

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA – CIEPs –  
“MAYRA GUTIÉRREZ”**

**“DEPRESIÓN Y SUS CAUSAS EN MUJERES QUE ASISTEN AL CENTRO  
DE SALUD DE LA ZONA 3”**

**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO AL HONORABLE  
CONSEJO DIRECTIVO  
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

**POR  
GLORIA MARÍA MUÑOZ DE LEÓN**

**PREVIO A OPTAR EL TÍTULO DE  
PSICÓLOGA**

**EN EL GRADO ACADÉMICO DE  
LICENCIADA**

**GUATEMALA, MAYO DE 2012**

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a circular emblem. It features a central shield with a figure on horseback, a lion, and a castle. The shield is flanked by two columns with banners that read 'PLUS' and 'ULTRA'. Above the shield is a crown and a cross. The outer ring of the seal contains the Latin text 'LETTERAS ORBIS CONSPICUA CAROLINA ACADEMIA COACTEM' and 'ATENSIS INTER'.

**CONSEJO DIRECTIVO**  
**ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**  
**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**

**DOCTOR CÉSAR AUGUSTO LAMBOUR LIZAMA**  
**DIRECTOR INTERINO**

**LICENCIADO HÉCTOR HUGO LIMA CONDE**  
**SECRETARIO INTERINO**

**JAIRO JOSUÉ VALLECIOS PALMA**  
**REPRESENTANTE ESTUDIANTIL**  
**ANTE CONSEJO DIRECTIVO**



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"

Tel. 24187530 Telefax 24187543

e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

CC. Control Académico

CIEPs

Reg. 415-2010

DIR. 1,205-2012

De orden de Impresión Final de Investigación

21 de mayo de 2012

Estudiante  
**Gloria María Muñoz de León**  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
Edificio

Estudiante:

Transcribo a ustedes el ACUERDO DE DIRECCIÓN UN MIL CIENTO NOVENTA Y SIETE GUIÓN DOS MIL DOCE ( 1,197-2012), que literalmente dice:

**"UN MIL CIENTO NOVENTA Y SIETE:** Se conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación, titulado: **"DEPRESIÓN Y SUS CAUSAS EN MUJERES QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD DE LA ZONA 3,"** de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

**Gloria María Muñoz de León**

**CARNÉ No. 2006-16903**

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por Licenciado Luis Alfredo Ardón González y revisado por Licenciada Ninfa Jeaneth Cruz Oliva. Con base en lo anterior, se **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis, con fines de graduación profesional."

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

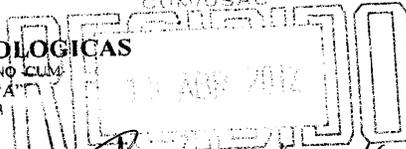


Doctor César Augusto Lambour Lizama  
DIRECTOR INTERINO

Igaby



Escuela de Ciencias Psicológicas  
Recepción e Información  
CUMUSAC



CIEPs 336-2012  
REG: 415-2010  
REG: 415-2010

**ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS**

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO CUM  
9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"  
Tel. 24187530 Telefax 24187543  
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

FORMA: \_\_\_\_\_ HORA: 14:10 Registro: 415-10

**INFORME FINAL**

Guatemala, 17 de Abril 2012

SEÑORES  
CONSEJO DIRECTIVO  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO

Me dirijo a ustedes para informarles que la Licenciada Ninfa Jeaneth Cruz Oliva ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

**“DEPRESIÓN Y SUS CAUSAS EN MUJERES QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD DE LA ZONA 3.”**

ESTUDIANTE:  
**Gloria María Muñoz de León**

CARNE No.  
2006-16903

**CARRERA: Licenciatura en Psicología**

El cual fue aprobado por la Coordinación de este Centro el día 27 de marzo 2012 y se recibieron documentos originales completos el día 16 de abril 2012, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes para obtener **ORDEN DE IMPRESIÓN**

**“ID Y ENSEÑAD A TODOS”**

  
**Licenciado Marco Antonio García Enríquez**  
**COORDINADOR**



**Centro de Investigaciones en Psicología-CIEPs. “Mayra Gutiérrez”**

c.c archivo  
Arelis



CIEPs: 337-2012  
REG: 415-2010  
REG: 415-2010

**ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS**  
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-  
9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"  
Tel. 24187530 Telefax 24187543  
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

Guatemala, 17 de abril 2012

**Licenciado Marco Antonio García Enríquez,**  
**Centro de Investigaciones en Psicología**  
**-CIEPs.-"Mayra Gutiérrez"**  
**Escuela de Ciencias Psicológicas**

**Licenciado García:**

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN, titulado:

**"DEPRESIÓN Y SUS CAUSAS EN MUJERES QUE ASISTEN AL  
CENTRO DE SALUD DE LA ZONA 3."**

**ESTUDIANTE:**  
**Gloria María Muñoz de León**

**CARNE NO.**  
**2006-16903**

**CARRERA: Licenciatura en Psicología**

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** el día 20 de marzo 2012 por lo que solicito continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

**"ID Y ENSEÑAD A TODOS"**

  
**Licenciada Minfa Jeaneth Cruz Oliva**  
**DOCENTE REVISOR**



Areliis./archivo

Guatemala 14 de febrero de 2012

Licenciado

Marco Antonio García

Coordinador Centro de Investigaciones en  
Psicología -CIEP's- "Mayra Gutiérrez"

CUM

Estimado Licenciado García:

Por este medio me permito informarle que he tenido bajo mi cargo la asesoría de contenido del Informe Final de investigación titulado "Depresión y sus causas en mujeres que asisten al centro de salud de la zona 3", realizado por la estudiante GLORIA MARÍA MUÑOZ DE LEÓN, CARNÉ 200616903.

El trabajo fue realizado a partir DEL 18 MAYO DE 2010 HASTA EL 10 DE FEBRERO DE 2012. Esta investigación cumple con los requisitos establecidos por el CIEP's por lo que emito DICTAMEN FAVORABLE y solicito se proceda a la revisión y aprobación correspondiente.

Sin otro particular, me suscribo,

Atentamente,

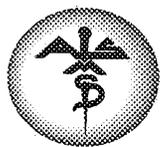


Licenciado Luis Alfredo Ardón González  
M.A. en Psicología Clínica y Salud Mental

Colegiado No. 2,065

Asesor de Contenido





**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y A.S.  
AREA DE SALUD GUATEMALA CENTRAL  
CENTRO DE SALUD ZONA 3**

Guatemala, 25 de Enero de 2011

Licenciado:  
Marco Antonio García  
Coordinador centro de Investigación en Psicología  
-CIEPs- "Mayra