	1,56	1,80	1.397,5	n.s.
11	2,59	1,81	2,58	1,88	1.442,5	n.s.
12	3,75	0,93	3,64	1,03	1.387,5	n.s.
13	3,71	0,95	3,41	1,40	1.347,5	n.s.
14	3,12	1,60	3,19	1,54	1.434,0	n.s.

*** (P < 0,001)

** (P < 0,01)

* (P < 0,05)

n.s. (P no significativa)

IV.3.4.3. ESTUDIO SINTOMATOLOGICO SEGUN EPISODIO DEPRESIVO.

DIMENSION III (DISCOMUNICACION)

Observamos en esta dimensión dos ítems en los cuales aparecen diferencias significativas, el ítem "¿se siente enfadado o molesto con otras personas?" y el ítem "¿Le resulta más difícil que antes entender las conversaciones o la lectura?". A continuación en la siguiente tabla presentamos los resultados (TABLA 65).

TABLA 65

ESTUDIO SINTOMATOLOGICO POR NUMERO DE EPISODIO DEPRESIVO
DIMENSION III (DISCOMUNICACION)

Item	PRIMER EPISODIO		RESTO EPISODIOS		U	P
	Media	D.S.	Media	D.S.		
1	0,42	1,11	0,82	1,50	1.281,0	n.s.
2	2,56	1,72	2,39	1,87	1.399,5	n.s.
3	3,47	1,33	3,64	1,03	1.411,5	n.s.
4	0,91	1,65	1,31	1,74	1.268,5	n.s.
5	2,77	1,59	3,03	1,50	1.322,0	n.s.
6	3,15	1,46	3,21	1,44	1.420,0	n.s.
7	2,59	1,73	3,21	1,55	1.159,5	*
8	1,15	1,55	1,41	1,84	1.386,0	n.s.
9	0,84	1,46	0,84	1,52	1.432,0	n.s.
10	2,49	1,70	2,88	1,53	1.278,0	n.s.
11	1,75	1,92	1,84	1,95	1.420,0	n.s.
12	2,42	1,84	2,86	1,61	1.281,5	n.s.
13	1,68	1,76	2,54	1,60	1.063,5	*
14	2,52	1,75	2,66	1,63	1.405,0	n.s.

*** (P < 0,001)

** (P < 0,01)

* (P < 0,05)

n.s.(P no significativa)

IV.3.4.4. ESTUDIO SINTOMATOLOGICO SEGUN EPISODIO DEPRESIVO.

DIMENSION IV (RITMOPATIA).

En esta dimensión encontramos nuevamente ítems que marcan diferencias entre ambos grupos, estos ítems son "¿ Nota muchos cambios en su modo de sentirse a lo largo del dia ?" y "¿ Tiene momentos durante el dia en los que se queda traspuesto con una especie de ensueños ?". Los resultados aparecen en la tabla siguiente (TABLA 66).

TABLA 66

ESTUDIO SINTOMATOLOGICO POR NUMERO DE EPISODIO DEPRESIVO
DIMENSION IV (RITMOPATIA)

Item	PRIMER EPISODIO		RESTO EPISODIOS		U	P
	Media	D.S.	Media	D.S.		
1	2,59	1,85	2,74	1,69	1.414,5	n.s.
2	3,08	1,60	3,39	1,25	1.356,0	n.s.
3	2,56	1,84	3,01	1,61	1.274,5	n.s.
4	3,08	1,56	2,94	1,75	1.428,5	n.s.
5	0,38	1,16	0,47	1,30	1.432,5	n.s.
6	2,10	1,94	2,43	1,93	1.352,0	n.s.
7	1,54	1,77	1,80	1,88	1.325,5	n.s.
8	1,89	1,70	2,94	1,56	970,5	**
9	1,19	1,64	2,25	1,90	1.026,0	*
10	1,61	1,79	2,07	1,87	1.260,5	n.s.
11	1,43	1,88	1,68	1,97	1.365,5	n.s.
12	2,42	1,84	2,58	1,84	1.378,5	n.s.
13	1,96	1,90	2,19	1,92	1.361,0	n.s.
14	2,45	1,73	2,82	1,65	1.283,0	n.s.

*** (P < 0,001)

** (P < 0,01)

* (P < 0,05)

n.s.(P no significativa)

IV.3.5. ESTUDIO DIMENSIONAL.

Una vez analizados los ítems del CET-DE uno por uno según la edad y el episodio depresivo, vamos a estudiar en este apartado como evolucionan las puntuaciones globales medias de las dimensiones según estos mismos criterios: grupos de edad y número del episodio depresivo.

IV.3.5.1. ESTUDIO DIMENSIONAL POR EDAD.

No hemos encontrado en nuestros resultados diferencias significativas según grupos de edad. Únicamente merece la pena señalar desde un punto de vista puramente descriptivo que la puntuación media dimensional que se ha comportado de una forma más estable en los tres grupos de edad, ha sido la que corresponde a la dimensión II (Anergia). Los resultados aparecen en la siguiente tabla (TABLA 67).

TABLA 67

PUNTUACION MEDIA DIMENSIONAL POR EDAD

EDAD	18-33		34-49		50-65		F	P
	Media	D.S.	Media	D.S.	Media	D.S.		
DIM.I	33,4	8,7	31,4	7,6	32,9	6,7	0.525	n.s.
DIM.II	37,8	6,4	38,3	5,1	38,8	7,6	0,191	n.s.
DIM.III	33,5	9,6	27,8	12,1	30,8	8,2	2.015	n.s.
DIM.IV	29,4	12,5	29,1	11,9	32,0	8,4	0,993	n.s.

n.s. (probabilidad no significativa)

A continuación en el siguiente gráfico mostramos las puntuaciones dimensionales por grupos de edad y dimensión (FIGURA IV.17).

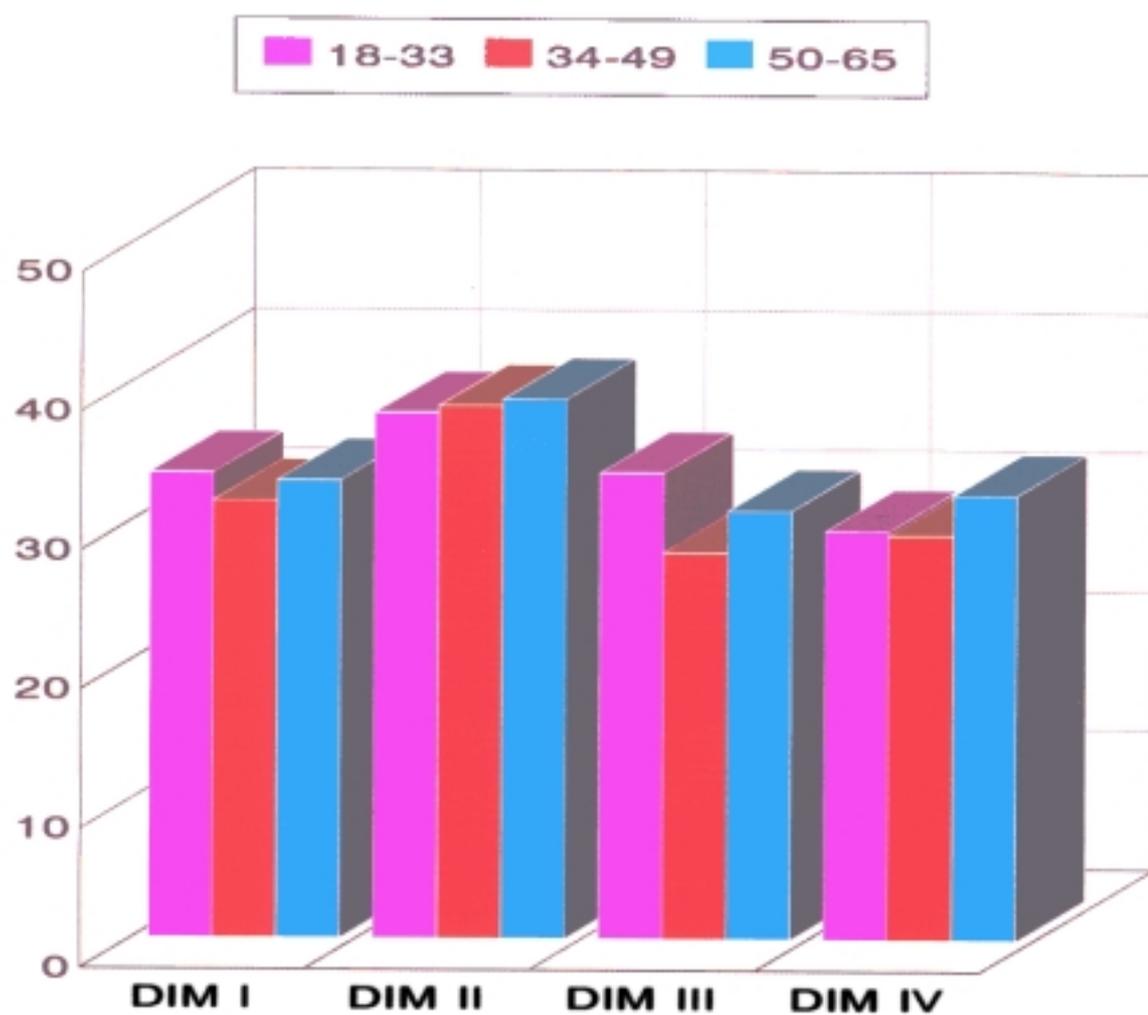


Fig.IV.17.Puntuación Media Dimensional por Edad.

IV.3.5.2. ESTUDIO DIMENSIONAL POR EPISODIO DEPRESIVO.

Hemos comparado las puntuaciones globales de las dimensiones según que pertenecieran a sujetos que se encontraban en el primer episodio depresivo o a aquellos que padecían su segundo o más episodio depresivo, tal como lo hicimos con cada uno de los Ítems. Los resultados los mostramos en la TABLA 68. Observamos, en este caso, como en todas las dimensiones las diferencias han sido significativas con la excepción de la dimensión II (**Anergia**) en la cual la puntuación global de la dimensión se mantiene más estable.

TABLA 68

PUNTUACION MEDIA DIMENSIONAL POR EPISODIO DEPRESIVO

	PRIMER EPISODIO		RESTO DE EPISODIOS		F	P
	Media	D.S.	Media	D.S.		
DIM. I	31,2	7,4	34,2	6,8	4.801	*
DIM. II	38,1	7,2	38,9	6,3	0.370	n.s.
DIM. III	28,8	9,9	32,6	8,8	4.3565	*
DIM. IV	28,2	11,5	33,7	7,6	8.215	**

n.s.(probabilidad no significativa)

* (probabilidad < 0,05)

** (probabilidad < 0,01)

Los resultados aparecen representados de forma gráfica en la página siguiente (FIGURA IV.18).

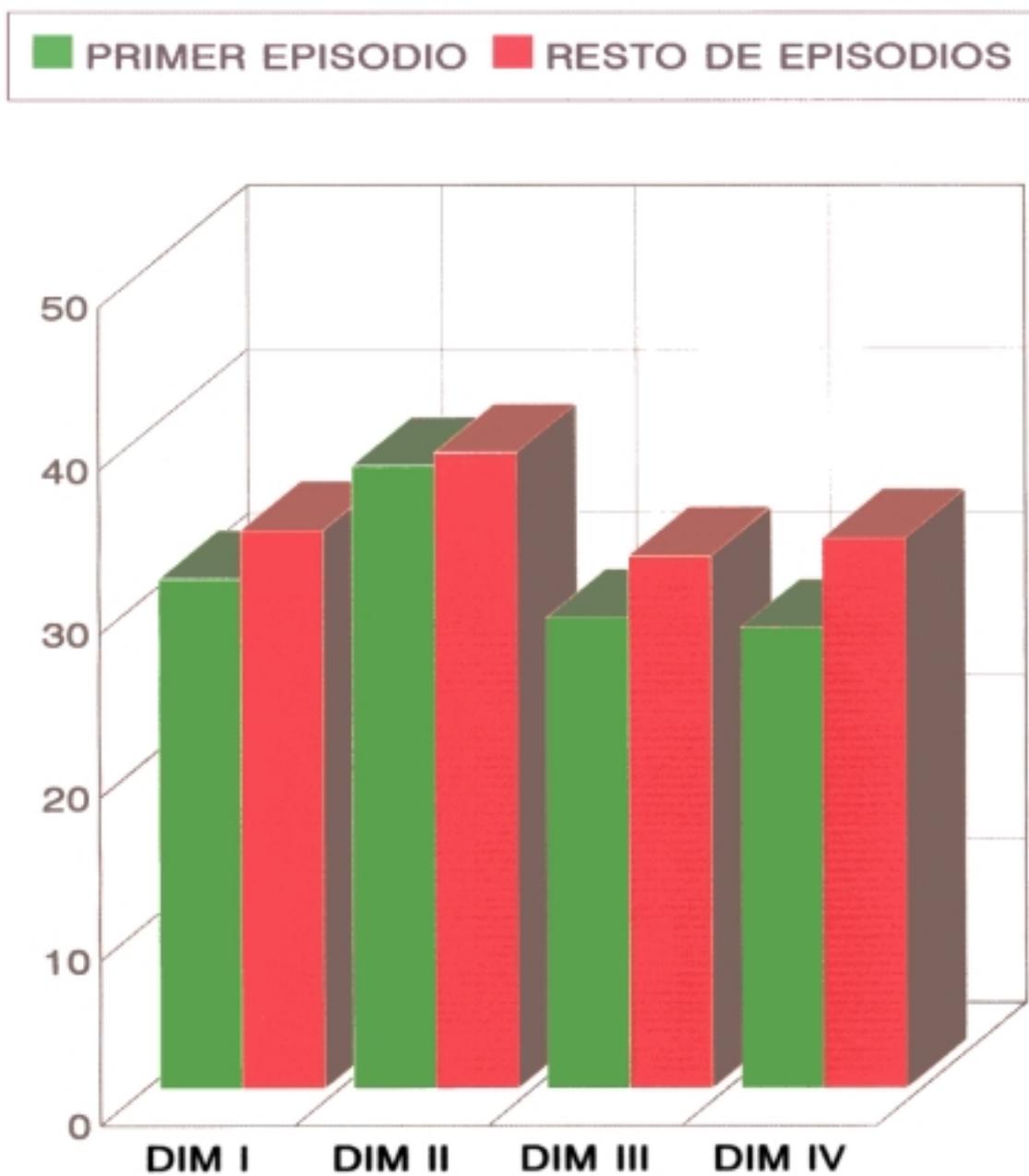


Fig.IV.18.Puntuación Media Dimensional por Episodio Depresivo.

IV.3.6. ESTUDIO TIPOLOGICO.

El **Modelo Tetradsimensional para la Depresión** establece cuatro tipologías como ya hemos visto: Unidimensional, Bidimensional, Tridimensional y Tetradsimensional. En función de las dimensiones que sean positivas (puntuación igual o mayor que 32) estas cuatro tipologías presenta 15 formas clínicas. Para evitar la dispersión de casos, en nuestro estudio sólo hemos trabajado con las cuatro tipologías y no hemos considerado cuales eran las distintas dimensiones positivas, sólo el hecho de ser uni,bi,tri o tetradsimensionales.

Como en otras ocasiones vamos a analizar la tipología por grupos de edad y por episodio depresivo.

IV.3.6.1. ESTUDIO DE LA TIPOLOGIA POR EDAD.

El estudio de la tipología según los grupos de edad no nos muestra ninguna diferencia significativa. De esta forma parece no estar asociada la extensión del cuadro depresivo con ningun grupo de edad en nuestra muestra (**TABLA 69, FIGURA IV.19**).

IV.3.6.2. ESTUDIO DE LA TIPOLOGIA POR NUMERO DE EPISODIO DEPRESIVO.

Por el contrario cuando analizamos la tipología en función del número de episodio depresivo sí que encontramos diferencias significativas. Al aumentar el número depresivo el cuadro clínico se va extendiendo afectando progresivamente a más dimensiones. Las mujeres que se encontraban en el primer episodio depresivo tenían con frecuencia una tipología Unidimensional o Bidimensional, y a medida que nos adentramos en el segundo o más

episodio depresivo los cuadros se van extendiendo, siendo los más frecuentes los Tridimensionales o los Tetradimensionales (TABLA 70 Y FIGURA IV.20).

TABLA 69
TIPOLOGIA CLINICA DIMENSIONAL POR EDAD

EDAD		18-33	34-49	50-65	TOTAL
UNIDIMENSIONAL	F.obs.	3	6	5	14
	F.esp.	2,6	3,4	8,0	
	% Fila	21,4%	42,8%	35,7%	13,0%
BIDIMENSIONAL	F.obs.	8	5	20	33
	F.esp.	6,1	7,9	18,9	
	% Fila	24,2%	15,1%	60,6%	30,6%
TRIDIMENSIONAL	F.obs.	2	9	19	30
	F.esp.	5,6	7,2	17,2	
	% Fila	6,6%	30,0%	63,4%	27,8%
TETRADIMENSIONAL	F.obs.	7	6	18	31
	F.esp.	5,7	7,5	17,8	
	% Fila	22,6%	19,3%	58,1%	28,6%
TOTAL		20	26	62	108
		18,5%	24,0%	57,5%	100,0%

$X_2 = 8.459$

P n.s.

TABLA 70

TIPOLOGIA CLINICA DIMENSIONAL POR NUMERO DE EPISODIO DEPRESIVO

		PRIMER EPISODIO	MAS DE UN EPISODIO	TOTAL
UNIDIM.	F.obs.	12	2	14
	F.esp.	7,4	6,6	
	% fila	85,7%	14,3%	13,0%
BIDIM.	F.obs.	22	11	33
	F.esp.	17,4	15,6	
	% fila	66,7%	33,3%	30,6%
TRIDIM.	F.obs.	10	20	30
	F.esp.	15,8	14,2	
	% fila	33,3%	66,7%	27,8%
TETRADIM.	F.obs.	13	18	31
	F.esp.	16,4	14,6	
	% fila	41,9%	58,1%	28,7%
TOTAL=		57	51	108
		52,8%	47,2%	100,0%

$$X_2 = 14.661$$

$$P < 0,01$$

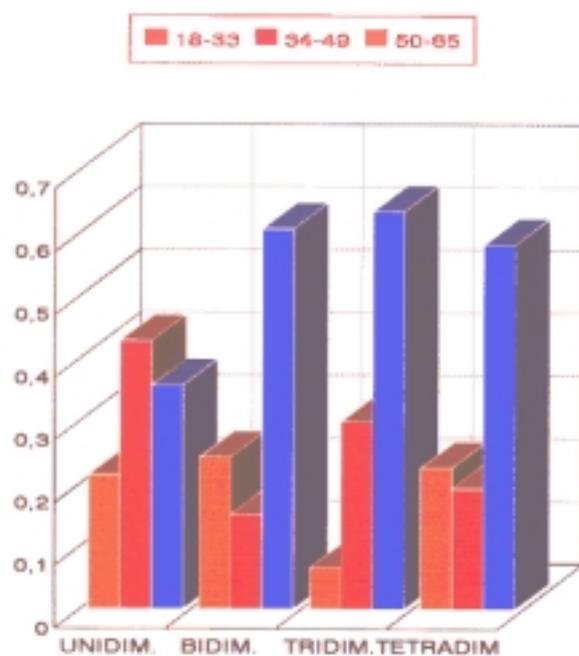


Fig.IV.19. Tipología Tetradsimensional por Edad.

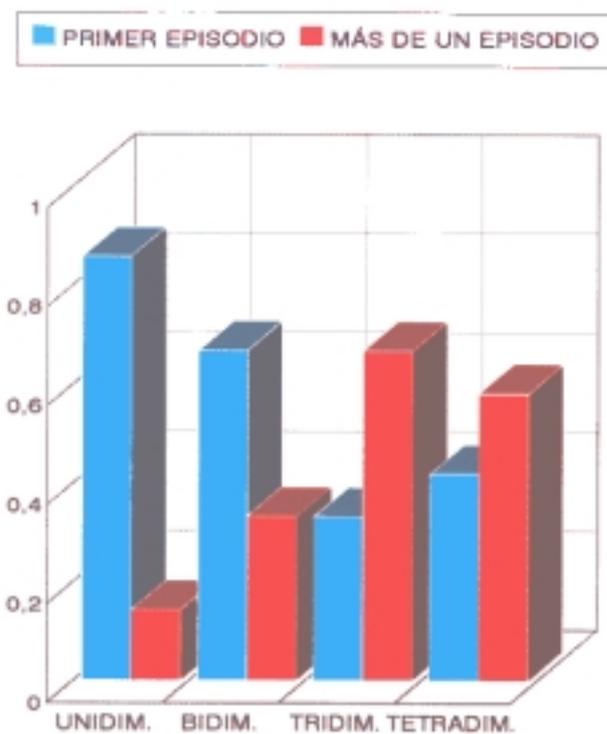


Fig.IV.20. Tipología Tetradsimensional por Número de Episodio Depresivo.

IV.3.7. ESTUDIO DEL PESO ESPECÍFICO DIMENSIONAL DE CADA ÍTEM DEL CET-DE

Para analizar de qué formas los ítems contribuyen, desde un punto de vista cualitativo, al conjunto de la dimensión y para ver en qué medida están presentes en nuestra muestra, hemos dividido los ítems en: ítem "presente" (puntuación 4) e ítem "ausente" (puntuación 0). En el caso de las dimensiones tenemos dos categorías, dimensión positiva y dimensión negativa, en función del criterio de positividad que el **Modelo Tetradimensional** establece (es positiva una dimensión con una puntuación igual o mayor que 32).

IV.3.7.1. ESTUDIO DEL PESO ESPECÍFICO DIMENSIONAL DE LOS ÍTEMS DE LA DIMENSION I

En esta dimensión encontramos que en la muestra total de 108 casos, 62 tienen esta dimensión positiva, y en 46 casos, a pesar de ser catalogados como depresivos, la dimensión es negativa. En la **TABLA 71** aparecen los resultados de esta dimensión, en los cuales, por un lado vemos la presencia del ítem positivo cuando tenemos la dimensión positiva, por otro lado vemos la presencia del ítem positivo aún cuando la dimensión sea negativa, finalmente vemos la constancia global del ítem, que es definida por la positividad total del ítem en la muestra, independientemente de que la dimensión a la que pertenezca sea positiva o negativa, pero con un resultado global del test positivo. Once ítems en esta dimensión han manifestado diferencias significativas, estos son: **ansiedad, dolor moral, pesantez corporal, molestias en el tronco superior, hiperpreocupación, economía, culpabilidad, autocrítica, inferioridad, ideas de muerte y suicidio.**

TABLA 71

PESO ESPECIFICO DIMENSIONAL DE LOS ITEMS DE LA DIMENSION I
(Muestra de 108 mujeres depresivas)

ITEM	DIM +/ITEM +		DIM -/ITEM +		CONST.GLOBAL		P
	N	%	N	%	N	%	
1 Amargura	59	95	42	91	101	93,5	n.s.
2 Tristeza	61	98	46	100	107	99,1	n.s.
3 Anhedonia	61	98	46	100	107	99,1	n.s.
4 Ansiedad	61	98	39	85	100	93	**
5 Llanto	57	92	40	87	97	90	n.s.
6 Dolor moral	46	74	18	39	64	60	***
7 Hipocondría	33	53	17	37	50	46	n.s.
8 Pesantez corporal	49	79	21	46	70	65	***
9 Molestias cabeza	51	82	31	67	82	76	n.s.
10 Molest.tronco sup.	45	73	21	46	66	61	**
11 Molest.tronco inf.	22	36	14	30	36	33	n.s.
12 Molest.Extremid.	48	77	31	67	79	73	n.s.
13 Incapacidad	54	87	36	78	90	83	n.s.
14 Hiperpreocupación	62	100	41	89	103	95	**
15 Economía	28	45	6	13	34	31	***
16 Culpabilidad	27	43	8	17	35	32	**
17 Autocrítica	37	58	11	24	48	44	***
18 Inferioridad	41	66	10	22	51	47	***
19 Desesperanza	43	69	25	54	68	63	n.s.
20 Ideas de muerte	49	79	20	43	69	64	***
21 Suicidio	27	43	9	20	36	33	**

n.s.(no significativa), *(P<0,05), **(P<0,01), ***(p<0,001)

IV.3.7.2. ESTUDIO DEL PESO ESPECIFICO DIMENSIONAL DE LOS ÍTEMS DE LA DIMENSION II

En esta dimensión hemos encontrado cuatro ítems que con arreglo al peso específico marcan diferencias significativas en esta dimensión. Estos ítems son: **amnesia, hipobulia, atontamiento e hiposexualidad**. Los resultados aparecen recogidos en la TABLA 72.

IV.2.7.3. ESTUDIO DEL PESO ESPECIFICO DIMENSIONAL DE LOS ÍTEMS DE LA DIMENSION III

Los ítems que en esta dimensión muestran diferencias significativas en cuanto a su peso específico son doce; tan sólo dos ítems no han presentando estas diferencias, estos son: **trastornos en visión/audición e hipersensibilidad (TABLA 73)**.

IV.2.7.4. ESTUDIO DEL PESO ESPECIFICO DIMENSIONAL DE LOS ÍTEMS DE LA DIMENSION IV

En esta última dimensión hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas, en lo referente al peso específico de los ítems en la dimensión, en nueve ítems: **insomnio medio, insomnio tardía, mal despertar, empeoramiento matutino, mejoría nocturna, oscilación circadiana, bulimia, sensación de tiempo lento y afuturición con planificación ausente del futuro**. Los resultados obtenidos en esta dimensión los mostramos en la TABLA 74.

TABLA 72

PESO ESPECIFICO DIMENSIONAL DE LOS ITEMS DE LA DIMENSION II
(Muestra de 108 mujeres depresivas)

ITEM	DIM +/ITEM +		DIM -/ITEM +		CONST.GLOBAL		P
	N	%	N	%	N	%	
22 Aburrimiento	97	99	10	100	107	99	n.s.
23 Amnesia	76	78	4	40	80	74	**
24 Bradipsiquia	71	74	5	50	76	70	n.s.
25 Anest.afectiva	38	39	1	10	39	36	n.s.
26 Hipobulia	89	91	5	50	94	87	***
27 Inactividad	90	92	8	80	98	91	n.s.
28 Encamamiento	61	62	3	30	64	59	n.s.
29 Atontamiento	69	70	0	0	69	64	***
30 Sequedad bucal	84	86	8	80	92	85	n.s.
31 Dispépsia	47	48	1	10	48	44	n.s.
32 Ritmo intest.	70	71	4	40	74	68	n.s.
33 Astenia	93	95	9	90	102	94	n.s.
34 Hiposexualidad	92	83	7	70	88	81	***
35 Obsesiones	81	83	7	70	88	81	n.s.

n.s.(probabilidad no significativa)

* (probabilidad < 0,05)

** (probabilidad < 0,01)

*** (probabilidad < 0,001)

TABLA 73

PESO ESPECIFICO DIMENSIONAL DE LOS ITEMS DE LA DIMENSION III
(Muestra de 108 mujeres depresivas)

ITEM	DIM +/ITEM +		DIM -/ITEM +		CONST.GLOBAL		P
	N	%	N	%	N	%	
36 Visión/Audición	13	23	8	15	21	19	n.s.
37 Hiporreactividad positiva	52	93	23	44	75	69	***
38 Hipersensibilidad	54	96	44	85	98	91	n.s.
39 Desafectación	29	52	5	10	34	31	***
40 Pobreza verbal	52	93	37	71	89	82	**
41 Soledad	52	93	41	79	93	86	*
42 Irritabilidad	52	93	32	61	84	78	***
43 Desconfianza	29	52	14	27	43	40	**
44 Desrrealización	20	36	9	17	29	27	*
45 Teledesinterés	51	91	33	63	84	78	***
46 Quejas	34	61	18	35	52	48	**
47 Inexpresividad	49	87	30	58	79	73	***
48 Discomprensión	46	82	24	46	70	65	***
49 Desaliño	53	95	28	54	81	75	***

n.s. (probabilidad no significativa)

* (probabilidad < 0,05)

** (probabilidad < 0,01)

*** (probabilidad < 0,001)

TABLA 74

PESO ESPECIFICO DIMENSIONAL DE LOS ITEMS DE LA DIMENSION IV
(Muestra de 108 mujeres depresivas)

ITEM	DIM +/ITEM +		DIM -/ITEM +		CONST.GLOBAL		P
	N	%	N	%	N	%	
50 Insomnio precoz	17	27	13	29	30	28	n.s.
51 Insomnio medio	60	94	32	73	92	85	**
52 Insomnio tardío	60	94	20	45	80	74	***
53 Mal despertar	61	95	24	54	85	79	***
54 Hipersomnia	9	14	3	9	12	11	n.s.
55 Empeoramiento matutino	53	83	11	25	64	60	***
56 Mejoría nocturna	47	73	6	14	53	49	***
57 Oscilación circadiana	58	91	19	43	77	71	***
58 Ensueños diurnos	35	55	18	50	53	49	n.s.
59 Anorexia	37	58	21	48	58	54	n.s.
60 Bulimia	32	50	12	27	44	41	*
61 Tiempo lento	53	83	20	45	73	68	***
62 Pasotismo	41	64	20	45	61	56	n.s.
63 Afuturición/Planificación ausente	53	83	28	64	81	75	*

n.s. (probabilidad no significativa)

* (probabilidad < 0,05)

** (probabilidad < 0,01)

*** (probabilidad < 0,001)

IV.4. ESTUDIO DE PERFILES

Aplicando el **Análisis de Segmentación** a los distintos grupos de situaciones que forman nuestro estudio, hemos obtenido tres **Arboles de Segmentación** que corresponden a los distintos grupos de situaciones que se han englobado en un mismo conjunto. Las situaciones que llamamos en nuestro estudio **crónicas** las hemos estudiado en tres grupos distintos de agrupación de variables, así de esta forma hemos obtenido los tres **árboles de segmentación** en los cuales aparecen los **perfiles de depresión**.

Los tres agrupamientos de variables que hemos hecho con objeto de estudiar las **situaciones crónicas** en distintos espacios de la vida de la mujer y en distintos episodios del curso de su enfermedad depresiva son:

- Todas las **situaciones crónicas familiares y del mundo laboral** de la mujer independientemente del episodio depresivo que presenten, es decir toda la muestra de mujeres depresivas. Del estudio de estas variables obtenemos el primer árbol de segmentación de las **situaciones crónicas**.

- En el segundo agrupamiento solamente hemos incluido **situaciones crónicas en relación con el mundo laboral**, incluyendo nuevamente toda la muestra.

- Por último en el tercer agrupamiento de variables están presentes **situaciones crónicas familiares y laborales** pero estudiándolas sólo en las mujeres de la muestra que se encontraban en el primer episodio depresivo.

IV.4.1. PERFILES DE MUJER DEPRESIVA.

SITUACIONES CRONICAS FAMILIARES Y LABORALES DE TODA LA MUESTRA

En este apartado hemos incluido todas las situaciones crónicas recogidas en nuestro estudio, teniendo por un lado todas las situaciones relacionadas con el ámbito familiar entre las que se encuentran: situaciones de pareja, situaciones relacionadas con los hijos y con otros miembros de la familia; y por otro lado tenemos las del mundo laboral de la mujer. Están incluidas todas las mujeres depresivas y controles ya que en este análisis no hemos hecho diferencias por episodio depresivo, por lo que la muestra está formada por 108 mujeres y por depresivas y 57 mujeres del grupo control.

Después de aplicar el análisis de segmentación hemos obtenido con este conjunto de variables situacionales crónicas dos **perfiles de mujer depresiva** que describimos a continuación. El **Arbol de segmentación** obtenido con los dos perfiles significativos aparecen en el **FIGURA IV.21**.

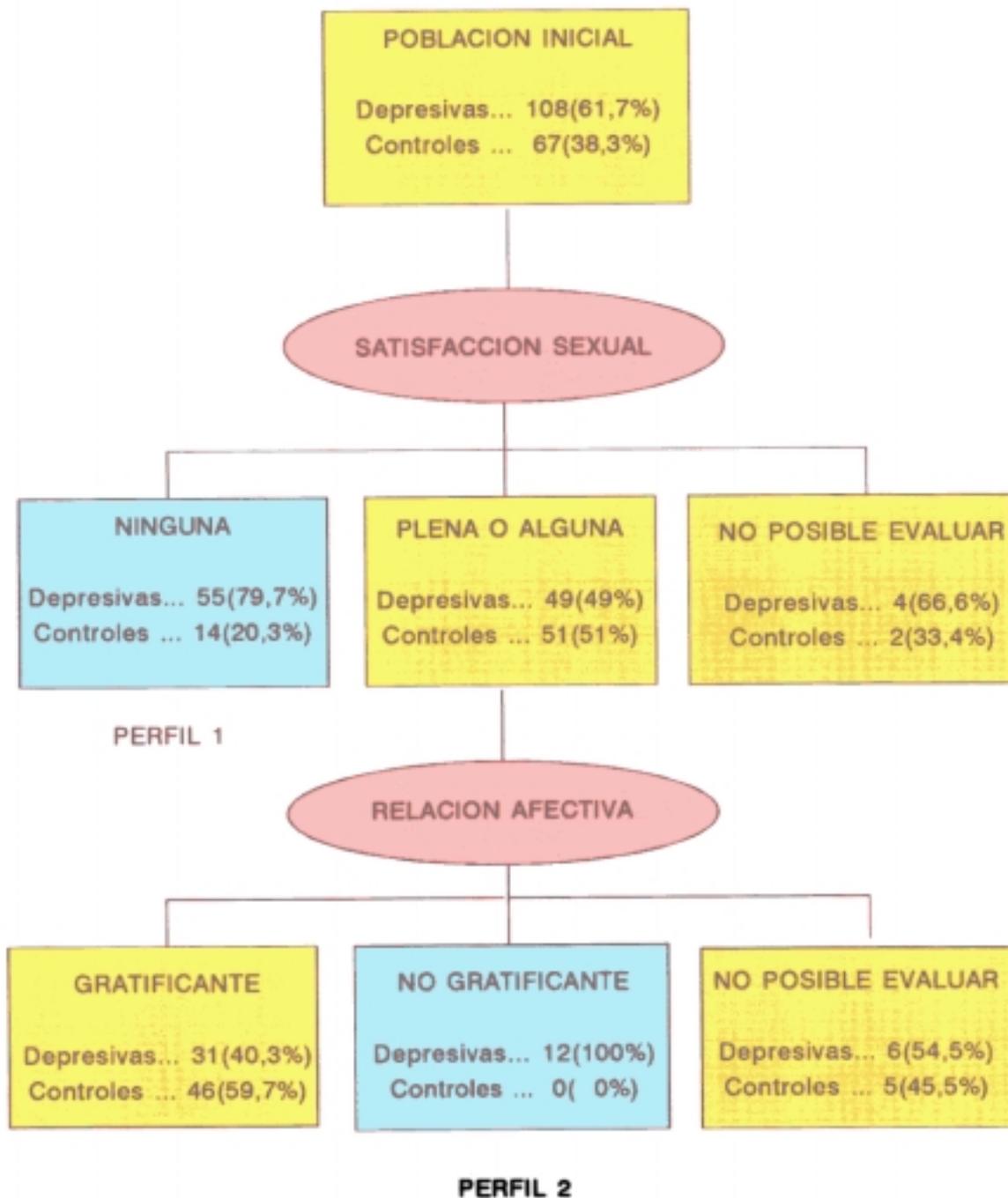


FIG.IV.21.- ARBOL DE SEGMENTACION I.

Situaciones crónicas familiares y laborales (incluida toda la muestra de depresivas)

IV.4.1.1. PERFIL CRONICO 1 (P1).

A partir de ahora numeraremos todos los **perfiles** que vayamos obteniendo del análisis de segmentación y les daremos a cada uno un número para evitar confusiones.

El **perfil crónico 1** ha quedado definido por las mujeres que manifiestan una situación crónica de una falta total de satisfacción sexual con su compañero. El **perfil** ha quedado formado por 69 mujeres de las cuales 55 son depresivas y 14 son controles, por lo que de la muestra total, 69 mujeres cumplen el perfil y 78 no lo cumplen. El **perfil** ha sido estadísticamente significativo como se muestra en la tabla siguiente (TABLA 75).

TABLA 75. PERFIL CRONICO 1
TEST DE BONDAD DE AJUSTE

	DEPRESIVAS	CONTROLES
FRECUENCIA OBSERVADA	55	14
FRECUENCIA ESPERADA	42,6	26,4

$$X = 9.4613$$

$$P < 0,01$$

IV.4.1.1.1. EXTENSION DEL PERFIL CRONICO 1.

Las comparaciones de este **perfil** han sido realizadas con el resto de las situaciones crónicas tanto familiares como laborales. Efectuadas estas comparaciones encontramos variables que han estado asociadas al **perfil** y variables que no han estado asociadas al **perfil**

y variables con las que no ha sido posible establecer comparación por dificultades estadísticas.

En este perfil, como en los demás, vamos a presentar las tablas que nos muestran las comparaciones con las variables que estuvieron asociadas con el perfil, obviaremos la presentación de aquellas que no estuvieron asociadas o que no pudieron realizarse.

DISPONIBILIDAD DE DINERO IGUAL QUE EL COMPAÑERO.

Al "extender" P1 encontramos una asociación significativa con esta variable. Este análisis fué hecho con las 147 mujeres que tenían pareja estable con la que convivían en el período considerado. De las mujeres que cumplieron P1 sólo el 25,9% decían tener la misma disponibilidad económica que su pareja frente al 43,5% de las mujeres que no cumplían p1 (TABLA 76).

TABLA 76.

P1 Y DISPONIBILIDAD DE DINERO IGUAL AL COMPAÑERO

		CUMPLEN P1	NO CUMPLEN P1	TOTAL
NO	f.obs.	31	14	45
	f.esp.	21,2	23,8	
	% tot.	21,1%	9,5%	30,6%
SI	f.obs.	38	64	102
	f.esp.	47,9	54,1	
	% tot.	25,9%	43,5%	69,4%
TOTAL		69	78	147
		46,9%	53,1%	100,0%

X = 11.308

P < 0,001

COMUNICACION EN LA PAREJA SOBRE TEMAS NO DOMESTICOS

El hecho de no mantener una buena comunicación con el compañero también lo hemos encontrado asociado a P1. El 26,5% de las depresivas decían no tener este tipo de comunicación frente al 8,2% de las controles. Los resultados aparecen en la TABLA 77.

COMPARTIR LAS TAREAS DEL HOGAR CON EL COMPAÑERO

El no compartir las tareas domésticas ha aparecido asociado al P1 marcando diferencias entre depresivas y controles. Esta parece ser una situación que, mantenida en el tiempo, afecta a las mujeres y dificulta la relación de pareja. (TABLA 78).

TABLA 77.

P1 Y COMUNICACION EN LA PAREJA SOBRE TEMAS NO DOMESTICOS

		CUMPLEN P1	NO CUMPLEN P1	TOTAL
NO	F. obs.	39	12	51
	F. esp.	23,9	27,1	
	% total	26,5%	8,2	34,7%
ALGS. VECES	F. obs.	20	21	41
	F. esp.	19,2	21,8	
	% total	13,6%	14,3	27,9%
SI	F. obs.	10	45	55
	F. esp.	25,8	29,2	
	% total	6,8%	30,6%	37,4%
TOTAL		69	78	147
		46,9%	53,1%	100,0%

X = 36.176
P < 0,001

TABLA 78

P1 Y COMPARTIR TAREAS DEL HOGAR CON EL COMPAÑERO

		CUMPLEN P1	NO CUMPLEN P1	TOTAL
NO	F.obs.	54	43	97
	F.esp.	45,4	51,5	
	% total	36,7%	29,3%	66%
ALGS.VECES	F.obs.	11	17	28
	F.esp.	13,1	14,9	
	% total	7,4%	11,6%	19%
SI	F.obs.	4	18	22
	F.esp.	10,3	11,7	
	% total	2,8%	12,2	15%
TOTAL		69	78	147
		46,9%	53,1%	100%

X = 10.932

P < 0,001

COMPARTIR PROBLEMAS CON EL COMPAÑERO

También hemos encontrado asociado estadísticamente a P1 la imposibilidad subjetiva de la mujer para compartir todos sus problemas con el compañero, una variable más que podemos englobar dentro del trastorno de la comunicación entre los miembros de la pareja y que en este caso concreto de la mujer parece estar asociado con un perfil crónico de depresión (TABLA 79). Nos llama la atención cómo, de la mujeres que estaban incluidas en el perfil, solo el 5,4% compartía sus problemas con su compañero sintiéndose comprendida, en cambio de las mujeres que no cumplían el perfil este porcentaje se eleva al 24,5%.

TABLA 79

P1 Y COMPARTIR PROBLEMAS CON EL COMPAÑERO

		CUMPLEN P1	NO CUMPLEN P1	TOTAL
NO	F.obs.	30	17	47
	F.esp.	22,1	24,9	
	% total	20,4%	11,6%	32,0%
ALGS.VECES	F.obs.	14	16	30
	F.esp.	14,1	15,9	
	% total	9,5%	10,9%	20,4%
SI, SIN SENTIRSE COMPREND.	F.obs.	17	9	26
	F.esp.	12,2	13,8	
	% total	11,6%	6,1%	17,7%
SI, SINT. COMPREND.	F.obs.	8	36	44
	F.esp.	20,7	23,3	
	% total	5,4%	24,5%	29,9%
TOTAL		69	78	147
		46,9%	53,1%	100,0%

$$X = 23.546$$

$$P < 0,001$$

RECIBIR MALOS TRATOS DEL COMPAÑERO

Obtenemos nuevamente una fuerte asociación estadística entre la situación crónica de malos tratos y P1. Las mujeres incluidas en el perfil han soportado durante el tiempo considerado en este estudio, malos tratos físicos y psíquicos de su compañero en una proporción mucho mayor que las mujeres que no están incluidas en el perfil. El 42,2 % de las que no lo cumplen han manifestado que nunca han recibido agresiones del compañero y tan solo el 15,6% de las mujeres que sí cumplen el perfil afirman esto (TABLA 80).

TABLA 80

P1 Y RECIBIR MALOS TRATOS DEL COMPAÑERO

		CUMPLEN P1	NO CUMPLEN P1	TOTAL
NUNCA	F. esp.	23	62	85
	F. obs.	39,9	45,1	
	% total	15,6%	42,2%	57,8%
A VECES	F. esp.	26	13	39
	F. obs.	18,3	20,7	
	% total	17,7%	8,8%	26,5%
HABITUALMENTE	F. esp.	20	3	23
	F. obs.	10,8	12,2	
	% total	13,7%	2,0%	15,7%
TOTAL		69	78	147
		53,1%	46,9%	100,0%

X = 34.370

P < 0,001

RELACION AFECTIVA CON EL COMPAÑERO

La relación afectiva con el compañero ha sido para las mujeres incluidas en el perfil, en términos generales, mucho peor que la que han manifestado las mujeres no incluidas en el **perfil crónico de depresión** que definimos con los datos de este trabajo (TABLA 81).

COMPARTIR GUSTOS/AFICIONES CON EL COMPAÑERO

Encontramos nuevamente una asociación estadística del perfil 1 con otra variable que refleja una vez más una situación de pareja. Los resultados nos indican que las mujeres que hemos encontrado con un perfil depresivo comparten gustos/aficiones con el compañero en mucha menor medida que las mujeres sin perfil depresivo. (TABLA 82).

TABLA 81

P1 Y RELACION AFECTIVA CON EL COMPAÑERO GRATIFICANTE

		CUMPLEN P1	NO CUMPLEN P1	TOTAL
NO	F.esp.	34	9	43
	F.obs.	20,2	22,8	
	% total	23,2%	6,1%	29,3%
ALGS.VECES	F.esp.	17	12	29
	F.obs.	13,6	15,4	
	% total	11,5%	8,2%	19,7%
SI	F.esp.	18	57	75
	F.obs.	35,2	39,8	
	% total	12,2%	38,8%	51,0%
TOTAL		69	78	147
		46,9%	53,1%	100,0%

X = 35.258
P < 0,001

TABLA 82

P1 Y COMPARTIR GUSTOS/AFICIONES CON EL COMPAÑERO

		CUMPLEN P1	NO CUMPLEN P1	TOTAL
NUNCA	F.obs.	30	14	44
	F.esp.	20,6	23,4	
	% total	20,4%	9,5%	29,9%
ALGS.VECES	F.obs.	31	22	53
	F.esp.	24,9	28,1	
	% total	21,2%	14,9%	36,1%
SIEMPRE	F.obs.	8	42	50
	F.esp.	23,5	26,5	
	% total	5,4%	28,6%	34,0%
TOTAL		69	78	147
		46,9%	53,1%	100%

X = 30.028
P < 0,001

COMPARTIR LA TOMA DE DECISIONES EN LA FAMILIA

Las 69 mujeres que forman el perfil manifiestan no compartir, o compartir en menor medida, la toma de decisiones familiares, entendiéndose por esto que las decisiones las viven como impuestas y que les restan autonomía. Las diferencias con las mujeres que no cumplen el perfil son significativas como mostramos en la TABLA 83.

TABLA 83

P1 Y COMPARTIR LA TOMA DE DECISIONES EN LA FAMILIA

		CUMPLEN P1	NO CUMPLEN P1	TOTAL
NUNCA	F.obs.	28	10	38
	F.esp.	17,8	20,2	
	% total	19,0%	6,8%	25,8%
ALGS.VECES	F.obs.	27	17	44
	F.esp.	20,6	23,4	
	% total	18,3%	11,6%	29,9%
SIEMPRE	F.obs.	14	51	65
	F.esp.	30,5	34,5	
	% total	9,6%	34,7%	44,3%
TOTAL		69	78	147
		46,9%	53,1%	100,0

X = 31.427

P < 0,001

RELACION DE CONFIANZA CON EL COMPAÑERO

En la extensión de P1 hemos hallado también que la situación crónica de escasa o nula confianza con el compañero, se asocia estadísticamente al perfil crónico depresivo que hemos definido anteriormente. Vemos como entre las categorías "ninguna" y "regular" suman en el caso de los sujetos que cumplen el perfil, un total de 52 mujeres, mientras que de

aquellas que no cumplen el perfil en estas categorías sólo encontramos 27. Por el contrario 51 mujeres afirman tener "mucho confianza" y en esta categoría solo encontramos 17 mujeres del perfil (TABLA 84).

TABLA 84

P1 Y RELACION DE CONFIANZA CON EL COMPAÑERO

		CUMPLEN P1	NO CUMPLEN P1	TOTAL
NINGUNA	F.obs.	32	11	43
	F.esp.	20,2	22,8	
	% total	21,8%	7,5%	29,3%
REGULAR	F.obs.	20	16	36
	F.esp.	16,9	19,1	
	% total	13,6%	10,9%	24,5%
MUCHA	F.obs.	17	51	68
	F.esp.	31,9	36,1	
	% total	11,5%	34,7%	46,2%
TOTAL		69	78	147
		46,9%	53,1%	100,0%

X = 27.251

P < 0,001

RELACION CONFLICTIVA CON EL COMPAÑERO

Las mujeres incluidas en P1 manifestaron haber tenido durante el periodo considerado una relación conflictiva con el compañero en mayor medida que el resto de las mujeres no incluidas, con una proporción que representa el 24,5% de las mujeres del perfil y el 7,5% del resto. Esta variable representa una situación de conflicto constante que como observamos en la tabla siguiente (TABLA 85), ha resultado estar asociada a P1.

TABLA 85

P1 Y RELACION CONFLICTIVA CON EL COMPAÑERO

		CUMPLEN P1	NO CUMPLEN P1	TOTAL
NO	F.obs.	33	67	100
	F.esp.	46,9	53,1	
	% total	22,4%	45,6%	68,0%
SI	F.obs.	36	11	47
	F.esp.	22,1	24,9	
	% total	24,5%	7,5%	32,0%
TOTAL		69	78	147
		46,9%	53,1%	100,0%

$$X = 22.679$$

$$P < 0,001$$

DISFUNCIONES SEXUALES EN LA PAREJA

No hemos podido estudiar la asociación de disfunciones sexuales concretas debido a la dispersión obtenida entre todas ellas, lo que nos ha impedido el análisis estadístico. Sí ha sido posible analizar el grado en que a las mujeres les afectaba el tener una disfunción sexual mantenida en el tiempo, lo cual consideramos en nuestro estudio.

Un 28,4% de las mujeres del perfil expresaron que esta situación les afectaba produciéndoles un malestar crónico, y solo el 5,9% de las demás mujeres expresaron igualmente este malestar.

En la siguiente tabla (TABLA 86) vemos también como el 50,3% de mujeres que no tienen un perfil crónico de depresión manifiestan no tener problemas sexuales, mientras que el 8,9% de las pertenecientes al perfil afirman lo mismo.

TABLA 86

P1 Y AUTOESTIMACION FRENTE A LAS DISFUNCIONES SEXUALES

		CUMPLEN P1	NO CUMPLEN P1	TOTAL
LE AFECTO	F.obs.	48	10	58
	F.esp.	23,7	34,3	
	% total	28,4%	5,9%	34,3%
NO LE AFECTO	F.obs.	6	5	11
	F.esp.	4,5	6,5	
	% total	3,6%	2,9%	6,5%
NO TUVO PROBLEMAS	F.obs.	15	85	100
	F.esp.	40,8	59,2	
	% total	8,9%	50,3%	59,2%
TOTAL		69	100	169
		40,8%	59,2%	100,0%

X = 70.679

P < 0,001

PRESENCIA DE PATOLOGIA PSIQUICA O FISICA EN EL COMPAÑERO

En esta variable se engloban problemas crónicos que presente el compañero estable de la mujer de dos tipos: por un lado, dentro del área psíquica, incluimos alcoholismo, toxicomanías y ludomanía, por otro, dentro del área física, cualquier enfermedad crónica de más de dos años de evolución. Las diferencias más notables entre los casos del perfil y los que no lo cumplen las observamos en la característica "alcoholismo", ya que 23 casos del perfil tienen un compañero alcohólico y tan solo 6 tienen este mismo problema en los casos que no cumplen el perfil. Presentamos los resultados en la siguiente tabla (TABLA 87).

TABLA 87

P1 Y PRESENCIA DE PATOLOGIA PSIQUICA O FISICA EN EL COMPAÑERO

		CUMPLEN P1	NO CUMPLEN P1	TOTAL
PAREJA SIN PROBLEMAS	F.obs.	36	64	100
	F.esp.	46,9	53,1	
	% total	24,5%	43,5%	68,0%
ALCOHOLISMO	F.obs.	23	6	29
	F.esp.	13,6	15,4	
	% total	15,6%	4,1%	19,7%
OTROS	F.obs.	10	8	18
	F.esp.	8,4	9,6	
	% total	6,9%	5,4%	12,3%
TOTAL		69	78	147
		46,9%	53,1%	100,0%

$$X = 17.542$$

$$P < 0,001$$

PRESENCIA DE FAMILIAR ENFERMO/MAYOR DEPENDIENTE DE LA MUJER.

Cuando comparamos perfil y no perfil con la situación de sobrecarga para la mujer que supone el tener a su cargo un familiar enfermo o mayor, encontramos cómo esta circunstancia tiene una asociación estadística con P1 (TABLA 88).

PRESENCIA DE PROBLEMAS EN LOS HIJOS

Los problemas de relación con los hijos, así como la presencia de una toxicomanía en ellos como "situación crónica", aparecen relacionados con P1 de forma significativa. Los casos que no pertenecen al perfil manifiestan en el 40,9% de las veces no tener problemas con

los hijos, mientras que tan solo el 20,4% de los casos del perfil expresan lo mismo. (TABLA 89, de las 69 mujeres del perfil 6 no tienen hijos).

TABLA 88

P1 Y FAMILIAR ENFERMO/MAYOR DEPENDIENTE DE LA MUJER

		CUMPLEN P1	NO CUMPLEN P1	TOTAL
NO	F.obs.	52	99	151
	F.esp.	59,5	91,5	
	% total	29,7%	56,6%	86,3%
SI	F.obs.	17	7	24
	F.esp.	9,5	14,5	
	% total	9,7%	4,0%	13,7%
TOTAL		69	106	175
		39,4%	60,6%	100,0%

X = 10.013

P < 0,05

TABLA 89

P1 Y EXISTENCIA DE PROBLEMAS CON LOS HIJOS

		CUMPLEN P1	NO CUMPLEN P1	TOTAL
NO PROBLEMAS	F.obs.	28	56	84
	F.esp.	38,6	45,4	
	% total	20,4%	40,9%	61,3%
PROBLEMAS DE RELACION	F.obs.	18	7	25
	F.esp.	11,5	13,5	
	% total	13,2%	5,1%	18,3%
TOXICOMANIAS	F.obs.	17	11	28
	F.esp.	12,9	15,1	
	% total	12,4%	8,0%	20,4%
TOTAL		63	74	137
		46,0%	54,0%	100,0%

X = 14.670

P < 0,001

EXISTENCIA DE AYUDA EN EL CUIDADO DE LOS HIJOS

La situación de falta de ayuda en el cuidado de los hijos parece provocar en las mujeres sobrecarga, sobre todo en aquellas mujeres que trabajan fuera y dentro del hogar. Al comparar perfil y no perfil observamos cómo el número de mujeres que expresan no tener ningún tipo de ayuda con los hijos son mucho más numerosas en P1, siendo este resultado estadísticamente significativo (TABLA 89).

TABLA 90
P1 Y AYUDA EN EL CUIDADO DE LOS HIJOS

		CUMPLEN P1	NO CUMPLEN P1	TOTAL
NO	F.obs.	44	40	84
	F.esp.	38,6	45,4	
	% total	32,1%	29,2%	61,3%
ALGS. VECES	F.obs.	7	4	11
	F.esp.	5,1	5,9	
	% total	5,1%	2,9%	8,0%
SI	F.obs.	12	30	42
	F.esp.	19,3	22,7	
	% total	8,8%	21,9%	30,7%
TOTAL		63	74	137
		46,0%	54,0%	100,0%

X = 7.891
P < 0,005

AYUDA DEL COMPAÑERO EN EL CUIDADO DE LOS HIJOS

También encontramos asociado a P1 la falta de colaboración del compañero en el cuidado de los hijos, siendo ésta una situación crónica que también marca diferencias entre las mujeres del perfil y el resto. Unas 26 mujeres no pertenecientes al perfil afirman tener ayuda de sus compañeros con los hijos, en cambio 5 del perfil cuentan con esta ayuda (TABLA 91).

TABLA 91

P1 Y AYUDA DEL COMPAÑERO EN EL CUIDADO DE LOS HIJOS

		CUMPLEN P1	NO CUMPLEN P1	TOTAL
NO	F.obs.	50	27	77
	F.esp.	35,4	41,6	
	% total	36,5%	19,7%	56,2%
ALGS. VECES	F.obs.	8	21	29
	F.esp.	13,3	15,7	
	% total	5,9%	15,3%	21,2%
SI	F.obs.	5	26	31
	F.esp.	14,3	16,7	
	% total	3,7%	18,9%	22,6%
TOTAL		63	74	137
		46,0%	54,0%	100,0%

X = 26.209

P < 0,001

SOBRECARGA POR TRABAJO EXTRADOMESTICO ADEMAS DEL DOMESTICO

Encontramos que dentro de P1, 55 mujeres trabajan también fuera del hogar. Para estas mujeres el compatibilizar los dos trabajos les ocasiona una sensación de sobrecarga que hemos obtenido en nuestro estudio asociada al perfil crónico de depresión (TABLA 92).

SENTIMIENTOS DE PREOCUPACION POR ABANDONO DEL HOGAR DURANTE EL TRABAJO EXTRADOMESTICO.

En muchas mujeres el tener que salir del hogar y dejar a los hijos con otras personas produce sentimientos de preocupación y malestar. Hemos encontrado que este malestar aparece asociado al perfil crónico 1 (TABLA 93).

TABLA 92

P1 Y SOBRECARGA POR TRABAJO EXTRADOMESTICO MAS DOMESTICO

		CUMPLEN P1	NO CUMPLEN P1	TOTAL
SI	F.obs.	24	20	44
	F.esp.	16,5	27,5	
	% total	27,3%	22,7%	50,0%
NO	F.obs.	9	35	44
	F.esp.	16,5	27,5	
	% total	10,2%	39,8%	50,0%
TOTAL		33	55	88
		37,5%	62,5%	100,0%

X = 9.503

P < 0,001

TABLA 93

P1 Y SENTIMIENTOS DE PREOCUPACION POR ABANDONO DEL HOGAR DURANTE EL TRABAJO EXTRADOMESTICO

		CUMPLEN P1	NO CUMPLEN P1	TOTAL
SI	F.obs.	20	15	35
	F.esp.	13,1	21,9	
	% total	22,7%	17,1%	39,8%
NO	F.obs.	13	40	53
	F.esp.	19,9	33,1	
	% total	14,7%	45,5%	60,2%
TOTAL		33	55	88
		37,5%	62,5%	100,0%

X = 8.226

P < 0,01

En la página siguiente mostramos como resumen el CUADRO 5 que recoge todas las situaciones crónicas asociadas al PERFIL 1.

CUADRO 5
SITUACIONES CRONICAS ASOCIADAS A P1

SITUACION	X ₂	P
No Disponib. del dinero igual al compañero	11.308	***
Falta de comunicación con el compañero	36.176	***
No compart.tareas del hogar con el compañero	10.932	***
No compartir problemas con el compañero	23.546	***
Recibir malos tratos del compañero	34.370	***
Pobre relación afectiva con el compañero	35.258	***
No compartir gustos/aficiones con el compañero	30.028	***
No compartir las decisiones con el compañero	31.427	***
Falta de confianza con el compañero	27.251	***
Conflictos permanentes con el compañero	22.679	***
Presencia de disfunciones sexuales	70.679	***
Patología física o psíquica en el compañero	17.542	***
Familiar enfermo o dependiente	10.013	***
Presencia de problemas con los hijos	14.670	***
Ausencia de ayuda en el cuidado de los hijos	7.891	*
No colab. del compañero en cuidar de los hijos	26.209	***
Sobrecaga por trabajo extradom. más doméstico	9.503	***
Preocupación por abandono del hogar durante el trabajo extradoméstico	8.226	**

*** (P<0,001)

** (P<0,01)

* (P<0,05)

IV.4.1.2. PERFIL CRONICO 2 (P2)

Este perfil queda definido por mujeres que teniendo plena o alguna satisfacción sexual manifiestan sin embargo no tener una relación afectiva gratificante.

Cumplen el perfil 2 tan sólo 12 mujeres depresivas y ninguna del grupo control.

Presentamos en la TABLA 94 la significación estadística.

**TABLA 94. PERFIL CRONICO 2
TEST DE BONDAD DE AJUSTE**

	DEPRESIVAS	CONTROLES
FRECUENCIA OBSERVADA	12	0
FRECUENCIA ESPERADA	7,4	4,6

X = 7.4332
P < 0,01

IV.4.1.2.1. EXTENSION DEL PERFIL CRONICO 2

Este perfil ha resultado asociado tan solo a dos variables al extenderlo al resto de las situaciones laborales y familiares. Por lo reducido de su número, al descartar mujeres sin hijos en las variables relacionadas con la maternidad y mujeres que no trabajan fuera del hogar en las variables laborales, no ha sido posible realizar los estadísticos necesarios para su análisis. Las variables que ha sido posible estudiar han sido las relacionadas con el compañero, ya que las 12 mujeres del perfil tenían pareja estable durante más de dos años

según los requerimientos de nuestro estudio.

Las dos situaciones crónicas asociadas a este perfil son: **Situación de malos tratos y situación de conflicto crónico con el compañero.**

RECIBIR MALOS TRATOS DEL COMPAÑERO

De las 12 mujeres incluidas en el perfil (todas con depresión) 6 recibían habitualmente de su compañero malos tratos, 4 manifiestan que sólo algunas veces y tan sólo 2 no han recibido nunca agresión alguna del compañero (TABLA 95).

RELACION CONFLICTIVA CON EL COMPAÑERO

También aparece asociada a P2 la situación crónica de conflicto con el compañero. La proporción de mujeres en esta situación es la misma que para la de malos tratos como es lógico; 10 mujeres de las 12 tienen una relación con constantes conflictos de pareja y tan solo dos manifiestan no vivir esta experiencia (TABLA 96).

TABLA 95

P2 Y RECIBIR MALOS TRATOS DEL COMPAÑERO

		CUMPLEN P2	NO CUMPLEN P2	TOTAL
NUNCA	F.obs.	2	85	87
	F.esp.	7,1	75,9	
	% total	1,4%	57,8%	59,2%
ALGS. VECES	F.obs.	4	34	38
	F.esp.	3,1	34,9	
	% total	2,8%	23,1%	25,9%
HABITUALMENTE	F.obs.	6	16	22
	F.esp.	1,8	20,2	
	% total	4,0%	10,9%	14,9%
TOTAL		12	135	147
		8,1%	91,9%	100,0%

X = 14.990

P < 0,001

TABLA 96

P2 Y RELACION CONFLICTIVA CON EL COMPAÑERO

		CUMPLEN P2	NO CUMPLEN P2	TOTAL
NO	F.obs.	2	101	103
	F.esp.	8,4	94,6	
	% total	1,4%	68,7%	70,1%
SI	F.obs.	10	34	44
	F.esp.	3,6	40,4	
	% total	6,8%	23,1%	29,9%
TOTAL		12	135	147
		8,1%	91,9%	100,0%

X = 15.103

P < 0,001

En el CUADRO 6 aparece de forma esquemática las situaciones asociadas al perfil crónico 2.

CUADRO 6
SITUACIONES CRONICAS ASOCIADAS A P2

SITUACIONES	X ₂	P
Recibir malos tratos del compañero	14.990	***
Relación conflictiva con el compañero	15.103	***

*** (P<0,001)

IV.4.2. PERFILES DE MUJER DEPRESIVA.

ESTUDIO DE LAS SITUACIONES CRONICAS FAMILIARES Y LABORALES EN MUJERES CON UN UNICO EPISODIO DEPRESIVO.

Para hacer el **Análisis de Segmentación** en este caso partimos de una submuestra de 57 mujeres con depresión y 67 controles. En esta ocasión hemos seleccionado las mujeres que sólo han padecido un episodio de la depresión, con el objeto de ver posibles diferencias con el resto de casos que habían tenido 2 o más episodios depresivos.

Las situaciones crónicas estudiadas han sido las mismas que incluimos en la segmentación del apartado anterior, es decir, situaciones de pareja, situaciones con respecto a los hijos y otros miembros de la familia y situaciones laborales.

El resultado del **Análisis de Segmentación** lo presentamos en la página siguiente en la **FIGURA IV.22**. Observamos como aparecen en este caso tres **perfiles situacionales crónicos de depresión** que son estadísticamente significativos.

La situación crónica que inicia la segmentación es "**Malos tratos**", a continuación en el resto de mujeres no incluidas en el primer perfil (**perfil situacional crónico 3**) que aparece en el organigrama de la segmentación se produce una nueva división a partir de "**tipo de relación afectiva con la pareja**", de donde surge un nuevo perfil (**perfil situacional crónico 4**), y por último "**el grado de satisfacción sexual**" vuelve a dividir a la población restante, donde nos volvemos a encontrar con un nuevo perfil (**perfil situacional crónico 5**).

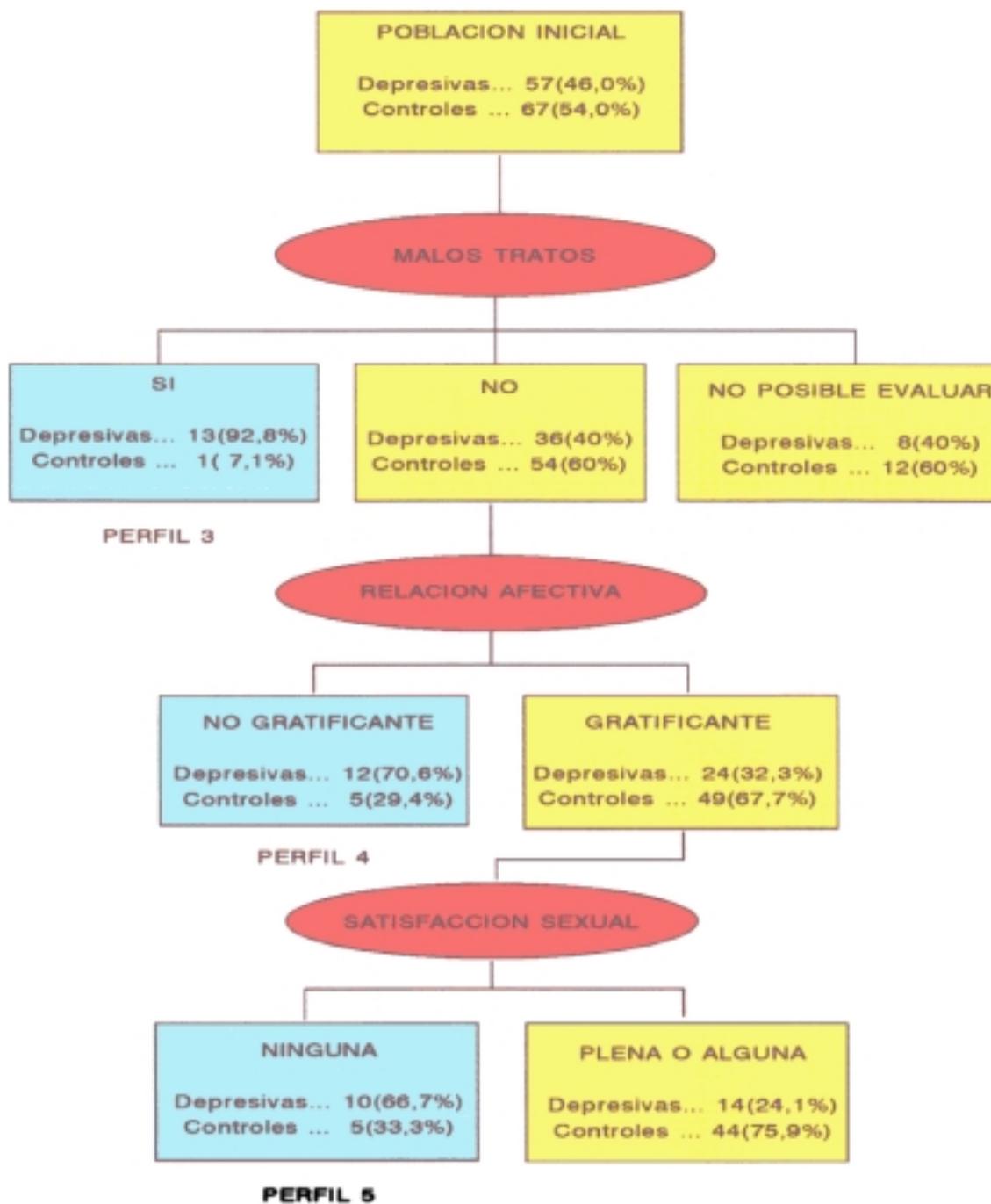


FIG.IV.22.- ARBOL DE SEGMENTACION II.
Situaciones crónicas familiares y laborales (incluyendo sólo depresivas que presentan el primer episodio de la enfermedad)

IV.4.2.1. PERFIL SITUACIONAL CRONICO 3 (P3).

Este perfil lo forman 14 mujeres, 13 mujeres depresivas (92,8%) y un caso control (7,1%). La única situación crónica que define a este perfil es el haber recibido malos tratos habitualmente del compañero. Hemos llamado a este perfil, siguiendo el orden establecido hasta ahora, **perfil situacional crónico 3**.

Mostramos a continuación el test de bondad de ajuste para este perfil (TABLA 97).

**TABLA 97. PERFIL SITUACIONAL CRONICO 3
TEST DE BONDAD DE AJUSTE**

	DEPRESIVAS	CONTROLES
FRECUENCIA OBSERVADA	13	1
FRECUENCIA ESPERADA	6,4	7,6

$X = 14.385$

$P < 0,001$

IV.4.2.1.1. EXTENSION DEL PERFIL SITUACIONAL CRONICO 3.

Encontramos asociación significativa de P3 con tres situaciones crónicas del conjunto estudiado: "no disponer del dinero de la familia de la misma forma que el compañero", "insatisfacción sexual crónica" y por último "tener un familiar enfermo/mayor a cargo de la mujer".

DISPONIBILIDAD DE DINERO ANALOGA A LA DEL COMPAÑERO

Solo dos mujeres incluidas en P3 afirman tener esta disponibilidad, mientras que las otras 12 mujeres del perfil expresan no tenerla, circunstancia que aparece asociada estadísticamente como vemos en la TABLA 98 con P3.

GRADO DE SATISFACCION SEXUAL

La insatisfacción sexual mantenida en el tiempo también es expresada por 10 mujeres que pertenecen a P3 y muestra asociación estadística con éste (TABLA 99).

PRESENCIA DE FAMILIAR ENFERMO/MAYOR DEPENDIENTE DE LA MUJER

Encontramos nuevamente en las mujeres con un primer episodio depresivo, tal y como vimos en el apartado anterior en la muestra global, que la situación crónica de sobrecarga que produce el tener que cuidar de un familiar enfermo o mayor está asociada a un perfil situacional crónico, en este caso al que definimos como P3 (TABLA 100).

TABLA 98

P3 Y DISPONIBILIDAD DE DINERO ANALOGA A LA DEL COMPAÑERO

		CUMPLEN P3	NO CUMPLEN P3	TOTAL
NO	F.obs.	12	18	30
	F.esp.	4,1	25,9	
	% total	11,6%	17,3%	28,9%
SI	F.obs.	2	72	74
	F.esp.	10,0	64,0	
	% total	1,9%	69,2%	71,1%
TOTAL		14	90	104
		13,5%	86,5%	100,0%

X = 22.389

P < 0,001

TABLA 99

P3 Y SATISFACCION SEXUAL

		CUMPLEN P3	NO CUMPLEN P3	TOTAL
NINGUNA	F.obs.	10	30	40
	F.esp.	5,4	34,6	
	% total	9,6%	28,9%	38,5%
ALGUNA O PLENA	F.obs.	4	60	64
	F.esp.	8,6	55,4	
	% total	3,8%	57,7%	61,5%
TOTAL		14	90	104
		13,5%	86,5%	100,0%

X = 5.906

P < 0,05

TABLA 100

P3 Y FAMILIAR ENFERMO/MAYOR DEPENDIENTE DE LA MUJER

		CUMPLEN P3	NO CUMPLEN P3	TOTAL
NO	F.obs.	9	102	111
	F.esp.	12,5	98,5	
	% total	7,2%	83,3%	89,5%
SI	F.obs.	5	8	13
	F.esp.	1,5	11,5	
	% total	4,0%	6,5%	10,5%
TOTAL		14	110	124
		11,3%	88,7%	100,0

X = 7.889

P < 0,01

Como resumen de estos resultados presentamos un cuadro resumen con las situaciones crónicas que hemos encontrado asociadas a P3 (CUADRO 7).

CUADRO 7

SITUACIONES CRONICAS ASOCIADAS A P3

SITUACIONES	X ₂	P
No disponib. económica igual al compañero	22.389	***
Ausencia de satisfacción sexual	5.906	*
Presencia de familiar enfermo/mayor	7.889	**

*** (P<0,001)

** (P<0,01)

* (P<0,05)

IV.4.2.2. PERFIL SITUACIONAL CRONICO 4 (P4).

De las 104 mujeres incluidas en el **Análisis de Segmentación** cumplen este perfil 17 mujeres, de las cuales 12 son depresivas y 5 son casos control.

Vemos en la **FIG.IV.22** cómo a partir del grupo de mujeres que no habían recibido malos tratos del compañero, en el período considerado, continúa la segmentación apareciendo un nuevo **perfil crónico** en mujeres con una relación afectiva no gratificante.

El test de bondad de ajuste que nos indica la significación estadística lo presentamos a continuación (**TABLA 101**).

**TABLA 101. PERFIL SITUACIONAL CRONICO 4
TEST DE BONDAD DE AJUSTE**

	DEPRESIVAS	CONTROLES
FRECUENCIA OBSERVADA	12	5
FRECUENCIA ESPERADA	7,8	9,2

$X = 6.6274$
 $P < 0,05$

IV.4.2.2.1. EXTENSION DEL PERFIL SITUACIONAL CRONICO 4.

Todas las situaciones crónicas que hemos encontrado asociadas al **perfil 4** corresponden al entorno de la familia, fundamentalmente las de relación de pareja (6 situaciones) y una relacionada con los hijos. En algunos casos no ha sido posible realizar las

pruebas estadísticas, ya que al reducirse tanto la muestra en los perfiles se dificultan sus comparaciones. En otros casos ha sido posible realizar las comparaciones pero no hemos conseguido significación estadística.

A continuación pasamos a exponer, una por una, las situaciones crónicas asociadas con este perfil con su correspondiente tabla.

COMUNICACION EN LA PAREJA SOBRE TEMAS NO DOMESTICOS

Observamos cómo al considerar solo el primer episodio depresivo también aparece asociado al perfil situacional crónico (P4) el no tener comunicación con la pareja con la excepción de lo relacionado con el área doméstica; 11 mujeres del perfil expresan que la única comunicación que mantienen con sus maridos es en temas muy concretos y cotidianos que no tienen ninguna trascendencia en lo personal, esta situación como observamos en la siguiente tabla (TABLA 102) la encontramos asociada a P4.

TABLA 102

P4 Y COMUNICACION EN LA PAREJA SOBRE TEMAS NO DOMESTICOS

		CUMPLEN P4	NO CUMPLEN P4	TOTAL
NO	F.obs.	11	19	30
	F.esp.	4,9	25,1	
	% total	10,6%	18,3%	28,9%
SI	F.obs.	6	68	74
	F.esp.	12,1	61,9	
	% total	5,8%	65,3%	71,1%
TOTAL		17	87	104
		16,3%	83,7%	100,0%

X = 10.729

P < 0,05

COMPARTIR GUSTOS/AFICCIONES CON EL COMPAÑERO

P4 también aparece asociado en esta ocasión a mujeres que no comparten sus gustos o aficciones con el compañero, 10 mujeres del perfil manifiestan no participar con sus compañeros en ninguna actividad común que tenga que ver con esta parcela de sus vidas. La probabilidad que aparece después de la prueba estadística es significativa, por lo tanto valoramos su asociación con el PERFIL 4 (TABLA 103).

TABLA 103

P4 Y COMPARTIR GUSTOS/AFICCIONES CON EL COMPAÑERO

		CUMPLEN P4	NO CUMPLEN P4	TOTAL
NO	F.obs.	10	20	30
	F.esp.	4,9	25,1	
	% total	9,6%	19,3%	28,9%
SI	F.obs.	7	67	74
	F.esp.	12,1	61,9	
	% total	6,7%	64,4%	71,1%
TOTAL		17	87	104
		16,3%	83,7%	100,0%

$$X = 7.237$$

$$P < 0,01$$

RELACION DE CONFIANZA CON EL COMPAÑERO

El no tener una relación de confianza con el compañero aparece nuevamente asociado a un perfil situacional crónico depresivo, en este caso P4, pues hemos hallado que sólo dos mujeres del perfil expresan tener mucha confianza, mientras que del resto 12 sienten no tener ninguna y 3 califican su confianza de "regular", (TABLA 104).

TABLA 104

P4 Y RELACION DE CONFIANZA CON EL COMPAÑERO

		CUMPLEN P4	NO CUMPLEN P4	TOTAL
NINGUNA	F.obs.	12	14	26
	F.esp.	4,3	21,7	
	% total	13,5%	11,5%	25,0%
REGULAR	F.obs.	3	21	24
	F.esp.	3,9	20,1	
	% total	2,9%	20,2%	23,1%
MUCHA	F.obs.	2	52	54
	F.esp.	8,8	45,2	
	% total	1,9%	50,0%	51,9%
TOTAL		17	87	104
		16,3%	83,7%	100,0%

X = 23.465

P < 0,001

RELACION CONFLICTIVA CON EL COMPAÑERO

Aparece una proporción mucho mayor de mujeres con relación conflictiva con el compañero entre aquellas que pertenecen al perfil crónico depresivo. Esta situación aparece fuertemente asociada a P4 ($p > 0,001$) (TABLA 105).

COMPARTIR LA TOMA DE DECISIONES EN LA FAMILIA

Esta situación también es representativa de la calidad de la relación de pareja. Nuevamente observamos asociada a un perfil crónico depresivo (P4) una circunstancia que la mujer vive de una forma mantenida en el tiempo y que empobrece el nivel de satisfacción de la vida en pareja (TABLA 106).

TABLA 105

P4 Y RELACION CONFLICTIVA CON EL COMPAÑERO

		CUMPLEN P4	NO CUMPLEN P4	TOTAL
NO	F.obs.	4	68	72
	F.esp.	11,8	60,2	
	% total	3,8%	65,4%	69,2%
SI	F.obs.	13	19	32
	F.esp.	5,2	26,8	
	% total	12,5%	18,3%	30,8%
TOTAL		17	87	104
		16,4%	83,6%	100,0%

X = 17.443
P < 0,001

TABLA 106

P4 Y COMPARTIR LA TOMA DE DECISIONES EN LA FAMILIA

		CUMPLEN P4	NO CUMPLEN P4	TOTAL
NUNCA	F.obs.	8	19	27
	F.esp.	4,4	22,6	
	% total	7,7%	18,3%	26,0%
ALGS. VECES	F.obs.	5	19	24
	F.esp.	3,9	20,1	
	% total	4,8%	18,3%	23,1%
SIEMPRE	F.obs.	4	49	55
	F.esp.	8,7%	44,3	
	% total	3,8%	47,1%	50,9%
TOTAL		17	87	104
		16,4%	83,6%	100,0%

X = 6.838
P < 0,05

PRESENCIA DE PROBLEMAS CON LOS HIJOS

En esta situación las mujeres que han sido estudiadas son en total 98, ya que 2 mujeres del perfil y 4 que no cumplen el perfil no tienen hijos. También hemos encontrado asociado a P4 la existencia de problemas con los hijos. Dentro de la característica de "problemas con los hijos" que aparece en la siguiente tabla (TABLA 107) están reunidos los problemas de relación en general y las toxicomanías, y lo hemos hecho de esta forma con el fin de poder analizarlos estadísticamente, ya que de la otra forma la dispersión era muy grande y dificultaba su estudio.

TABLA 107

P4 Y PRESENCIA DE PROBLEMAS CON LOS HIJOS

		CUMPLEN P4	NO CUMPLEN P4	TOTAL
NO PROBLEMAS	F.obs.	5	58	63
	F.esp.	9,6	53,4	
	% total	5,1%	59,2%	64,3%
PRESENCIA DE PROBLEMAS	F.obs.	10	25	35
	F.esp.	5,4	29,6	
	% total	10,2%	25,5%	35,7%
TOTAL		15	83	98
		15,3%	84,7%	100,0%

$$X = 5.884$$

$$P < 0,05$$

No hemos encontrado más situaciones crónicas asociadas estadísticamente a P4, ya que del resto en unas no fue posible aplicar el tratamiento estadístico y en otros la probabilidad fué no significativa. En lo que respecta a las situaciones del mundo laboral no

fue posible extender el perfil a este campo, por lo que lo único que desde ese punto de vista podemos decir es que de las 17 mujeres que cumplían el perfil 10 eran amas de casa y 7 asalariadas no cualificadas. A continuación mostramos un cuadro resumen de las situaciones asociadas a P4.

CUADRO 8
SITUACIONES CRONICAS ASOCIADAS A P4

SITUACIONES	X ₂	P
Falta de comunicación con el compañero	10.729	*
No compartir gustos/aficiones con el comp.	7.237	**
Falta de confianza con el compañero	23.465	***
Presencia de conflictos con el compañero	17.443	***
No compartir la toma de decisiones con el compañero	6.838	*
Presencia de problemas con los hijos	5.884	*

*** (P<0,001)

** (P<0,01)

* (P<0,05)

IV.4.2.3. PERFIL SITUACIONAL CRONICO 5 (P5).

Como observamos en el organigrama en el que aparecía anteriormente la segmentación (FIGURA IV.22.) el perfil situacional crónico que encontramos en este estudio en quinto lugar se define de la siguiente forma: Mujeres que no han recibido malos tratos de su compañero, que tienen una relación afectiva gratificante pero que manifiestan no tener ninguna satisfacción sexual. Este perfil lo cumplen 15 mujeres, 10 son del grupo de depresivas y 5 pertenecen a los casos control.

El perfil 5 como aparece a continuación ha sido significativo con una probabilidad menor que 0,01 (TABLA 108).

TABLA 108. PERFIL SITUACIONAL CRONICO 5
TEST DE BONDAD DE AJUSTE

	DEPRESIVAS	CONTROLES
FRECUENCIA OBSERVADA	10	15
FRECUENCIA ESPERADA	6,9	8,1

$$X = 7.728$$

$$P < 0,01$$

Al intentar hacer la extensión del perfil no hemos encontrado ninguna otra situación asociada a él, en unos casos porque la probabilidad que obteníamos no era significativa y en otros casos por no poderse realizar el tratamiento estadístico al quedar muy reducida la muestra.

IV.4.3. PERFILES DE MUJER DEPRESIVA.

ESTUDIO DE LAS SITUACIONES LABORALES CRONICAS EN TODA LA MUESTRA.

En esta apartado hemos realizado una pequeña introducción al estudio de la influencia del mundo laboral en la aparición o mantenimiento de la depresión en la mujer.

Hemos realizado como en los casos anteriores un **Análisis de Segmentación** sólo con las situaciones estudiadas en el ámbito del trabajo o las relacionadas con éste. En esta ocasión también ha sido incluida toda la muestra (108 depresivas y 67 controles) independientemente del episodio depresivo que presentaran.

Partiendo de la población inicial el **criterio** que inicia la segmentación es la **PROFESION**, dividiendo a las mujeres en "**amas de casa**" y "**otras profesiones**". Dentro del grupo de **amas de casa** encontramos un primer perfil situacional crónico que llamaremos **P 6**. En el grupo de mujeres que tienen otra profesión aparece un nuevo perfil situacional crónico de mujer depresiva que numeraremos como **P7**.

En el **FIGURA IV.23.** de la página siguiente aparece el arbol de segmentación que muestra estos dos perfiles.

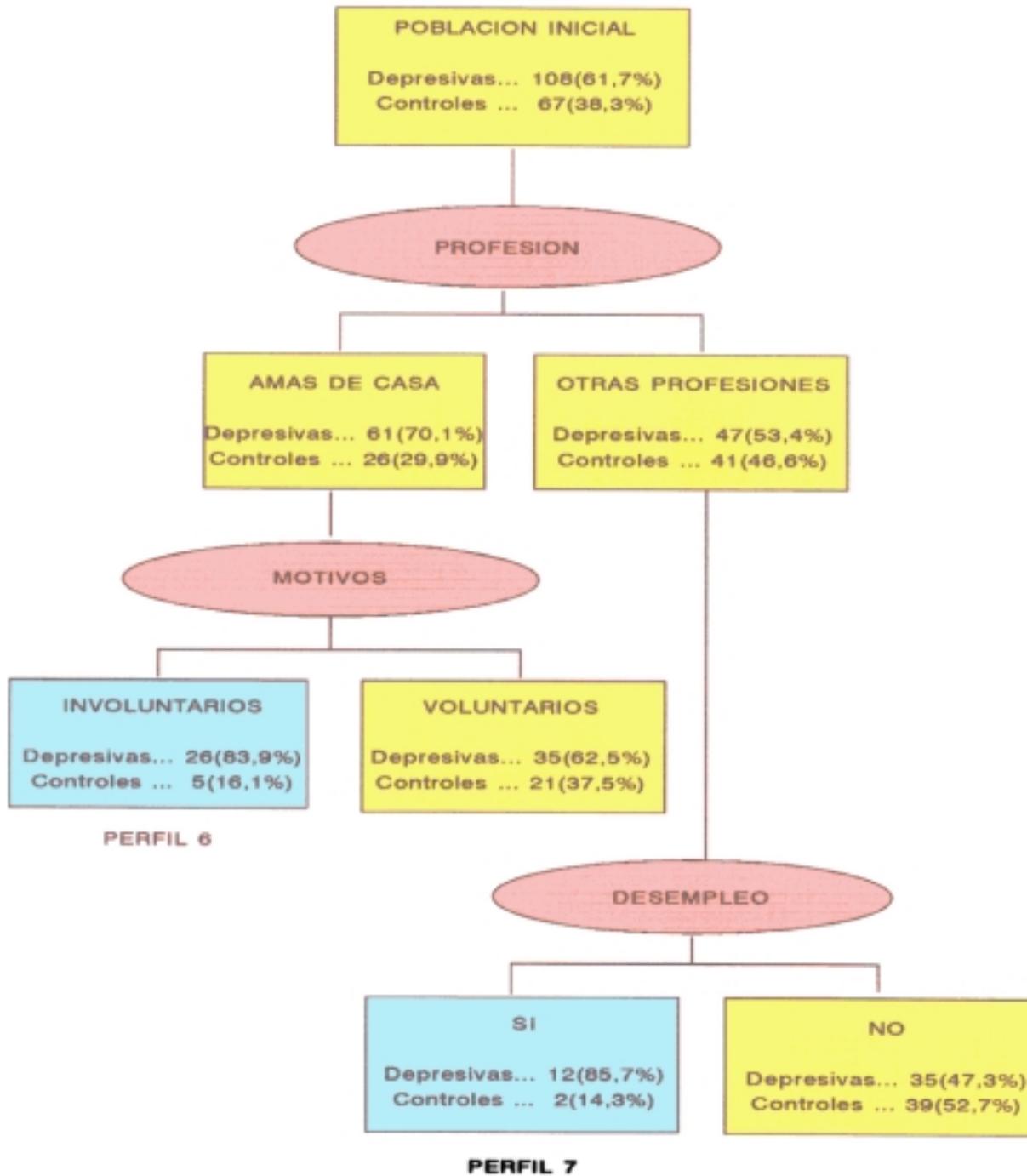


FIG.IV.23.- ARBOL DE SEGMENTACION III.

Situaciones crónicas laborales (incluyendo toda la muestra de depresivas)

IV.4.3.1. PERFIL SITUACIONAL CRONICO 6 (P6).

Este perfil lo forman 31 mujeres, de las cuales el 83,9% son depresivas y el 16,1% son casos control.

El perfil se define así: "mujeres amas de casa que se dedican al cuidado del hogar y de la familia como única actividad aunque no por decisión voluntaria sino por no tener la preparación para realizar algún trabajo fuera del hogar o por no estar de acuerdo el compañero con que lo realice".

En la siguiente tabla aparece el test de bondad de ajuste para el perfil (TABLA 109).

**TABLA 109. PERFIL SITUACIONAL CRONICO 6
TEST DE BONDAD DE AJUSTE**

	DEPRESIVAS	CONTROLES
FRECUENCIA OBSERVADA	26	5
FRECUENCIA ESPERADA	14,1	11,9

$$X = 6.4433$$

$$P < 0,05$$

En este caso no ha sido posible realizar la extensión del perfil dentro de las variables del mismo conjunto. Por otro lado, en el primer apartado del estudio de perfiles fueron incluidas las situaciones laborales cuando se estudió toda la muestra, quedando incluidas entonces para su estudio en aquel apartado; por lo tanto extender ahora los perfiles laborales

a las situaciones familiares para ver su asociación, sería volver a repetir lo ya estudiado en el subcapítulo citado.

IV.4.3.2. PERFIL SITUACIONAL CRONICO 7 (P7).

El segundo perfil que encontramos en el **arbol de segmentacion de situaciones cronicas en el ámbito laboral** está formado por las mujeres que queriendo trabajar fuera del hogar y teniendo una profesión llevan más de dos años en una situación de desempleo, convirtiéndose esta circunstancia en crónica según el criterio de nuestro trabajo.

Son 14 mujeres las que forman este perfil que llamamos **P7**, 12 depresivas y 2 controles. Mostramos a continuación el test de bondad de ajuste del perfil (**TABLA 110**).

**TABLA 110. PERFIL SITUACIONAL CRONICO 7
TEST DE BONDAD DE AJUSTE**

	DEPRESIVAS	CONTROLES
FRECUENCIA OBSERVADA	12	2
FRECUENCIA ESPERADA	8,6	5,4

$$X = 5.4331$$

$$P < 0,05$$

Igual que en el perfil anterior no hemos realizado la extensión por no ser posible estadísticamente y por haber estudiado ya su asociación con variables familiares en apartados anteriores.

IV.4.3.3. ESTUDIO DIMENSIONAL EN LOS PERFILES CRONICOS LABORALES

Utilizando una metodología tetradimensional hemos querido, por último, hacer un pequeño análisis del cuadro depresivo dentro de las mujeres que pertenecen a alguno de los dos perfiles crónicos laborales. Nuestro objetivo ha sido realizar un estudio dimensional y tipológico en los dos perfiles laborales y verificar si existen o no diferencias estadísticamente significativas entre la sintomatología de las **amas de casa (P6)** que padecen un síndrome depresivo y las **desempleadas (P7)** con la misma patología.

Hemos realizado, en el estudio dimensional, una comparación entre las puntuaciones medias globales de las dimensiones en los dos grupos (amas de casa y desempleadas) no obteniendo ninguna diferencia significativa entre los dos grupos. Los resultados que hemos obtenido aparecen en la siguiente tabla (TABLA 111).

TABLA 111

PUNTUACION MEDIA DIMENSIONAL DE LOS PERFILES LABORALES

	AMAS DE CASA (P6)		DESEMPLEADAS (P7)		F	P
	Media	D.S.	Media	D.S.		
DIM I	31,3	5,6	36,7	8,3	5.656	n.s.
DIM II	37,8	7,1	40,3	5,8	1.105	n.s.
DIM III	31,3	6,9	32,2	15,3	0.057	n.s.
DIM IV	31,5	7,8	25,7	15,2	2.440	n.s.

n.s. (probabilidad no significativa)

IV.4.3.4. ESTUDIO TIPOLOGICO EN LOS PERFILES CRONICOS LABORALES

Igualmente hemos realizado un estudio de la tipología clínica dimensional en los dos perfiles laborales (P6 y P7), no encontrando en este caso tampoco ninguna diferencia significativa entre los dos perfiles.

De las 26 mujeres depresivas que forman parte de P6 (amas de casa), tres tenían afectada solo una dimensión del **Cet-De** (Unidimensional), siete tenían dos dimensiones afectadas (Bidimensional), once presentaban afectadas tres dimensiones (Tridimensional) y por último cinco tenían las cuatro dimensiones afectadas (Tetradimensional).

En el siguiente perfil laboral crónico formado por mujeres en situación de desempleo encontramos doce mujeres depresivas, de éstas dos tienen una tipología Unidimensional, tres bidimensional, una Tridimensional y seis Tetradimensional.

Para poder aplicar las pruebas estadísticas necesarias para hacer la comparación entre ambos perfiles hemos realizado una agrupación, ya que la dispersión de la muestra, y su número escaso de casos como consecuencia de la segmentación no nos han permitido sin agrupar realizar el estudio. Por una lado hemos agrupado Unidimensional y Bidimensional, y por otro Tridimensional y Tetradimensional; los resultados aparecen en la siguiente tabla (TABLA 112), no encontrándose diferencias significativas en la tipología clínica dimensional entre los dos perfiles.

TABLA 112

TIPOLOGIA DIMENSIONAL Y PERFILES LABORALES CRONICOS

		AMAS DE CASA (P6)	DESEMPLEADAS (P7)
UNIDIMENSIONAL	F.Obs.	10	5
BIDIMENSIONAL	% Total	26,3%	13,2%
TRIDIMENSIONAL	F.Obs.	16	7
TETRADIMENSIONAL	% Total	42,1%	18,4%
TOTAL	F.Obs.	26	12
	% Total	68,4%	31,6%

$$\chi_2 = 0.03530$$

P = n.s.

D I S C U S S I O N

DISCUSION

Consideramos que un estudio exhaustivo del síndrome depresivo requiere prestar atención a distintos tipos de factores que podemos situar en tres áreas de investigación: biológica, psicológica y social. Desde estos tres campos se han multiplicado los trabajos, encontrando en todos ellos datos suficientes que justifican su asociación con el desarrollo de la sintomatología depresiva. Bajo esta óptica multifactorial de la depresión hemos desarrollado el presente estudio, siendo conscientes de nuestras limitaciones y restringiendo nuestro campo de estudio a la clínica y las situaciones crónicas psicosociales.

Hemos planteado esta investigación con una serie de objetivos que podemos situar en dos apartados. Por un lado el estudio semiológico de la depresión con una metodología tetradimensional (Alonso-Fernández, 1984, 1987, 1988), en el que analizamos separadamente cada uno de los síntomas, establecemos las puntuaciones globales medias de las dimensiones estudiando su comportamiento en función de la edad y del número del episodio depresivo (Estudio Dimensional), estudiamos la Tipología clínica tetradimensional y determinamos el Peso Específico Dimensional de cada uno de los ítems de las cuatro dimensiones en relación a la dimensión a la que pertenecen.

Por otro lado hemos pretendido esbozar una aproximación al análisis de las situaciones crónicas, familiares y laborales, que puedan evidenciar algún grado de correlación con la depresión en la mujer. Nuestro interés en este segundo apartado surge por el hecho de considerar que, como señala Paykel (1985), existen menos investigaciones dirigidas a poner de relieve los efectos de las situaciones de estrés, caracterizadas por su persistencia, que las

DISCUSION

que se dirigen a caracterizar la aparición de alteraciones o sucesos nuevos, los denominados Acontecimientos de la Vida, que vienen siendo ampliamente estudiados.

Para la discusión de nuestros resultados seguiremos el orden que hemos planteado anteriormente, en primer lugar nos ocuparemos de los datos del estudio semiológico y en segundo lugar comentaremos los resultados obtenidos del análisis de las situaciones; pero antes diremos algo sobre las características sociodemográficas y la presencia de patología psiquiátrica en la familia.

Brown y Harris (1978) consideraron que existe un mayor riesgo de depresión para las mujeres de clase trabajadora y con hijos, circunstancias ambas que, en muchas ocasiones, aparecen asociadas con unos bajos ingresos económicos. Pues bien, esta asociación entre un bajo estrato socioeconómico y depresión, que ha sido puesta de manifiesto por autores como **Ezquiaga (1985)**, **Murphy y cols.(1988)** y **Mas Hesse y cols.(1994)** entre otros, así mismo la hemos encontrado en nuestro estudio revelada en diferencias significativas entre mujeres depresivas y controles en lo que respecta a los ingresos económicos, siendo las mujeres con depresión las que aparecen más claramente desfavorecidas económicamente. Esta situación también podemos considerarla como una "dificultad crónica" favorecedora, dentro de un amplio conjunto de factores, de la depresión.

En cuanto a la presencia de patología psiquiátrica en la familia, no hemos encontrado ninguna diferencia en lo que respecta a la existencia de enfermedad en el padre.

DISCUSION

Sin embargo, por el contrario, en la muestra de depresivas ha aparecido una frecuencia significativamente mayor de antecedentes depresivos en la madre y en otros familiares de primer grado que la correspondiente a la muestra control. Por lo tanto consideramos, como señala O'Neill (1986), que una historia familiar de depresión puede favorecer la enfermedad; el modelo familiar de vivencia depresiva o los factores de transmisión genética pueden ser las dos explicaciones posibles que creemos que pueden manejarse a la hora de justificar estos resultados.

En principio hemos realizado un estudio comparativo entre depresivas y controles con todos los ítems del **Cet-De (Alonso-Fernández, 1989)** y hemos encontrado en todos ellos diferencias estadísticamente muy significativas (en la mayoría la probabilidad es $< 0,001$) entre ambos grupos, con la excepción de un ítem en la **Ritmopatía (Dimensión IV)** que no ha puntuado de forma significativamente distinta en las depresivas y en las sanas, y que es el siguiente: **"¿Tiene momentos con sensación de hambre muy fuerte?"**. Por lo tanto, en nuestra muestra de estudio este síntoma no discrimina entre los dos grupos.

En un segundo etapa hemos querido comprobar si las diferencias de edad implican diferencias también en la sintomatología. En lo que se refiere a la dimensión **Humor Depresivo (Dimensión I)**, hemos encontrado diferencias por grupos de edad en dos ítems: **"Se siente triste"** y **"Cree que no vale la pena vivir o tiene deseos de morir"**. En los dos casos la puntuación del ítem fué aumentando con la edad; en trabajos anteriores, realizados con la metodología tetradimensional (**Martin del Moral, 1989**), se señala la hiperpresencia

DISCUSION

de los síntomas psíquicos, pertenecientes al humor depresivo, en las mujeres a partir de los 45 años, hecho que ha contribuido en cierta medida a la limitación, desde nuestro punto de vista erróneamente, del diagnóstico a la presencia de trastornos del humor. En la dimensión **Anergia** (Dimensión II) también hemos encontrado dos ítems que presentan diferencias significativas según la edad de las mujeres, estos son: **"Se siente aburrido o desinteresado por todo"** y **"Tiene sequedad de boca"**, y en ellos las diferencias también han sido a favor de las mujeres mayores de 50 años. Por el contrario hemos encontrado que en los ítems de la **Discomunicación** (Dimensión III), en los que existen diferencias significativas según la edad, son las mujeres más jóvenes las que más han puntuado en la mayoría de ellos, estos ítems son: **"Se siente solo o alejado de los demás"**, **"Se siente enfadado o molesto con otras personas"**, **"Se siente receloso o desconfiado"** y **"Ve menos la TV o escucha menos la radio"**; solamente un ítem marcó diferencias puntuando más en las mujeres mayores: **"Nota algo extraño en el aspecto de las personas"**. Pensamos que las quejas de muchas mujeres jóvenes por el hecho de no sentirse comprendidas, quizá pueden reflejarse en una mayor frecuencia de síntomas que denotaría una falta de sintonía con el medio que les rodea. En la **Ritmopatía** (Dimensión IV) no se han encontrado diferencias significativas según la edad de las mujeres.

Cuando estudiamos la sintomatología según el número del episodio depresivo nos encontramos con algunos ítems que puntúan de forma distinta y significativa, según se trate del primero, del segundo, etc. En la Dimensión I vemos que el ítem **"cree que no vale la pena vivir"**, va siendo más intenso a medida que aumenta el número del episodio depresivo,

DISCUSION

lo cual pensamos que puede ser una consecuencia del mantenimiento prolongado de la enfermedad depresiva que redundaría así en una pérdida de esperanza por parte de las mujeres. El ítem **"disminución de la actividad habitual"** aparece en la Dimensión II también asociado a una prolongación del cuadro depresivo en dos o más episodios, es decir que se produciría un descenso progresivo del contacto de la paciente con sus actividades normales. En la **Discomunicación** (Dimensión III) los ítems que aparecen con mayores puntuaciones son: **"Se siente enfadado o molesto con otras personas"** y **"le resulta más difícil que antes entender las conversaciones o la lectura"**, aspectos ambos que van acentuándose a medida que la depresión se hace más intensa. Por último encontramos también diferencias en la **Ritmopatía** concretadas en los ítems **"Nota cambios a lo largo del día"** y **"Tiene momentos a lo largo del día en los que se queda medio traspuesto"**. Este último ítem puede ser una consecuencia del insomnio, el cual ocasionaría durante el día microsueños de carácter paradójico y con ensoñaciones.

En el comportamiento global de las puntuaciones dimensionales, tratadas por grupos de edad, no han aparecido diferencias significativas entre ningún grupo de edad, aunque resaltaremos únicamente que la puntuación de la Dimensión II (**Anergia**) ha sido la más alta de las cuatro dimensiones en los tres grupos de edad. Podemos interpretar estos datos teniendo en cuenta que quizá las situaciones sociales, que después comentaremos, de existencia de doble jornada o de responsabilidades con otros miembros de la familia, etc, pueden favorecer el hundimiento energético de la mujer. Si estudiamos cómo evolucionan las puntuaciones globales en función del número del episodio depresivo, encontramos que en la Dimensión II

DISCUSION

no aparecen diferencias significativas, lo cual es lógico dada su presencia muy positiva desde el comienzo de la enfermedad. Sí aparecen, en cambio, estas diferencias por episodio depresivo en el caso de las otras tres dimensiones, sobre todo en la Dimensión IV (**Ritmopatía**) donde las diferencias entre las puntuaciones de esta dimensión en el primer episodio depresivo y en el resto de los episodios estudiados, son mayores que en las otras dos dimensiones, ya que aunque éstas también presentan diferencias de puntuación según el episodio, éstas son menores que en la dimensión cuarta.

En nuestra muestra la tipología depresiva no ha presentado ninguna diferencia en función de la edad. De nuevo ha sido el número del episodio depresivo el que ha marcado estas diferencias, siendo los cuadros **Unidimensionales y Bidimensionales** los encontrados con mayor frecuencia entre las mujeres depresivas que se encontraban en el primer episodio de la enfermedad. Así mismo hemos observado una mayor frecuencia, estadísticamente significativa, de los tipos clínicos **Tridimensionales y Tetradimensionales** a partir del segundo episodio depresivo, con lo cual tenemos que a medida que se intensifica la sintomatología el cuadro se va extendiendo.

Hemos completado el análisis sintomatológico con la determinación del *peso específico dimensional* de los ítems del **Cet-De** en cada una de las dimensiones. En este apartado englobamos, según la denominación de peso específico, el estudio de los siguientes aspectos:

- Presencia del ítem positivo cuando la dimensión es positiva.
- Presencia del ítem positivo cuando la dimensión es negativa.

DISCUSION

- Positividad total del ítem en la muestra independientemente de que la dimensión a la que pertenezca sea positiva o negativa, pero con un resultado global del test positivo. A este análisis lo hemos llamado constancia global del ítem.

Los ítems que hemos hallado como significativos son:

- En la Dimensión I (Humor depresivo) hemos encontrado once ítems que manifiestan, en nuestra muestra, una asociación mayor con la dimensión a la que pertenecen (significativa estadísticamente), estos son: ansiedad, dolor moral, pesantez corporal, molestias en el tronco superior, hiperpreocupación, economía, culpabilidad, autocrítica, inferioridad, ideas de muerte y suicidio.

- En la Dimensión II (Anergia) aparecen cuatro ítems significativos desde este punto de vista, y son: amnesia, hipobulia, atontamiento e hiposexualidad.

- En la Dimensión III (Discomunicación) los ítems significativos son doce: hiporreactividad positiva, desafectación, pobreza verbal, soledad, irritabilidad, desconfianza, desrealización, teledesinterés, quejas, inexpresividad, discomprensión y desaliño.

- En la Dimensión IV (Ritmopatía) los ítems significativos son nueve: insomnio medio, insomnio tardío, mal despertar, empeoramiento matutino, mejoría nocturna, oscilación circadiana, bulimia, tiempo lento, pasotismo y afuturición/planificación ausente.

Creemos que los ítems que no han mostrado diferencias significativas en cada dimensión, son aquellos que recogen una serie de síntomas muy presentes en la depresión, por lo tanto, aunque la dimensión en su conjunto sea negativa estos síntomas son positivos, así al hacer la comparación entre dimensión positiva / dimensión negativa, la gran constancia del

DISCUSION

ítem no permite que las diferencias sean significativas. Estos resultados hacen que sea necesario un estudio posterior, con una muestra mayor, en la cual podamos estudiar con mayor rigor el peso dimensional de los ítems, lo cual pudiera dar lugar a una posible reestructuración futura del **Cet-De**.

Para el estudio de las situaciones crónicas, hemos partido de la hipótesis de que ciertas situaciones mantenidas en el tiempo (en nuestro trabajo durante un período de más de dos años antes del comienzo de la depresión) podían estar relacionadas, junto con otros factores, con el inicio de la sintomatología depresiva. Este planteamiento nos ha permitido dirigir nuestra mirada hacia aquellas situaciones que encontramos descritas más frecuentemente en la bibliografía sobre el tema, y que fundamentalmente son aquellas que tienen que ver con las relaciones dentro de la familia (**Birtchnell, 1988**), y dentro de ésta sobre todo con la relación de pareja (**Ilfeld, 1980**). Encontramos como en muchos estudios se plantea que el matrimonio es un factor de riesgo para la depresión en la mujer (**Crowther, 1985; Bebbington, 1987** entre otros). El estado civil predominante en las mujeres de nuestro estudio, tanto en el grupo de depresivas como en el de controles, ha sido el de casada. Aquellas mujeres que no estaban en este grupo, pero que habían mantenido una convivencia en pareja de más de dos años de duración, también pudimos incluirlas en el estudio.

También hemos querido prestar atención a las situaciones crónicas que tuvieran que ver con el trabajo, dividiendo éste, al estar nuestra muestra compuesta exclusivamente por mujeres, en dos categorías: trabajo doméstico y trabajo extradoméstico.

DISCUSION

En primer lugar hemos estudiado el comportamiento de las variables situacionales por separado, tratando de ver si mostraban o no una asociación significativa, en nuestra muestra, con la depresión. Las situaciones crónicas o "dificultades", como son definidas por **Brown y Harris (1978)**, pueden correlacionarse positivamente con el inicio de la enfermedad, pero también pueden verse favorecidas por la propia depresión. Para no confundirnos en este sentido hemos realizado el estudio en un primer momento con toda la muestra y posteriormente sólo con las mujeres que presentaban por primera vez un episodio depresivo.

Las situaciones crónicas que en el estudio comparativo han aparecido asociadas a la muestra depresiva, marcando diferencias estadísticamente significativas con el grupo control, han sido fundamentalmente las que tenían que ver con las características disfuncionales persistentes en la relación de pareja. Así por ejemplo, la percepción de una *relación asimétrica*, que aparece recogida en nuestro estudio en las variables "disponibilidad económica análoga a la del compañero", "cuidado de los hijos", "compartir tareas domésticas" y "compartir la toma de decisiones", se concreta precisamente en todas estas situaciones que han aparecido asociadas a la depresión. Por lo tanto podemos pensar, con autores como **Ilfeld (1980)**, que uno de los factores matrimoniales asociados frecuentemente a la depresión es esta asimetría de la relación. Solamente una de estas variables no ha mostrado asociación en la submuestra formada por mujeres que presentaban un primer episodio depresivo, y ha sido la referida a la situación en la que la pareja no "comparte las tareas domésticas", con lo que no podemos afirmar que esta situación muestre alguna implicación en el desarrollo del síndrome

DISCUSION

depresivo.

Otro grupo de variables que hemos encontrado asociadas son aquellas que tienen que ver con el grado de intimidad en la pareja. El bajo nivel de comunicación, la falta de confianza, el no compartir problemas ni aficiones, la falta de satisfacción sexual, el recibir malos tratos psíquicos o físicos y, en general, una mala relación afectiva, son situaciones que también hemos encontrado asociadas a la depresión, tanto en la muestra total como en la submuestra de primer episodio. Por lo tanto nuestros resultados parecen estar en la línea de los encontrados por **Merikangas y cols.(1985)** entre otros. Es decir que podemos aseverar que las relaciones matrimoniales de los enfermos depresivos son significativamente peores (**Bromberger y cols.1994a; Steiner y cols. 1992**). Entre estas variables hemos encontrado que la única que tiene un comportamiento diferente, según consideremos la muestra global o la submuestra de primer episodio, es la que se refiere a la valoración que la mujer suele hacer sobre sus problemas sexuales y sobre la repercusión que éstos tienen en su vida. Así mientras que en la muestra global no existen diferencias significativas, no es este el caso en el análisis de la submuestra del primer episodio. Nosotros hemos interpretado este resultado como una consecuencia de la propia enfermedad, es decir que a medida que la depresión se va extendiendo y va presentando una sintomatología más extensa que también va intensificándose, el interés sexual va disminuyendo, y como consecuencia de ésto la mujer pasa a no considerarlo como una situación problemática.

DISCUSION

Tradicionalmente de la mujer siempre se ha esperado que se ocupe de la educación y del cuidado de los hijos, que atienda a su marido e incluso que asuma responsabilidades con otros miembros de la familia como ancianos o enfermos (Poal Marcet, 1993). Hemos encontrado en nuestros resultados cómo estas situaciones que aparecen recogidas en la variable: "presencia de enfermedad en el compañero", y que obligan a la mujer a asumir una mayor responsabilidad derivada del cuidado del mismo, así como el tener que atender a miembros de su familia o de la de su marido, ancianos o con enfermedades, junto con el hecho de no contar con ayuda en el cuidado de sus hijos cuando éstos son pequeños, todas estas situaciones decimos han aparecido en nuestro estudio asociadas a la depresión. Las fuertes exigencias exteriores, el sobreesfuerzo psicológico o una autoexigencia excesiva de responsabilidad, son también situaciones de sobrecarga asociadas al hundimiento energético (Alonso-Fernández, 1988). En nuestra muestra, como ya hemos comentado, la dimensión **Anergia** ha sido en la que mayor puntuación media hemos encontrado, por lo que podemos pensar en la elevada contribución de este tipo de situaciones para las manifestaciones clínicas.

Dentro de las situaciones relacionadas con el trabajo, hemos encontrado que la única que marcó diferencias entre mujeres sanas y depresivas, y que apareció asociada al cuadro depresivo fué la de manifestar sentimientos de preocupación por los hijos y por el cuidado del hogar, sobre todo cuando las mujeres tenían que compatibilizar su trabajo doméstico con el extradoméstico. En este sentido encontramos nuevamente la noción de situación de sobrecarga, y la de una mayor exigencia que se autoimpone la mujer como resultado de su duplicidad de roles. Ya hemos comentado en su momento en la introducción como el "estrés ligado al rol

DISCUSION

del género femenino" (Gillespie y Eisler, 1992), con características tales como el miedo a no ser lo suficientemente protectora y cuidadora de su familia y a no mantener relaciones de buena calidad emocional, hacía a las mujeres más susceptibles de padecer una depresión. Nosotros compartimos este punto de vista, y creemos, en virtud de los resultados que hemos obtenido, que la compatibilización de roles y la percepción por parte de la mujer del sentimiento de no estar donde "debería" por estar trabajando fuera del hogar, puede convertirse en una situación persistente en su vida asociada, por un lado, al inicio de la depresión y por otro lado incluso podría estar implicada en el curso de la depresión, ya que no hemos encontrado diferencias, y el resultado ha sido significativo, en las dos muestras que venimos describiendo. Sin embargo en este último punto no podemos afirmar si la situación contribuye al mantenimiento de la depresión, o más bien es ésta la que empeora la propia situación, aunque nos aventuramos a pensar que existe una interrelación y que las influencias pueden aparecer en los dos sentidos.

El resto de las variables laborales no han mostrado ninguna diferencia significativa entre depresivas y controles. Creemos que estos datos son el resultado de la distinta valoración que la mujer hace de la familia y del trabajo, estableciendo siempre el primer lugar para el **mundo relacional y afectivo** y dejando en segundo lugar todo lo que tiene que ver con el **mundo laboral**. Es importante tener presente dos aspectos: a) que nuestra muestra está compuesta por mujeres que en una amplia mayoría son trabajadoras no cualificadas, circunstancia esta que pensamos que puede contribuir de alguna forma a la escasa valoración

DISCUSION

que hacen de su trabajo, con la excepción quizá de la remuneración económica que es básicamente el motivo por el que realizan alguna actividad fuera del hogar; b) que la orientación al "logro" que tienen hombres y mujeres es muy distinta (Orts Poveda y cols. 1989), pues el logro profesional es menos prioritario en las mujeres que en los hombres. En este sentido es muy interesante el estudio de las diferencias entre sexos en lo referente a cómo afectan las diferentes situaciones laborales persistentes a cada uno de los géneros. Por ejemplo, los efectos del desempleo parecen tener más consecuencias psicológicas para los hombres que para las mujeres (Viinamaki y cols. 1993). Debido a que nuestra muestra ha estado formada sólo por mujeres no podemos aportar ningún dato en este sentido, aunque sí queremos comentar nuestro interés en el estudio de estas diferencias, añadiendo que creemos que el nivel de cualificación profesional de la mujer puede estar relacionado con la valoración y la orientación al logro profesional que ésta tenga, aproximándose quizá más a la valoración masculina de la actividad profesional, aunque para la mayoría de las mujeres el peso de lo relacional y afectivo suele inclinar la balanza en este sentido.

Hasta ahora hemos repasado el comportamiento de las variables una por una y su asociación con la depresión. A continuación vamos a comentar los resultados que hemos obtenido a partir del **Análisis de Segmentación** y los perfiles que hemos obtenido con su realización.

En un primer análisis hemos incluido todas las situaciones crónicas estudiadas, tanto las familiares como las laborales, con el objeto de identificar cuales de ellas originaban, en

DISCUSION

primer lugar, **perfiles de depresión**. De este análisis obtenemos el primer **arbol de segmentación** en el que encontramos dos **perfiles**:

- **PERFIL SITUACIONAL CRONICO 1 (P1)**. Este perfil está formado por aquellas mujeres que presentan una situación crónica de falta total de satisfacción sexual con su compañero. Ya vimos en la introducción cómo según **Kaplan (1984)** las dificultades sexuales podían producir una depresión reactiva al problema o también ser una consecuencia de éste. Nosotros creemos que no aportamos nada distinto, y compartimos este punto de vista, ya que para la obtención de este perfil hemos utilizado la muestra total de depresivas y controles, no distinguiendo además en el caso de las primeras, el número del episodio depresivo.

Las situaciones que hemos encontrado asociadas con este perfil son fundamentalmente las que tienen que ver con el tipo de relación que mantienen con el compañero. El efecto negativo que, para la salud mental de las mujeres, tiene la dependencia económica ha sido puesto de relieve por **Coria (1987,1989)**. Nosotros hemos encontrado asociada al **P1** esta situación, al igual que la que señalaría también un grado de subordinación al compañero y una falta de autonomía puesta de manifiesto en no compartir con éste la toma de decisiones.

Los problemas dentro del matrimonio, en el caso concreto de las mujeres, son considerados por muchos autores como un factor de riesgo para la depresión

DISCUSION

(Crowther,1985; Bebbington,1987, Burin y cols.,1990); por el contrario otras investigaciones no encuentran que esto sea específico del sexo femenino, sino que se trataría de un factor de riesgo igual para ambos géneros (Roy 1978, 1981; Kaplan y cols.1987; Penkower y cols.1988). Partiendo de nuestros resultados no podemos hacer ningún comentario en este sentido, pero sí podemos decir que algunos problemas de relación de pareja que hemos recogido como: falta de confianza y afecto con el compañero, escaso o nulo nivel de comunicación con él, presencia de continuos conflictos en la pareja, ausencia de aficiones comunes y situaciones tan graves como el recibir del cónyuge malos tratos, han mostrado una clara asociación con el **perfil depresivo** en nuestra muestra de mujeres.

Desde el punto de vista de la teoría cognitiva se mantiene que la depresión es una consecuencia de las perspectivas distorsionadas desde las que se contemplan las dificultades de la vida (Hammen, 1992; Simons y cols.,1993). Ahora bien, no sabemos en el caso de nuestros resultados hasta qué punto la relación disfuncional de pareja no está producida por la propia enfermedad, aunque sí podemos afirmar que en situaciones como la existencia de malos tratos físicos la realidad objetivable, desgraciadamente en muchos casos difícilmente puede ser distorsionada por las percepciones anómalas de las mujeres.

Otras situaciones que también manifiestan su asociación con el P1 son las que tienen que ver con lo que hemos comentado anteriormente acerca de la asunción, por parte de la mujer, de responsabilidades con otros miembros de la familia (cuidado de enfermos, ancianos o hijos). La presencia de problemas con los hijos, sobre todo problemas de relación, y los

DISCUSION

conflictos asociados a la existencia de alguna toxicomanía, parecen afectar considerablemente a las mujeres.

El tener que compatibilizar el trabajo doméstico con el extradoméstico y el malestar y preocupación por tener que dejar a los hijos pequeños con otras personas para acudir al puesto de trabajo, han sido las dos situaciones asociadas a P1 del total de las situaciones crónicas laborales.

A continuación presentamos esquemáticamente las situaciones asociadas a P1:

- Falta de una disponibilidad económica análoga a la del compañero.
- Pobre o nula comunicación con el compañero sobre temas que trasciendan el ámbito doméstico.
- No recibir ayuda del cónyuge en las tareas domésticas.
- No compartir los problemas personales con el compañero.
- Recibir malos tratos psíquicos o físicos del compañero.
- Pobre relación afectiva con el compañero.
- Nula relación de confianza con el compañero.
- No compartir gustos ni aficiones con el compañero.
- No tener el mismo poder decisorio que el cónyuge dentro de la familia.
- Permanente relación conflictiva con el compañero.
- Presencia de disfunciones sexuales en algún miembro de la pareja.
- Existencia de problemas en la relación con los hijos con o sin la presencia de toxicomanías entre ellos.

DISCUSION

- Presencia de familiar enfermo o mayor dependiente de la mujer.
- No recibir ayuda en el cuidado de los hijos, ni del compañero, ni de otras personas.
- Sobrecarga por una situación persistente de doble jornada.
- Sentimientos de preocupación por tener que dejar a los hijos durante el tiempo de trabajo extradoméstico.

PERFIL SITUACIONAL CRONICO 2 (P2). Este perfil está caracterizado por la presencia de una mala relación afectiva con el compañero, aunque en ausencia de problemas sexuales.

Las situaciones crónicas asociadas a este perfil son:

- Recibir malos tratos psíquicos o físicos del compañero.
- Situación conflictiva permanente con el compañero.

Vemos así, que las diferencias de este perfil respecto del anteriormente descrito se centran, por una parte, en la falta de problemas sexuales, lo cual podría sorprendernos, dado el nivel de conflicto existente en la pareja, si no interpretáramos que dado que hemos incluido a toda la muestra, más que la no existencia de problemas sexuales, lo que puede haber influido realmente en la respuesta de las mujeres es la escasa valoración que conceden a su insatisfacción sexual como consecuencia de la gravedad que para ellas tiene, por ejemplo, una situación efectiva de malos tratos. También podríamos pensar que el grado de subordinación al que llegan algunas mujeres respecto a sus compañeros, podría quizá permitirles aceptar

DISCUSION

algún nivel de malos tratos y no deteriorar sin embargo su satisfacción sexual. Por otra parte encontramos diferencias en cuanto a la no asociación de situaciones relacionadas con otros miembros de la familia (hijos, ancianos, enfermos). Así vemos que este perfil se configura más dentro del área de pareja.

Los **perfiles** que hemos encontrado incluyendo solamente a las mujeres que presentan su primer episodio depresivo son tres:

PERFIL SITUACIONAL CRONICO 3 (P3). Forman este perfil mujeres que habían sufrido habitualmente malos tratos, físicos, psíquicos o ambos, por parte del compañero.

Asociadas al perfil encontramos las siguientes situaciones crónicas:

- Insatisfacción sexual crónica.
- No poder disponer del dinero familiar de la misma forma que el compañero.
- Tener a su cargo familiares o enfermos a los que cuidar.

Creemos que posiblemente puede guardar relación con la situación de malos tratos la circunstancia de que el 19,4% de las mujeres que vivían en pareja, en nuestra muestra de depresivas, tenían un compañero con problemas de **alcoholismo**, lo cual también explicaría las dificultades económicas que aparecen en las mujeres incluidas en este perfil. Dado que aquí sólo analizamos situaciones previas a la depresión, nuestros resultados están de acuerdo con los obtenidos por **Cascardi y cols.(1992)** quienes observaron que las mujeres que habían

DISCUSION

sufrido agresiones matrimoniales presentaban determinados niveles clínicos de sintomatología depresiva.

PERFIL SITUACIONAL CRONICO 4 (P4). Está formado por mujeres que no han sufrido malos tratos por el compañero, pero que mantienen con éste una pobre relación afectiva.

Asociadas al perfil encontramos las situaciones crónicas siguientes:

- Falta de comunicación en la pareja con la excepción de lo relacionado con las cuestiones domésticas.
- No compartir gustos o aficiones comunes con el compañero.
- No mantener relación de confianza con el compañero.
- Presencia de continuos conflictos con el compañero.
- No participar en la toma de decisiones con el compañero.
- Existencia de problemas con los hijos.

Resaltaremos en este perfil la situación "problemas con los hijos", ya que aparece en nuestros resultados asociada por primera vez con situaciones previas a la depresión, contribuyendo probablemente así a su desarrollo.

PERFIL SITUACIONAL CRONICO 5 (P5). En este perfil se encuentran las mujeres que mantiene una buena relación afectiva y en general un buen entendimiento con sus

DISCUSION

compañeros, por lo que nunca han sufrido malos tratos por ejemplo, aunque expresan una falta de satisfacción sexual persistente en su vida conyugal. De esta forma los trastornos depresivos pueden estar asociados también al inicio de la depresión y no sólo ser un síntoma de ella, tal y como afirma **Kaplan (1984)**.

Hemos observado cómo en los **perfiles** que hemos obtenido con mujeres que presentaban su primer episodio depresivo, las situaciones crónicas relacionadas con el mundo del trabajo no han constituido ningún perfil ni han manifestado asociación con ellos. Esto vuelve una vez más a apoyar la hipótesis de que las mujeres son más afectadas por las dificultades relacionales que por las que se encuentran fuera de este área.

Incluyendo en la segmentación solamente las situaciones crónicas laborales hemos obtenido dos **perfiles**:

PERFIL SITUACIONAL CRONICO 6 (P6). Este perfil está formado por mujeres, amas de casa, que no se sienten satisfechas con el desempeño de este su único trabajo por no haberlo elegido voluntariamente y por no tener la posibilidad de trabajar fuera del hogar; por lo tanto en nuestros resultados no es el rol de ama de casa por sí mismo el que se asocia a la depresión, sino el desempeñarlo en contra de la decisión personal de la mujer. **Alonso-Fernández (1994)** comenta sobre las amas de casa que "son una víctima propiciatoria para las enfermedades depresivas". Para este autor, existe entre ellas un 14% de problemas depresivos, frente al 10% que existiría en la población femenina general. La falta de

DISCUSION

reconocimiento social, y muchas veces también familiar, que aqueja a estas mujeres contribuye a que muchas tengan bastante debilitada su autoestima, lo cual junto con la soledad, pueden ser factores que influyan en la aparición o en el mantenimiento de sus síntomas depresivos.

PERFIL SITUACIONAL CRONICO 7 (P7). Este perfil lo forman mujeres con una situación crónica de desempleo. El paro laboral forzoso ha sido asociado en más ocasiones con la aparición de malestar psicológico en los hombres que en las mujeres (**Viinamaki y cols. 1993; Wilson y Walker, 1993**), aunque también encontramos trabajos como el de **Dew y cols. (1992)**, en el que siguiendo una metodología prospectiva se han estudiado los efectos del desempleo en las mujeres, encontrándose una asociación significativa entre esta situación y la depresión, sobre todo en aquellas mujeres que no tenían una buen relación conyugal y presentaban dificultades económicas. Aunque no podemos afirmarlo, suponemos que dentro de las mujeres que están en este perfil, dado el alto índice de problemas conyugales en nuestra muestra, puede que este factor también contribuya, conjuntamente con el desempleo, a provocar los síntomas depresivos.

En el caso de estos perfiles no ha sido posible buscar su asociación con otras situaciones debido a que la fragmentación de la muestra no nos ha permitido utilizar las pruebas estadísticas que hubiera requerido el estudio. Consideramos que estos resultados son únicamente un acercamiento al estudio de las relaciones entre las situaciones en el mundo del trabajo y la depresión en la mujer y creemos que el plantear estudios con muestras mayores

DISCUSION

y delimitando áreas como "amas de casa", y "mujeres desempleadas", podría aportar datos más concluyentes. También sería de interés investigar en estas situaciones la calidad de la relación de pareja y el apoyo social.

Por último, hemos realizado un breve análisis de la sintomatología depresiva en los perfiles crónicos laborales con el objeto de verificar si existían distintas formas clínicas de la depresión en cada uno de los perfiles. En nuestro estudio no hemos encontrado ninguna diferencia sintomatológica significativa, pero no interpretamos este resultado como un hecho muy concluyente, ya que por la fragmentación de la segmentación y por el número limitado de mujeres en cada perfil, los resultados no son muy concluyentes. Sí nos parece muy interesante continuar en esta línea de estudio, analizando si unos determinados perfiles de depresión pueden llegar a mostrar unas características clínicas específicas.

Siempre que nos adentramos en un campo de estudio, van surgiendo cada vez más interrogantes que nos hacen replantearnos el tratamiento de los temas y que nos sugieren nuevos caminos para seguir intentado profundizar en nuestros objetivos. El estudio de la sintomatología depresiva, enfocado desde la perspectiva de los síntomas somáticos, está siendo realizado en este momento para una Tesis Doctoral, y es un estudio que nos parece muy interesante por el descuido y la confusión con que estos síntomas son habitualmente tratados. Profundizar en las dificultades persistentes de la vida de las mujeres junto con el estudio de los factores de personalidad y su relación con el síndrome depresivo creemos que aportaría un mayor conocimiento sobre el tema que venimos tratando. En definitiva consideramos que

DISCUSION

la investigación sobre la depresión debe englobar todos los elementos implicados y proporcionar un modelo integrado, por lo que estos estudios, aunque ya parcialmente desarrollados, merecen una atención especial debido al número de interrogantes que todavía siguen planteados.

C O N C L U S I O N E S

CONCLUSIONES

- 1.- *La puntuación media en todos los ítems del CET-DE, con la excepción del ítem "Sensación de hambre muy fuerte", es significativamente mayor en las mujeres depresivas que en las mujeres sanas.*
- 2.- *En las mujeres depresivas la dimensión que ha tenido puntuaciones más altas, tanto en mujeres jóvenes como en mujeres mayores, ha sido la Dimensión II (Anergia). Esta dimensión suele aparecer ya como positiva desde el primer episodio depresivo.*
- 3.- *La tipología predominante en las mujeres que presentan el primer episodio depresivo corresponde a cuadros Unidimensionales y Bidimensionales. Cuanto más elevado es el número del episodio depresivo con más frecuencia encontramos una tipología clínica Tridimensional y Tetradimensional.*
- 4.- *Se aporta una lista de los ítems distribuidos entre significativos y no significativos con arreglo al peso específico alcanzado en cada dimensión. Se ha encontrado el número de ítems significativos por dimensión que a continuación referimos: once en la primera, cuatro en la segunda, doce en la tercera y nueve en la cuarta. Estos resultados pueden servir en el futuro para hacer un estudio, con una muestra mayor, para una reestructuración del Cet-De.*

CONCLUSIONES

- 5.- *La adscripción a un estrato socioeconómico bajo muestra una asociación significativa con la presencia de un estado depresivo.*
- 6.- *La percepción por parte de las mujeres de una relación asimétrica como una situación crónica en su vida conyugal es un factor asociado significativamente con el síndrome depresivo.*
- 7.- *Las situaciones crónicas de pareja que reflejan una falta de intimidad y la presencia de continuos conflictos con el compañero favorecen el inicio, el mantenimiento y la repetición de los episodios depresivos.*
- 8.- *En las mujeres que compatibilizan habitualmente el trabajo doméstico y el extradoméstico, la preocupación por separarse de los hijos y el miedo a no desempeñar bien su rol materno-familiar, son factores que favorecen la instauración de un estado depresivo.*
- 9.- *Dentro de las situaciones crónicas de carácter desfavorable, alcanzan mayor valor en la etiología de la depresión en la mujer las de contenido interpersonal (familiar y de pareja) que las laborales.*

CONCLUSIONES

10.- *La elaboración estadística del conjunto de situaciones familiares crónicas conduce a la identificación de dos perfiles de mujer depresiva:*

- *El primero (P1) lo forman mujeres con una situación crónica de insatisfacción sexual en su vida conyugal.*
- *El segundo perfil que aparece (P2) es el de una mujer con una mala relación afectiva con el compañero aunque, en ausencia de insatisfacción sexual.*

11.- *En las mujeres que anteriormente no habían tenido un episodio depresivo y que por lo tanto las situaciones crónicas no se podían haber visto favorecidas por la propia depresión, aparecen tres perfiles asociados al inicio de la sintomatología:*

- *El primero se define por mujeres que sufren habitualmente una situación de malos tratos físicos, psíquicos o ambos, por parte de su compañero.*
- *En el segundo perfil se encuentran mujeres que no han sufrido malos tratos pero mantienen una pobre relación afectiva.*
- *El tercer perfil de este grupo está formado por mujeres con buena relación afectiva pero con insatisfacción sexual crónica.*

12.- *El desempeño del rol de ama de casa, cuando no es una decisión voluntaria de la mujer, y la situación crónica de desempleo, han sido las dos características que han definido perfiles de depresión en el conjunto de las situaciones laborales crónicas.*

B I B L I O G R A F I A

BIBLIOGRAFIA

ABRIL GARCIA,A.(1987). "Dimensión afectiva del síndrome depresivo: Humor depresivo". *Tesis Doctoral. Universidad Complutense. Facultad de Medicina. Madrid.*

AINSWORTH,M.(1969). "Object relations dependency and attachment". *Child Dev. , 40: 969-1025.*

ALBIACH,A.(1990). "Personalidad Depresiva" en *Trastornos Afectivos: Ansiedad y Depresión. Salvat Editores,S.A. Barcelona.*

ALNAES,R.; TORGERSEN,S.(1993). "Mood disorders: developmental and precipitating events". *Can. J. Psychiatry. 38 (3): 217-24.*

ALONSO FERNANDEZ,F.(1979). *Fundamentos de la Psiquiatría Actual. Paz Montalvo. Madrid.*

ALONSO FERNANDEZ,F.(1984). "Perspectiva polidimensional del síndrome depresivo". *Psicopatología. 4: 347-354.*

ALONSO FERNANDEZ,F.(1987). "Un nuevo modelo clínico de depresión integrado por cuatro dimensiones". *Psicopatología. 7 (2): 163-172.*

BIBLIOGRAFIA

ALONSO FERNANDEZ, F. (1988). *La Depresión y su Diagnóstico. Nuevo Modelo Clínico*. Editorial Labor. Barcelona.

ALONSO FERNANDEZ, F. (1994). *Vencer la depresión. Con la ayuda del médico, la familia y los amigos*. Ediciones Temas de Hoy. Madrid.

ALONSO SANMARTIN, C.; ALONSO FERNANDEZ, F. (1984). "Sintomatología". *Pathos*, 65: 39-48.

AMIGO JAIO, M. (1988). "Aspectos de la Maternidad de la Mujer en la Vida Urbana Actual" en *Psicología de la Mujer y Calidad de Vida*. Editado por Centro de Salud de la Mujer. Leioa. Bizkaia.

AMOROS, C. (1979). "Notas sobre la ideología de la división sexual del trabajo", en *En Teoría 2 (julio-septiembre)*. Zona Abierta ed. S.A. Madrid.

ANDREWS, B.; BROWN, G.W. (1993). "Self-esteem and vulnerability to depression: the concurrent validity of interview and questionnaire measures". *J. Abnorm. Psychol.* Nov; 102 (4): 565-72.

BIBLIOGRAFIA

ASTON,J.; LAVERY,J.(1993). "The Health of women in paid employment: effects of quality of work role, social support and cynicism on psychological and physical well-being".

Women Health. 20 (3): 1-25.

AYUSO GUTIERREZ,J.L.Y COLS.(1987). "Valoración y Aplicaciones Clínicas del Test de Supresión con Dexametasona" en *La Depresión desde la Perspectiva Psicobiológica. Jarpyo Editores,S.A. Madrid.*

BAKER MILLER,J.(1992). *Hacia una Nueva Psicología de la Mujer. Editorial Paidós. Barcelona.*

BANCROFT,J.(1993). "The premenstrual Syndrome, a reappraisal of the concept and the evidence". *Psychol. Med. Suppl. 24: 1-47.*

BARBERÁ,E.(1983). "Psicología de la Mujer y Roles Sexuales". *Psicológica. Vol 4, nº 1: 49-65.*

BAYON,C.; FRANCO,B.; RODRIGUEZ,B., CAÑAS,F.(1993). "Embarazo, parto y puerperio: ¿Un periodo de riesgo?" en *Mujer y Salud Mental. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid.*

BIBLIOGRAFIA

BEBBINGTON, P.E. (1987). "Marital Status and Depression: A Study of English National Admission Statistics". Acta Psychiatr. Scand, 75: 640-650.

BEBBINGTON, P.E. Y COLS. (1988). "The Camberwell Collaborative Depression Study. Depressed Probands: Adversity and the Form of Depression". Br. J. of Psychiatry. 152: 754-765.

BEBBINGTON, P.E. Y COLS. (1993). "Stress incubation and the onset of affective disorders". Br. J. Psychiatry. 162: 358-62.

BECK, C.T.; REYNOLDS, M.A.; RUTOWSKI, P. (1992). "Maternity blues and postpartum depression". J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs. Jul-Aug; 21 (4): 287-93.

BEISER, M.; JOHSON, P.J.; TURNER, R.J. (1993). "Unemployment, underemployment and depressive affect among Southeast Asian refugees". Psychol. Med. Aug; 23 (3): 731-43.

BIDZINSKA, E.J. (1984). "Stress Factors in Affective Diseases". Br. J. Psychiat., 144: 161-166.

BIRTCHNELL, J. (1988). "Depression and Family Relationships. A Study of Young, Married Women on a London Housing Estate". Br. Journal of Psychiatry, 153: 758-769.

BIBLIOGRAFIA

BOLETIN ESTADISTICO DE DATOS BASICOS. Trimestre 1994, N° 15. Ministerio de Asuntos Sociales.

BOTELLA, J. (1982). "El Climaterio" en Endocrinología de la Mujer, 17, 341. Ed. Científico Médica. Madrid.

BOWLBY, J. (1986). Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida. Ed. Morata. S.A. Madrid.

BRADFORD, H.F. (1988). Fundamentos de Neuroquímica. Editorial Labor. Barcelona.

BREINER, S.J. (1992). "Observations on the abuse of women and children". Psychol. Rep. Feb; 70 (1): 153-4.

BRISSON, C.; VEZINA, M.; VINET, A. (1992). "Health problems of women employed in jobs involving psychological and ergonomic stressors: the case of garment workers in Quebec". Women Health. 18 (3): 49-65.

BROCHIER, T.; OLIE, J.P. (1993). "Stress et Depression". Encephale. 19 (1): 171-8.

BROMBERGER, J.T. Y COLS (1994a). "Marital support and remission of treated depression. A prospective pilot study of mothers of infants and toddlers". J. Ner. Ment. Dis. 182 (1): 40-4.

BIBLIOGRAFIA

BROMBERGER, J.T.; MATTHEWS, K.A. (1994b). "Employment status and depressive symptoms in middle-aged women: a longitudinal investigation". Am. Journal Public Health. Feb; 84 (2) : 202-6.

BROWN, G.W. Y COLS. (1977). "Depression and Loss". Br. J. Psychiatr. 130: 1-17.

BROWN, G.W.; HARRIS, T. (1978). Social Origins of Depression. A Study of Psychiatric Disorders in Women. Tavistock Publications. Londres.

BROWN, G.W. Y COLS. (1986). "Life Stress, Chronic Subclinical Symptoms and Vulnerability to Clinical Depression". Journal of Affective Disorders, 11: 1-19.

BROWN, G.W. Y COLS. (1987). "Life Events, Vulnerability and Onset of Depression: Some Refinements". Br. J. of Psychiatry. 150: 30-42.

BROWN, G.W. Y COLS. (1988). "Life Events, Difficulties and Recovery from Chronic Depression". Br. J. of Psychiatry. 152: 487-498.

BROWN, G.W. (1993). "Life events and affective disorder: replications and limitations". Psychosom. Med. 55 (3): 248-59.

BIBLIOGRAFIA

BRUCE, M.L.; KIM, K.M. (1992). "Differences in the effects of divorce on major depression in men and women". *Am. J. Psychiatry*. 149 (7): 914-7.

BRUGHA, T. Y COLS. (1987). "Social networks, social support and the type of depressive illness". *Acta psychiatr. Scand.* 76: 664-673.

BUENDIA VIDAL, J. (1993). "Estrés y Depresión" en *Estrés y Psicopatología*. Ed. Pirámide, S.A. Madrid.

BURIN, M. (1987a). "Educación, Trabajo y Salud Mental de las Mujeres" en *Estudios Sobre La Subjetividad Femenina*. Grupo Editor Latinoamericano S.R.L. Buenos Aires, Argentina.

BURIN, M. (1987b). "Reflexiones Sobre la Crisis de la Mediana Edad de las Mujeres" en *Estudios sobre la Subjetividad Femenina*. Grupo Editor Latinoamericano S.R.L. Buenos Aires, Argentina.

BURIN, M. Y COLS. (1990). *El Malestar de las Mujeres. La Tranquilidad Recetada*. Ed. Paidós. Argentina.

CACERES CARRASCO, J. (1993). *Problemas de Pareja*. Eudema, S.A. Madrid.

BIBLIOGRAFIA

CASCARDI, M. Y COLS. (1992). "Marital Aggression. Impact, injury, and health correlates for husbands and wives". *Arch. Intern. Med.*, Jun; 152 (6): 1178-84.

CASTILLA Y CORTAZAR, B. (1992). "La Diferencia entre Persona Masculina y Persona Femenina" en *Atlantida*; Vol III, 9 (Enero-Marzo) pag. 32-42.

CIVEIRA, J.M. Y COLS. (1988). "Diferencias Sintomatológicas en la Mujer Depresiva con Relación al Climaterio". *Psicopatología*, 8 (3): 183-196.

CLAYTON, P.J.; MARTEN, S.; DAVIS, M.A.; WOCHNIK, E. (1980). "Mood Disorder in Women Professionals". *Journal of Affective Disorders*, 2 , 37-46.

COCHRANE, R.; STOPES ROE, M. (1981). "Women, Marriage, Employment and Mental Health". *Br. J. Psychiat.*, 139, 373-381.

CONSOLI, S.M. (1992). "Inmunologie et Psychiatrie". *Rev. Prat. Apr.* 15; 42 (8): 997-1003.

COOKE, D.J.; GREENE, J.G. (1980). "Types of life events in relation symptoms at the climacterium". *J. of Psychos. Research.* 25: 5-11.

BIBLIOGRAFIA

COOKE,D.J.; HOLE,J.(1983). "The Aetiological Importance of Stressful life events". *Br. J. of Psychiat.* 143: 397-400.

COOPER,C.L.; MARSHALL,J. (1978). "Understanding Executive Stress". *MacMillan*.
Londres.

COOPER,C.L.(1983). "Identifying Stressors at Work: Recent Research Developments".
Journal of Psychos. Research, Vol 27 N° 5, 369-379.

CORIA,C.(1987). "La Dependencia Económica y la Salud Mental de las Mujeres" en
Estudios sobre la Subjetividad Femenina. Grupo Editor Latinoamericano S.R.L. Buenos
Aires, Argentina.

CORIA,C.(1989). "El Dinero Sexuado: Una Presencia Invisible" en *La Mujer y la Violencia
Invisible*. Editorial Sudamericana,S.A. Buenos Aires.

CORNELL,D.G.; MILDEN,R.S. Y SHIMP,S.(1985). "Stressful life events associated with
depression". *J. Nerv. Ment. Dis.*, 173: 470-476.

CORNEY,R.H.(1987). "Marital Problems and Treatment Outcome in Depressed Women. A
Clinical trial of Social Work Intervention". *Br. Journal of Psychiatry*, 151: 652-659.

BIBLIOGRAFIA

CRESON,G.; ROMITO,P.(1993) "*Ces mères qui ne font rien. La dévalorisation du travail des femmes*". *Nouvelles Questions Féministes. Rev. Intern. Francophone. Vol 14, N° 3.*

CROWTHER,J.H.(1985). "*The Relationship between Depression and Marital Maladjustment. A descriptive Study*". *The J. of Nervous and Mental Disease. 173 (4): 227-231.*

CUADRAS,C.M. Y COLS.(1984). *Fundamentos de estadística. Aportación a las ciencias humanas. PPU. Barcelona.*

CHECKLEY,S.(1992). "*Neuroendocrine mechanisms and the precipitation of depression by live events*". *Br. J. Psychiatry Suppl. Feb (15): 7-17.*

CHINCHILLA,A.Y COLS.(1989). "*Personalidad y Acontecimientos Vitales Desencadenantes en las Psicosis Afectivas*". *Actas Luso Esp. Neurol. Psiquiatr., 17 (4): 237-244.*

DEW,M.A.;BROMET,E.J.; PENKOWER,L.(1992). "*Mental health effects of job in women*". *Psychol.Med. Aug; 22(3): 751-64.*

DEXEUS,S.; FARRE,J.M.(1994). *La Mujer, su Cuerpo y su Mente. Ediciones Temas de Hoy. Madrid.*

BIBLIOGRAFIA

DIO BLEICHMAR,E.(1991). *La Depresión en la Mujer*. Ediciones Temas de Hoy, S.A. Madrid.

DOBSON,K.S. Y FRANCHE,R.L.(1993). "La práctica de la terapia cognitiva" en *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Siglo Veintiuno de España Editores, S.A. Madrid.

DOMAR,AD.; Y COLS.(1992). "The prevalence and predictability of depression in infertile women". *Fertil-Steril. Dec; 1158-63*.

DOWLING,C.(1982). *El Complejo de Cenicienta. El Miedo de las Mujeres a la Independencia*. Editorial Grijalbo.Barcelona.

DURAN,M.A.(1977). *Dominación, Sexo y Cambio Social*. Cuadernos para el Diálogo,S.A. Madrid.

DURAN,M.A.(1986). *La Jornada Interminable*. Icaria Editorial,S.A. Barcelona.

EICHER,W.(1978). *Sexualidad Normal y Patológica en la Mujer*. Ediciones Morata, S.A. Madrid.

BIBLIOGRAFIA

EISEMANN,M.(1984). "The availability of confiding persons for depressed patients". *Acta Psychiatr. Scand.* 70: 166-169.

EISEMANN,M.(1985). "Depressed patients and non-psychiatric controls: discriminant analysis on social environment variables". *Acta Psychiatr. Scand.* 71: 495-498.

ENDICOTT,J.(1993). "The menstrual cycle and mood disorders". *J. Affect. Disord.* Oct-Nov; 29 (2-3): 193-200.

EZQUIAGA, M.E. (1985). *Factores psicosociales en la etiopatogenia de la depresión.* Tesis Doctoral. Facultad de Medicina. Univ. Complutense de Madrid.

EZQUIAGA TERRAZAS,E.(1987). "Factores psicosociales y depresión" en *La depresión desde la perspectiva psicobiológica.* Jarpyo Editores.S.A. Madrid.

FERNANDEZ VILLANUEVA,M.C.(1989). "Dependencia Femenina e Independencia Masculina: ¿Deseo o Realidad?" en *Mujeres y Hombres en la Formación del Pensamiento Occidental. Actas de las VII Jornadas de Investigación Interdisciplinaria. Vol I.* Ed. Universidad Autónoma de Madrid.

FIRTH COZENS, J.(1993). "Mujeres Médicas" en *La Mujer en el Mundo del Trabajo.* Ediciones Morata S.L. Madrid.

BIBLIOGRAFIA

FOX KELLER,E.(1991). *Reflexiones sobre Género y Ciencia*. Edicions Alfons el Magnànim. Valencia.

FREUD,S.(1988). "Duelo y melancolía" en *Freud. Obras completas*. Edit. Orbis. Barcelona.

GALANTER,M.(1988). "Research on Social Supports and Mental Illness". *Am.J. Psychiatry* 145 (10): 1270-1272.

GALLERY,M.E.; Y COLS.(1992). "A study of occupational stress and depression among emergency physicians". *Ann. Emerg. Med. Jan; 21 (1) : 58-64*.

GARCIA IZQUIERDO,M.(1993). "El Estrés en Contextos Laborales: Efectos Psicológicos de los Nuevos Estresores". en *Estrés y Psicopatología*. Ediciones Pirámide S.A. Madrid.

GARNEFSKI,N. Y COLS.(1990). "The influence of early and recent life stress on severity of depression". *Acta Psychiatr. Scand.* 81: 295-301.

GÉRAUD,R.(1983). "Les Dysménorrhées" en *Gynécologie Psychosomatique*. Ed. Masson. París.

BIBLIOGRAFIA

GILLESPIE, BL. ; EISLER, RM. (1992). "Development of the feminine gender role stress scale. A cognitive-behavioral measure of stress, appraisal, and coping for women". *Behav. Modif. Jul; 16 (3): 426-38.*

GILLIS, J.S. (1992). "Stress, anxiety, and cognitive buffering". *Behav. Med. 18 (2): 79-83.*

GINER, J. Y COLS. (1988). "Papel de los sucesos vitales, apoyo y vulnerabilidad social en diversos subtipos de depresión". *Psicopatología, 8 (3): 167-176.*

GOLDBERG, E.L. Y COLS. (1985). "Depressive symptoms, social networks and social support of elderly women". *American Journal of Epidemiology. 121 (3): 448-448-456.*

GONZALEZ DURO, E. (1989). "Síndrome del Ama de Casa" en *Las Neurosis del Ama de Casa. EUDEMA. Madrid.*

GOOD, A. (1992). "*De Mujeres y Profesiones*". Editorial Letra Buena, S.A. Buenos Aires. Argentina.

CORNELL, D.G. Y COLS. (1985). "Stressful life events associated with endogenous depression". *J. of Nervous and Mental Disease. 173 (8): 106-112.*

BIBLIOGRAFIA

GOVE, W.R.; TUDOR, J.F. (1979). "Roles sexuales adultos y enfermedad mental" en *Mujer, locura y feminismo*. Ed. Dédalo. Madrid.

GRANT, I. Y COLS. (1981). "Quality of life events in relation to psychiatric symptoms". *Arch. Gen. Psychiatry*. 38: 335-339.

GRANT, I. Y COLS. (1982). "Life Events and Symptoms". *Arch. Gen. Psychiatry*. 39: 598-605.

GUREJE, O. (1986). "Social Factors and Depression in Nigerian women". *Acta Psychiatr. Scand.* 74 : 392-395.

HÄLLSTRÖM, T. (1986). "Social origins of major depression: the rôle of provoking agents and vulnerability factors". *Acta Psychiatr. Scand.* 73: 382-389.

HÄLLSTRÖM, T. (1987). "Major depression, parental mental disorder and early family relationships". *Acta Psychiatr. Scand.* 75:259-263.

HAMMARBACK, S. Y COLS. (1985). "Cyclical Mood Changes as in the Premenstrual Tension Syndrome During Sequential Estrogen-Progestagen Postmenopausal Replacement Therapy". *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 64, 393-397.

BIBLIOGRAFIA

HAMMEN,C.(1992). "Life events and depression: the plot thickens". *Am. J. Community Psychol.* 20 (2): 179-93.

HARDY,P.; GORWOOD,P.(1993). "Poids des evenements de la vie dans l'évolution des depressions". *Encephale.* Aug; 19 (3): 481-9.

HARVEY,S.M.(1986). "Female sexual behavior: Fluctuations during the menstrual cycle". *J. Psychos. Research.* 31 (1) : 101-110.

HIRSCHFERLD,R.Y COLS.(1983). "Personality and Depression". *Arch. Gen. Psychiatry.* Vol 40: 993-998.

HIRSCHFELD,R.Y COLS.(1984). "Personality and Gender-Related Differences in Depression". *J. of Afect. Disord.,* 7: 211-221.

HODEL,H.; GROB,P.J.(1993). "Psyche and inmunity. A selecte literature study of psychoneuroinmunology in healthy persons". *Schweiz Med. Wochenschr.* Dec 11; 123 (49): 2323-41.

HOLMES,T.H.; RAHE,R.(1967). "The social readjustment rating scale". *J. Psychosom. Res.* 11: 213-218.

BIBLIOGRAFIA

HOLMLUND,U.(1992). "Psychogenic needs and psychiatric symptoms in young Swedish women". *Br. J. Med. Psychol. Mar*; 65 (1) : 27-38.

HUERTA FRANCO,MR.; MALACARA,JM.(1993). "Association of physical and emotional symptoms with the menstrual cycle and life-style". *J. Reprod. Med. Jun*; 38 (6): 448-54.

HUGUES,M. Y COLS.(1978). *Segmentación y Tipología*. Saltés. Madrid.

INSTITUTO DE LA MUJER (1991). *Violencia Contra la Mujer*. Secretaria General Técnica del Ministerio del Interior. Subdirección General de Estudios. Madrid.

ILFELD Jr.,F.W.(1980). "Understanding marital stressors.The importance of coping style". *J. Nervous and Mental Disease*. 168 (6): 375-381.

ISHERWOOD,J. Y COLS.(1981). "Live events stress, psychosocial factors, suicide attempt and auto-accident proclivity". *J. of Psychos. Research*. 26 (3): 371-383.

IZQUIERDO,M.J.(1985). *Las,los,les (lis,lus)*. *El sistema sexo/género y la mujer como sujeto de transformación social*. Cuadernos Inacabados 4. LaSal, edicions de les dones, Barcelona.

BIBLIOGRAFIA

JACKSON,S.W.(1989). *Historia de la melancolía y la depresión. Desde los tiempos hipocráticos a la época moderna.* Turner. Madrid.

JADRESIC,E.; JARA,C.; ARAYA,R. (1993). "Depression in Pregnancy and Puerperium: study of risk factors". *Acta Psiquiatr.Psicol. Am.Lat. Mar;* 39 (1): 63-74.

JAHODA,M.(1987). *Empleo y Desempleo: Un Análisis Socio-Psicológico.* Ediciones Morata, S.A. Madrid.

KAPLAN,H.S.(1984). *La Nueva Terapia Sexual. Tomo II.* Alianza Editorial. Madrid.

KAPLAN,G.A. Y COLS.(1987). "Psychosocial Predictors of Depression. Prospective Evidence from the Human Population Laboratory Studies". *Am.J. of Epidem. Vol 125 (2):* 206-220.

KENDLER,K.S.Y COLS.(1992). "Childhood parental loss and adult psychopathology in women". *Arch. Gen. Psychiatr. 49 (2):* 109-16.

KENDLER,K.S. Y COLS.(1993a). "The prediction of major depression in women: toward an integrated etiologic model". *Am. J. Psychiatry. Aug;* 150 (8): 1139-48.

KENDLER,K.S. Y COLS.(1993b). "A Longitudinal Twin Study of Personality and Mayor Depression in Women". *Arch. Gen. Psychiatry. Nov;* 50 (11): 853-62.

BIBLIOGRAFIA

KOLB,L.C.(1976). *Psiquiatría Clínica. Interamericana. Rio de Janeiro.*

KUCZMIERCZYK, AR.; LABRUM,AH.; JOHNSON,CC. (1992) "Perception of family and work environments in women with premenstrual syndrome". *J. Psychosom. Res. Dec; 36 (8) : 787-95.*

KUMAR,R.; Y COLS.(1993). "Neuroendocrine and psychosocial mechanisms in postpartum psychosis". *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry. Jul; 17 (4): 571-9.*

KUNUGI,H.(1993). "Depressive disorder following personnel change its clinical features, situational factors antecedent to recovery and treatment". *S. S. Zasshi. 95 (4): 325-42.*

LANGER,M.(1985). *Maternidad y Sexo. Editorial Paidós. Barcelona.*

LEE,KA.; RITTENHOUSE,CA.(1991). "Prevalence of perimenstrual symptoms in employed women". *Women Health. 17 (3): 17-32*

LEWIS,A.J.(1934). "Melancholia. A clinical survey of depression state". *J. Mental Sci. ,80: 177-378.*

LOPEZ-IBOR ALIÑO,J.J.; RUIZ OGARA,C. Y BARCIA SALORIO,D.(1982). *Psiquiatría. Tomo II. Toray. Barcelona.*

BIBLIOGRAFIA

LORA,A.; FAVA,E.(1992). "Provoking agents, vulnerability factors and depression in an Italian setting: a replication of Brown and Harris 's model". *J. Affect. Disorders.* 24 (4): 227-35.

MAE KELLY,R.(1991). *The Gendered Economy. Work, Careers and Success.* Sage Publications. London.

MARAÑON,G.(1937). *El climaterio de la mujer y del hombre.* Editorial Espasa Calpe. Madrid.

MARTIN DEL MORAL,M.(1989). *Determinación cuantitativa de aspectos clínicos de la enfermedad depresiva mediante la aplicación del Cet-De.* Tesis Doctoral. Ed. Universidad Complutense. Madrid.

MARTINEZ ARIAS,R. Y COLS.(1984). *Psicología Matemática II. Tomo I.* UNED. Madrid.

MAS HESSE,J.; CABRERA,C.(1993). "Síndrome del Ama de Casa" en *Mujer y Salud Mental.* Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid.

MAS HESSE,J.; TESORO AMATE,A. (1993). "Prólogo" en *Mujer y Salud Mental.* Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid.

BIBLIOGRAFIA

MAS HESSE,J.; DESVIAT,M.; CABRERA,C.(1993). "Diferencia de morbilidad psiquiátrica entre géneros" en *Mujer y Salud Mental*. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid.

MATRAJT,M.; ARBETMAN,M.(1990). "La Condición de la Mujer, el Proceso de Trabajo y la Salud Mental". *Fem*; 86 pag. 15-24.

MATTHEWS,KA.(1992). "Myths and Realities of the menopause". *Psychosom. Med. Jan-Feb*; 54 (1): 1-9.

MATUSSEK,P.; WIEGAND,M.(1985). "Partnership problems as causes of endogenous and neurotic depressions". *Acta Psychiatr. Scand.* 71: 95-104.

MAYER-GROSS,W.; SLATER,E. Y ROTH,M.(1972). *Psiquiatría Clínica. Tomo I*. Mestre Jou, São Paulo.

McNAUGHTON,M.E. Y COLS.(1992). "The relationship of life adversity, social support, and coping to hospitalization with major depression". *J. Nerv. Ment. Diseases.* 180 (8): 491-497.

McNEIL,T.F.Y COLS.(1988). "A prospective study of postpartum psychoses in a high-risk group". *Acta Psychiatr. Scand.* 78: 613-617.

BIBLIOGRAFIA

MERIKANGAS, K.R. (1984). "Divorce and Assortative Mating Among Depressed Patients". *Am. J. Psychiatry* 141 (1): 74-76.

MERIKANGAS, K.R. Y COLS. (1985). "Marital Adjustment in Major Depression". *J. of Affect. Disor.* 9: 5-11.

MILLON, T.; EVERLY, Jr. G. (1994). *La personalidad y sus Trastornos*. Ediciones Martinez Roca. Barcelona.

MINISTERIO DEL INTERIOR. (1991). *Violencia Contra la Mujer*. Ed. Secretaría General del Ministerio del Interior.

MINISTERIO DEL INTERIOR. DIRECCION GENERAL DE LA POLICIA (1994). *Denuncias por Malos Tratos de Maridos a sus Esposas*. Ed. Ministerio del Interior.

MONROE, S.M. (1982). "Assessment of Life Events". *Arch. Gen. Psychiatry*. 39: 606-610.

MONROE, S.M. Y COLS. (1992). "Life stress and treatment course of recurrent depression: Response during index episode". *J. Consult. Clin. Psychol.* 60 (5): 718-24.

BIBLIOGRAFIA

MONTAÑES SERRANO, M. (1994). "Trabajo versus empleo. Hacia la elaboración de categorías socioestadísticas desde una perspectiva universal" en *El trabajo desde una perspectiva de género*. Comunidad de Madrid, Dirección General de la Mujer.

MORERA, A. Y COLS. (1986). "Reactividad al estrés: descripción de un nuevo factor de vulnerabilidad para la depresión". *Rev. Depto. Psiquiatría Facultad de Medicina de Barcelona*, 13 (5): 217-222.

MORTOLA, J.F. (1992). "Issues in the diagnosis and research of premenstrual syndrome". *Clin. Obstet. Gynecol. Sep*; 35 (3): 587-98.

MURPHY, E.; BROWN, G.W. (1980). "Life Events, Psychiatric Disturbance and Physical Illness". *Br. J. Psychiat.* 136: 326-338.

MURPHY, J.M. Y COLS. (1988). "Incidencia of depression and anxiety: the Stirling County study". *Am. J. Public Health*, 78: 534-540.

MURUAGA, S. (1987). *Análisis y Prevención de la Depresión Posparto*. Instituto de la Mujer. Serie " Estudios ". Madrid.

NANKO, S.; DEMURA, S. (1993). "Life Events and depression in Japan". *Acta Psychiatr. Scand.* 87 (3): 184-7.

BIBLIOGRAFIA

NDETEI,D.M.; VADHER,A.(1984). "Life events occurring before and after onset of depression in a kenyan setting any significance ?". *Acta Psychiatr. Scand.* 69: 327-332.

NIE,N. Y COLS.(1975). *Statistical package for social sciences.* McGraw Hill. New York.

O'NEIL,M.K. Y COLS.(1986). "Psychosocial factors and depressive symptoms". *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1(174): 15-23.

O'NEIL,M.K. Y COLS.(1987). "Loss and Depression. A Controversial Link". *The J. of Nerv. and Mental Disease.* 175 (5): 354-357.

ORTS POVEDA,P.; DOMINGUEZ BILBAO,R.; MOYA SEGURA I.(1989). "El Motivo del Logro en Roles Masculino y Femenino" en *Mujeres y Hombres en la Formación del Pensamiento Occidental. Actas de las VII Jornadas de Investigación Interdisciplinaria.* Vol.I. Ed. Univ. Autónoma de Madrid.

OTERO,A.(1990). "El Síndrome Premenstrual" en *Trastornos Afectivos: Ansiedad y Depresión.* Salvat Editores, S.A. Barcelona.

OZAMIZ, J.A. (1988). "Comunidad, Redes Sociales y Salud Pública" en *Psicosociología de la Salud Mental.* Ediciones Marina. San Sebastián.

BIBLIOGRAFIA

PALINKAS,LA.; BARRET,E.(1992). "Estrogen use and depressive symptoms in postmenopausal women". *Obstet. Gynecol; Jul, 80 (1): 30-6.*

PARKER,G.B.; BROWN,L.B.(1982). "Coping Behaviors that Mediate Between Life Events and Depression". *Arch. Gen. Psychiatry. 39: 1386-1391.*

PARRY,G.; SHAPIRO,D.A.(1986). "Social Support and Life Events in Working Class Women". *Arch. Gen. Psychiatry, Vol 43, April, 315-323.*

PAYKEL,E.D.Y COLS.(1969). "Life events and depression: a controlled study". *Arch. Gen. Psychiatry. 21: 753-760.*

PAYKEL,E.S.(1983). "Methodological Aspects of Life Evenst Research". *J. of Psychosom. Research. 27 (5): 341-352.*

PAYKEL,E.S.(1985). "Sucesos críticos y entorno del paciente durante la infancia" en *Psicopatología de los Trastornos Afectivos. Ed. Pirámide S.A. Madrid.*

PEIRÓ,J.M.(1993). *Desencadenantes del Estrés Laboral. Ediciones de la Universidad Complutense S.A. Madrid.*

BIBLIOGRAFIA

PELICIER, Y. (1993). "El Estrés Psicosocial y sus Consecuencias" en *Estrés y Psicopatología*. Coordinado por BUENDIA VIDAL, J.; Ediciones Pirámide. Madrid.

PENKOWER, L. Y COLS. (1988). "Husbands' Layoff and Wives' Mental Health". *Arch. Gen. Psychiatry*. Vol. 45: 994-1000.

PERRIS, H. (1984a). "Life events and personality characteristics in depression". *Acta psychiatr. Scand.*, 69 : 350-358.

PERRIS, H. (1984b). "Life events and depression. Part 2. Results in diagnostic subgroups, and in Relation to the recurrence of depression". *J. of Affective Disorders*. 7: 25-36.

PINEL, P. (1988). *Tratado médico-filosófico de la enagenación mental o manía*. Nieva. Madrid.

PITT, B. (1985). "Depresión y Nacimiento" en *Psicopatología de los Trastornos Afectivos*. Ediciones Pirámide, S.A. Madrid.

POAL MARCET, G. (1993). *Entrar, Quedarse, Avanzar. Aspectos psicosociales de la relación mujer-mundo laboral*. Siglo XXI de España Editores S.A. Madrid.

BIBLIOGRAFIA

RAGINS,B.R.; SUNDSTROM,E.(1989). "Gender and Power in Organizations: A Longitudinal Perspective". *Psychological Bulletin*. Vol 105, N° 1, 51-88.

RAMOS,J.A.; FERNANDEZ,J.(1987). "Nuevas Perspectivas en la bioquímica de las depresiones" en *La Depresión Desde la Perspectiva Psicobiológica*. Jarpyo Editores, S.A. Madrid.

RAMOS TORRE,R.(1990). *Cronos Dividido. Uso del Tiempo y Desigualdad entre mujeres y hombres en España*. Instituto de la Mujer. Madrid.

RAMOS TORRE,R.(1994). "El Trabajo de la Mujer desde la perspectiva del uso del tiempo" en *El Trabajo desde una Perspectiva de Género*. Comunidad de Madrid. Dirección General de la Mujer.

RICHMAN,J. Y COLS.(1985). "Coping and Depression. The Relative Contribution of Internal and External Resources during a Life Cycle". *Journal of Nervous and Mental Disease*, 173 (10): 590-595.

RODRIGUEZ,A.,MATEOS,R.,SALAZAR,I.(1988). "Psicopatología del Ama de Casa". *Psicopatología*, 8, 2 (115-120).

BIBLIOGRAFIA

RODRIGUEZ VEGA,B. Y COLS.(1993). "Parental rearing and intimate relations in women´s depression". *Acta Psychiatr. Scand.* 88 (3): 193-7.

ROHDE,A. Y COLS.(1992). "Incidence and type of premenstrual symptoms in relation to experienced infertility: a comparative study". *Geburtshilfe Frauenheilkd.* May; 52 (5): 291-6.

ROMO,J.(1992). "La Salud Mental del Ama de Casa. El Desarrollo Personal" en *El Ama de Casa Hoy*. EROSKI LIBROS. Bilbao.

ROSENZWEIG,M.R.; LEIMAN,A.I.(1992). *Psicología Fisiológica. Segunda Edición.* Interamericana de España,S.A. Madrid.

ROUILLON,F.Y COLS.(1992). "Folates and postpartum depression". *J. Affect. Disord.* Aug. 25 (4): 235-41.

ROY,A.(1978). "Vulnerability factors and depression in women". *Br.J. Psychiatry.* 133: 106-110.

ROY,A.(1981a). "Risk Factors and Depression in Canadian Women". *J. of Affect. Disord.* 3: 65-70.

BIBLIOGRAFIA

ROY,A.; PHILL,M.(1981). "Specificity of Risk Factors for Depression". *Am. J. Psychiat.* 138 (7): 959-961.

ROY,A.(1981b). "Vulnerability factors and depression in men". *Br. J. Psychiatry.* 138: 75-77.

ROY,A. Y COLS.(1985). "Life Events in Depression. Relationship to Subtypes". *J. or Affect. Disorders.* 9: 143-148.

ROY,A.(1987). "Five Risk Factors for Depression". *Br. J. of Psychiatry.* 150: 536-541.

ROY,A.(1993). "Genetic and Biologic Risk Factors for Suicide in Depressive Disorders". *Psychiatr.Q. Winter;* 64 (4): 345-58.

ROY-BYRNE,P. Y COLS.(1987). "Life evenst obtained via interview: the effect of time of recall on data obtained in controls and patients with panic disorder". *J. of Affect. Disorders.* 12: 57-62.

RUIZ CABALLERO,J.A.(1991). *Introducción al estudio de la depresión desde la perspectiva del procesamiento de la información: teoría, evidencia empírica e implicaciones clínicas.* Cuadernos de la UNED. Madrid.

BIBLIOGRAFIA

RUST,J. Y COLS.(1988). "Marital Problems and Sexual Dysfunction: How Are The Related?".

Br. Journal of Psychiatry, 152: 629-631.

SAEZ BUENAVENTURA,C.(1986). "Grupos de Terapia de Orientación Feminista para Amas de Casa con Depresión". *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría*. Vol VI. Nº. 16.

SAEZ BUENAVENTURA,C.(1993). *¿ La Liberación Era Esto ?*. Ediciones Temas de Hoy, S.A. Madrid.

SALLE,M.A.; CASAS,J.I. (1986). "Análisis de la Población Activa Femenina" en *Efectos de la Crisis Económica sobre el Trabajo de las Mujeres*. Serie Estudios 5. Ministerio de Cultura. Instituto de la Mujer. Madrid.

SAMUELSSON,S.(1982). "Live Events and Mental Disorder in an Urban Female Population". *Acta Psychiat. Scand. Suppl.* 299, 65: 1-76.

SANCHEZ PERRUCA,L. Y COLS.(1988). "Estudio Epidemiológico y Clínico del Síndrome Depresivo en la Edad Geriátrica". *Rev. Esp. Geriat. y Geront.*, 23 (1): 13-17.

SAU,V.(1986). *Ser Mujer: el Fin de una Imagen Tradicional*.ICARIA Editorial,S.A. Barcelona.

BIBLIOGRAFIA

SIMONS,A.D. Y COLS.(1993). "Cognition and life stress in depression: cognitive factors and the definition, rating, and generation of negative life events". *J. Abnorm. Psycho.* 102 (4): 584-91.

SNAPP, M.B.(1992). "Occupational stress, social support, and depression among black and white professional-managerial women" . *Women Health; 18 (1): 41-79.*

STEINER,M.(1992). "Female specific mood disorders". *Clin. Obstet. Gynecol. Sep;* 35 (3): 599-611.

STEINER,B. Y COLS.(1992). "Psychosocial factors and follow-up of depressive disease". *Schweiz Arch. Neurol. Psychiatr.* 143 (6): 507-24.

STEWART,DE.; BOYDELL,KM.(1993). "Psychologic distress during menopause: associations across the reproductive life cycle". *Int. J. Psychiatry. Med;* 23 (2): 157-62.

SUBIRATS,M.(1978). "Entorn de la Discriminació Sexista a L'escola" en *Papers, Revista de Sociología, nº 9.* Universidad Autónoma de Barcelona.

SUTHERLAND,V.J.; COOPER,C.L.(1992). "Job stress, satisfaction, and mental health among general practitioners before and after introduction of new contract". *B.M. Journal.* Jun 13; 304 (6841): 1545-8.

BIBLIOGRAFIA

SUTTER,A.L.; BOURGEOIS,M.(1994). "Emotional and psychiatric postpartum complications". *Contracept. Fertil. Sex. Jan*; 22 (1): 61-4.

TELLEMBACH,H.(1976). *La Melancolía*. Ediciones Morata. Madrid.

TYLER,L.(1973). *Psicología de las Diferencias Humanas*. Ediciones Marova.Madrid.

USOBIAGA SAYES,I.(1988). "Al Doblar la Esquina. La Mujer de 50 Años, Relato de un Abordaje Terapéutico" en *Psicología de la Mujer y Calidad de Vida*. Ministerio de Asuntos Sociales.Madrid.

VADHER,A.; NDETEI,D.M.(1981). "Life Events and Depression in a Kenyan Setting". *Br.J. Psychiat.* 139: 134-137.

VEIEL,H.O. Y COLS.(1992). "Psychosocial correlates of clinical depression after psychiatric in-patient treatment: methodological issues and baseline differences between recovered and non-recovered patients". *Psychol. Med.* 22 (2): 415-27.

VIINAMAKI,H.Y COLS.(1993). "Unemployment and mental wellbeing: a factory closure study in Finland". *Acta Psychiatr Scand.* Dec; 88 (6) : 429-33.

BIBLIOGRAFIA

VILHJALMSSON,R.(1993). "Life stress, social support and clinical depression: a reanalysis of the literature". *Soc. Sci. Med.* 37 (3): 331-42.

VIOLANTE,M.; MARTINEZ QUINTANA.(1992). *Mujer, Trabajo y Maternidad. Problemas y Alternativas de las Madres que Trabajan.* Instituto de la Mujer. Madrid.

WARIN,E.M. Y PATTON D.(1984). "Marital Intimacy and Depression". *Br. Journal of Psychiatry*, 145: 641-644.

WELNER,A.Y COLS.(1979). "Psychiatric Disorders Among Professional Women". *Arch. Gen. Psychiatry.* vol 36, Feb. 169-173.

WHIFFEN,VE.; GOTLIB,IH.(1993). "Comparison of postpartum and nonpostpartum depression: clinical presentation, psychiatric history, and psychosocial functioning" . *J. Consult. Clin. Psycho. Jun;* 61 (3): 485-94.

WILHELM,K.; PARKER,G.(1993). "Sex differences in depressiogenic risk factors and coping strategies in a socially homogeneous group". *Acta Psychiatr. Scand.* 88 (3): 205-11.

WILSON,S.H.; WALKER,G.M.(1993). "Unemployment and health: a review". *Public Health.* May; 107 (3) : 153-62.

BIBLIOGRAFIA

WINOKUR,G.(1973). "*Depression in the Menopause*". *Am.J. Psychiat.* 130: 92-93.

WINOKUR,G.(1985). "*The validity of neurotic-reactive depression*". *Arch. Gen. Psychiatry*, 42: 1116-1122.

ZAMBRANA,R.E.; HURST,M.; HITE,R.L.(1979). "*The Working Mother in Contemporary Perspective: A Review of the Literature*". *Pediatrics*. Vol.64 N° 6 December.

ZAPPERT,L.T.; WEINSTEIN,H.M.(1985). "*Sex Differences in the Impact of Work on Physical and Psychological Health*". *Am J Psychiatry* 142: 1174-1178.

ZERSSEN,D.(1985). "*Personalidad y Desórdenes Afectivos*" en *Psicopatología de los Trastornos Afectivos*. Ediciones Pirámide,S.A. Madrid.

ZIMMERMAN,M. Y COLS.(1988). "*Past Loss as a symptom formation factor in depression*". *J. of Affect. Disord.* 14: 235-237.

A N E X O

ANEXO I

CUESTIONARIO SOCIODEMOGRAFICO

Nombre.....

Dirección..... Teléfono.....

Nº de caso..... Nº de ficha.....

1. Tipo de muestra:

- 1. depresiva
- 2. otras patologías
- 3. sanas

2. Diagnóstico CIE-9.....

3. Nº episodio depresivo actual.....

4. Nº meses del inicio del actual episodio depresivo.....

5. Nº meses que permaneció asintomática desde el último episodio depresivo.....

6. Edad actual.....

7. Estado civil:

- 1. no contesta 2. casada/vive en pareja
- 3. soltera 4. viuda 5. divorciada/separada

8. Años que permaneció o está casada.....

9. Años de separación o viudedad.....

10. Lugar de nacimiento:

- 1. no contesta 2. pobl. con menos de 1.000 hab.
- 3. pobl. 1.000-10.000 hab. 4. pobl. 10.000-50.000 hab.

5. pobl. 50.000-250.000 hab. 6. pobl. de 250.000-500.000 hab.

7. pobl. más de 500.000 hab. 8. Madrid capital

11. Lugar de residencia:

1. no contesta 2. pobl. menor de 1.000 hab.

2. pobl. mayor de 10.000 hab. 4. Madrid casco antiguo

5. Madrid barrio residencial 6. Madrid barrio periférico

7. Madrid barrio dormitorio 8. provincias

12. Nº de años de educación escolar recibida.....

13. Grado máximo de educación escolar alcanzado:

1. no contesta 2. analfabeta

3. leer y escribir 4. primaria

5. BUP/COU/Bach. superior 6. carrera media/univ.incompleta

7. título superior 8. otros estudios

14. Profesión u ocupación:

1. no contesta 2. ama de casa

3. asalariado no cualificado 4. asalariado cualificado

5. técnico medio 6. técnico superior

7. profesión liberal 8. peq/medio propietario

9. estudiante

15. Actividad actual:

1. no contesta 2. activo

3. paro primario 4. paro secundario

5. jubilado por enfermedad 6. jubilado por edad

7. incap. laboral transitoria 8. ama de casa

9. estudiante

16 Ingresos familiares mensuales en pesetas:

- | | |
|------------------------|------------------------|
| 1. no contesta | 2. menos de 50.000 |
| 3. entre 51 y 100.000 | 4. entre 101 y 150.000 |
| 5. entre 151 y 200.000 | 6. entre 201 y 300.000 |
| 7. más de 301.000 | |

17. Nº de hijos.....

18. Nº de personas en el hogar.....

19. Nº de hijos menores de 14 años en el hogar.....

Fecha de la entrevista.....

Entrevistador.....

ANEXO II

ASPECTOS PSIQUIATRICOS DE LA CONSTELACION FAMILIAR

Nombre.....Teléfono.....

Nº de caso.....Nº de ficha.....

1. Tipo de muestra:

- 1. depresiva
- 2. otras patologías
- 3. sanas

2. Padre:

- | | |
|----------------------------|---------------------|
| 1. no contesta/no sabe | 2. depresión |
| 3. depresión + manía | 4. esquizofrenia |
| 5. neurosis | 6. alcoholismo |
| 7. otras drogodependencias | 8. intento suicidio |
| 9. ninguna | |

3. Madre:

- | | |
|----------------------------|---------------------|
| 1. no contesta/no sabe | 2. depresión |
| 3. depresión + manía | 4. esquizofrenia |
| 5. neurosis | 6. alcoholismo |
| 7. otras drogodependencias | 8. intento suicidio |
| 9. ninguna | |

4. Hermano/a:

- | | |
|----------------------------|---------------------|
| 1. no contesta/no sabe | 2. depresión |
| 3. depresión + manía | 4. esquizofrenia |
| 5. neurosis | 6. alcoholismo |
| 7. otras drogodependencias | 8. intento suicidio |
| 9. ninguna | |

5. Otro pariente de primer grado:

- | | |
|----------------------------|---------------------|
| 1. no contesta/no sabe | 2. depresión |
| 3. depresión + manía | 4. esquizofrenia |
| 5. neurosis | 6. alcoholismo |
| 7. otras drogodependencias | 8. intento suicidio |
| 9. ninguna | |

6. Pareja:

- | | |
|----------------------------|---------------------|
| 1. no contesta/no sabe | 2. depresión |
| 3. depresión + manía | 4. esquizofrenia |
| 5. neurosis | 6. alcoholismo |
| 7. otras drogodependencias | 8. intento suicidio |
| 9. ninguna | |

7. Hijo/s:

- | | |
|----------------------------|---------------------|
| 1. no contesta/no sabe | 2. depresión |
| 3. depresión + manía | 4. esquizofrenia |
| 5. neurosis | 6. alcoholismo |
| 7. otras drogodependencias | 8. intento suicidio |
| 9. ninguna | |

8. Histerectomía:

- | | | |
|----------------|-------|-------|
| 1. no contesta | 2. si | 3. no |
|----------------|-------|-------|

9. Años de histerectomizada.....

10. Utilización actual de anticonceptivos orales o durante 3 meses consecutivos en los 6 meses anteriores

al presente episodio depresivo o de la enfermedad considerada:

- | | |
|------------------------------|-------|
| 1. no contesta/no se acuerda | 2. si |
| 3. no | |

Fecha entrevista.....

Entrevistador.....

ANEXO III

GUIÓN DE LA ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA

Nombre..... Teléfono.....

Nº de caso..... Nº de ficha.....

I. SITUACIONES CRÓNICAS FAMILIARES

1. Disponibilidad de dinero igual a la pareja:

- | | |
|----------------|----------------------------|
| 1. no contesta | 2. no |
| 3. si | 4. entrevistada sin pareja |

2. Existencia de comunicación con el compañero sobre temas no domésticos:

- | | |
|----------------------------|-------|
| 1. no contesta | 2. no |
| 3. algunas veces | 4. si |
| 5. entrevistada sin pareja | |

3. Compartir tareas del hogar con el compañero:

- | | |
|----------------------------|-------|
| 1. no contesta | 2. no |
| 3. algunas veces | 4. si |
| 5. entrevistada sin pareja | |

4. Compartir los problemas con el compañero:

- | | |
|-------------------------------|--------------------------------------|
| 1. no contesta | 2. no |
| 3. algunas veces | 4. si, pero no se sentía comprendida |
| 5. si y se sentía comprendida | 6. entrevistada sin pareja |

5. Existencia de malos tratos psíquicos o físicos por parte del compañero:

- | | |
|----------------------------|------------------|
| 1. no contesta | 2. nunca |
| 3. algunas veces | 4. habitualmente |
| 5. entrevistada sin pareja | |

6. Compartir gustos/aficiones con el compañero:

- | | |
|----------------------------|------------|
| 1. no contesta | 2. no |
| 3. algunas veces | 4. siempre |
| 5. entrevistada sin pareja | |

7. Relación afectiva con el compañero gratificante:

- | | |
|----------------------------|-------|
| 1. no contesta | 2. no |
| 3. algunas veces | 4. si |
| 5. entrevistada sin pareja | |

8. Relación de confianza con el compañero:

- | | |
|----------------------------|------------|
| 1. no contesta | 2. ninguna |
| 3. regular | 4. mucha |
| 5. entrevistada sin pareja | |

9. Relación conflictiva con el compañero:

- | | |
|----------------|----------------------------|
| 1. no contesta | 2. no |
| 3. si | 4. entrevistada sin pareja |

10. Compartir la toma de decisiones con el compañero:

- | | |
|----------------------------|------------|
| 1. no contesta | 2. nunca |
| 3. a veces | 4. siempre |
| 5. entrevistada sin pareja | |

11. Presencia de disfunciones sexuales en la pareja:

- | | |
|------------------------------------|-----------------------------|
| 1. no contesta | 2. no |
| 3. dispareunia | 4. vaginismo |
| 5. anorgasmia | 6. inhibición del deseo |
| 7. disfunción sexual del compañero | 8. varios de los anteriores |
| 9. no mantiene relaciones sexuales | |

12. ¿ Le afectó este problema ?:

- | | |
|----------------------|----------------------------|
| 1. no contesta | 2. no le afectó |
| 3. le afectó algo | 4. le afectó mucho |
| 5. no tuvo problemas | 6. entrevistada sin pareja |

13. Presencia de patología psíquica o física en el compañero:

- | | |
|-----------------------|-----------------------------|
| 1. no contesta | 2. compañero sin problemas |
| 3. alcoholismo | 4. otras drogodependencias |
| 5. ludomanía | 6. varios de los anteriores |
| 7. otras enfermedades | 8. entrevistada sin pareja |

14. Presencia de familiar enfermo o mayor dependiente de la mujer:

- | | |
|----------------|-------|
| 1. no contesta | 2. no |
| 3. si | |

15. Ayuda en el cuidado de los hijos:

- | | |
|-------------------|-------|
| 1. no contesta | 2. no |
| 3. algunas veces | 4. si |
| 5. no tiene hijos | |

16. Ayuda del compañero en el cuidado de los hijos:

- | | |
|---------------------------|-------|
| 1. no contesta | 2. no |
| 3. algunas veces | 4. si |
| 5. entrevistada sin hijos | |

17. Motivo de no tener hijos:

- | | |
|---|-------------------------------|
| 1. no contesta | 2. no tiene pareja |
| 3. por esterilidad suya o del compañero | 4. por infertilidad |
| 5. por decisión personal | 6. por decisión del compañero |
| 7. por decisión compartida de la pareja | 8. entrevista con hijos |

18. ¿ Le ha afectado no tener hijos ?:

- | | |
|---------------------------|--------------------|
| 1. no contesta | 2. no le afectó |
| 3. le afectó algo | 4. le afectó mucho |
| 5. entrevistada con hijos | |

19. La separación o divorcio:

- | | |
|--|----------------------------------|
| 1. no contesta | 2. no está separada o divorciada |
| 3. fué una decisión suya y le afectó positivamente | |
| 4. fué una decisión suya y le afectó negativamente | |
| 5. fué una decisión compartida con la pareja y le afectó positivamente | |
| 6. fué una decisión compartida con la pareja y le afectó negativamente | |
| 7. fué una decisión del compañero y le afectó negativamente | |

II. SITUACIONES CRONICAS LABORALES

1. Motivos del trabajo extradoméstico:

- | | |
|--|---------------------------------------|
| 1. no contesta | 2. opción personal |
| 3. ser económicamente la única responsable del hogar | |
| 4. compañero en situación de desempleo | 5. colaborar con la economía familiar |
| 6. no ha trabajado fuera del hogar | 7. otras causas |

2. Satisfacciones obtenidas por el trabajo extradoméstico:

- | | |
|-----------------|------------------------------------|
| 1. no contesta | 2. económicas |
| 3. relacionales | 4. realización personal |
| 5. otras | 6. varias |
| 7. ninguna | 8. no ha trabajado fuera del hogar |

3. ¿ Le gustaba su trabajo extradoméstico en el periodo considerado ?:

- | | |
|---|-------------------------------------|
| 1. no contesta | 2. no, pero no sabe hacer otra cosa |
| 3. no, pero lo realiza porque no encuentra otro trabajo | |
| 4. si | 5. no ha trabajado fuera del hogar |

4. Motivos por los que no ha trabajado fuera del hogar:

1. no contesta
2. trabaja fuera del hogar
3. no quería realizar trabajo extradoméstico
4. no quería su pareja que trabajara
5. fué una decisión compartida con el compañero
6. no encontró trabajo
7. no tenía preparación para realizar el trabajo que le gustaba
8. otras causas

5. Situaciones derivadas del desempleo:

1. no contesta
2. no ha estado en situación de desempleo
3. dificultades económicas
4. frustración personal
5. varias
6. ninguna

6. ¿ Dejó el trabajo extradoméstico por matrimonio o maternidad ?:

1. no contesta
2. no, siguió trabajando
3. si, por decisión personal
4. por exigencia del compañero
5. por no tener ayuda con los hijos
6. por decisión compartida con el compañero
7. no trabajaba anteriormente
8. no tiene hijos/no está casada

7. ¿ Le afectó dejar el trabajo por matrimonio o maternidad ?:

1. no contesta
2. no lo dejó
3. no le afectó
4. si le afectó
5. no trabajaba anteriormente
6. no tiene hijos/ no está casada

8. Sensación de sobrecarga por doble jornada:

1. no contesta
2. no ha trabajado fuera del hogar
3. si
4. algunas veces
5. no

9. Sentimientos de preocupación por abandono del hogar durante el trabajo extradoméstico:

- | | |
|------------------------------------|-------|
| 1. no contesta | 2. no |
| 3. algunas veces | 4. si |
| 5. no ha trabajado fuera del hogar | |

Fecha de la entrevista.....

Entrevistador.....

ANEXO IV

CUESTIONARIO ESTRUCTURAL TETRADIMENSIONAL PARA LA DEPRESION (CET-DE)

DIMENSION I: HUMOR DEPRESIVO

- 1.- ¿Nota pesimismo o sensación de amargura?
- 2.- ¿Se siente triste?
- 3.- ¿Nota falta de placer o alegría?
- 4.- ¿Tiene sentimientos de inquietud, ansiedad, miedo o temor?
- 5.- ¿Tiene muchas ganas de llorar o llora fácilmente?
- 6.- ¿Tiene sufrimiento por vivir o le pesa la vida?
- 7.- ¿Se siente enfermo del cuerpo o está pendiente de cómo va su cuerpo?
- 8.- ¿Siente todo el cuerpo pesado, rígido, con ardores o con cualquier otra clase de sensaciones difusas, molestas o extrañas?
¿Sufre algún dolor, opresión, ardor, hormigueo u otra sensación molesta localizada?:
- 9.- En la cabeza, la nuca, el cuello o la cara
- 10.- En el pecho o la espalda
- 11.- En el vientre, las nalgas, los genitales o el ano
- 12.- En los miembros superiores (los brazos) o los miembros inferiores (las piernas)
- 13.- ¿Se nota incapaz para solucionar los problemas habituales de su vida?
- 14.- ¿Se preocupa por cualquier contrariedad o se toma las cosas muy a pecho?
- 15.- ¿Piensa más de lo habitual en problemas económicos o se cree arruinado?
- 16.- ¿Tiene la preocupación de haber hecho algo malo o se siente indigno?
- 17.- ¿Se cree responsable o culpable de sus trastornos actuales?
- 18.- ¿Se siente menos que los demás o inferior a ellos?
- 19.- ¿Cree que lo que le ocurre no tiene arreglo?
- 20.- ¿Cree que no vale la pena vivir o tiene deseos de morir?
- 21.- ¿Ha pensado en quitarse la vida o lo ha intentado?

DIMENSION II: ANERGIA

- 22.- ¿Se siente aburrido, desganado o desinteresado por todo?
- 23.- ¿Tiene dificultad para retener las cosas o no puede recordar?
- 24.- ¿Le cuesta pensar o tener ideas?
- 25.- ¿Le cuesta tomar decisiones?
- 26.- ¿Ha disminuido su actividad habitual en los trabajos o en las distracciones?
- 27.- ¿Se pasa en la cama más tiempo de lo habitual?
- 28.- ¿Siente que la cabeza por dentro está como paralizada o vacía?
- 30.- ¿Tiene sequedad de boca?
- 31.- ¿Hace mal las digestiones o tiene náuseas o vómitos?
- 32.- ¿Tiene estreñimiento o diarrea?
- 33.- ¿Se siente agotado o se cansa enseguida?
- 34.- ¿Se encuentra sin deseos o interés para la actividad sexual?
- 35.- ¿Le da vuelta a las cosas o tiene ideas de las que no se puede desligar?

DIMENSION III: DISCOMUNICACION

- 36.- ¿Tiene algún trastorno de vista o de oído, ajeno a su posible defecto habitual?
- 37.- ¿Ha dejado de alegrarse con las experiencias agradables o con la compañía de los seres queridos?
- 38.- ¿Se aflige por cualquier cosa o está más sensible que antes?
- 39.- ¿Han dejado de afectarle las cosas importantes?
- 40.- ¿Habla menos con su familiar o con sus amistades?
- 41.- ¿Se siente solo, aislado o alejado de los demás?
- 42.- ¿Se siente incomprendido, enfadado o molesto con otras personas?
- 43.- ¿Se siente receloso o desconfiado?
- 44.- ¿Nota algo extraño o cambiado en el ambiente o en el aspecto de las personas?
- 45.- ¿Lee menos los periódicos, ve menos la televisión o escucha menos la radio?
- 46.- ¿Habla preferentemente con los demás de sus trastornos o de su enfermedad?
- 47.- ¿Está menos cariñoso o expresivo que habitualmente?
- 48.- ¿Le resulta más difícil que antes entender las conversaciones o la televisión?
- 49.- ¿Ha dejado de arreglarse o de vestirse como habitualmente?

DIMENSION IV: RITMOPATIA

- 50.- ¿Tarda mucho en quedarse dormido?
- 51.- ¿Se despierta con frecuencia durante la noche o tiene pesadillas durante el sueño?
- 52.- ¿Se despierta antes de lo habitual y ya no puede dormirse?
- 53.- ¿Al despertarse se encuentra muy cansado o su momento peor del día es el del despertar?
- 54.- ¿Duerme, en conjunto, más que antes?
- 55.- ¿Se encuentra peor por las mañanas?
- 56.- ¿Está más activo por la noche que por el día?
- 57.- ¿Nota variaciones en su modo de sentirse o en su conducta a lo largo del día?
- 58.- ¿Tiene momentos durante el día en los que se queda medio dormido o traspuesto con una especie de ensueños?
- 59.- ¿Ha perdido apetito o peso?
- 60.- ¿Tiene momentos con sensación de hambre muy fuerte?
- 61.- ¿Se le hacen los días muy largos o tiene la sensación de que el tiempo va muy lento?
- 62.- ¿Piensa más en las cosas del pasado que en las del presente?
- 63.- ¿Ha dejado de tener planes para el futuro?

VERIFICADA EN EL DIA DE HOY LA LECTURA DE LA TESIS

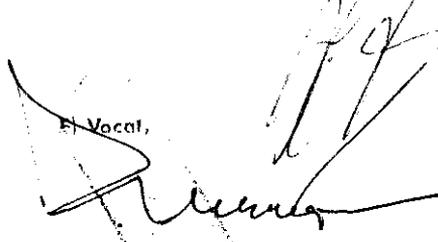
TITULADA "Estudio de la estructura psicologica con una
metodología tetradimensional y de las situaciones
familiares y laborales crónicas en la depresión de la mujer
DE LA QUE ES AUTOR DON Alicia Pelayo

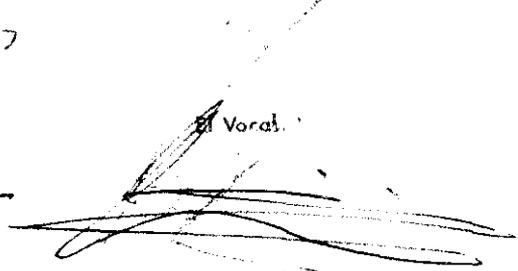
Sara

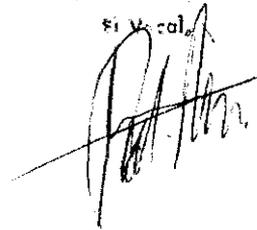
OBTUVO POR ~~UNIVERSIDAD~~ LA CALIFICACION DE Apto Cum laude

Madrid, 16 de Diciembre de 1994

El Presidente,

El Vocal,


El Vocal,


El Vocal,


El Vorn: Secretario
Mercedes Martin
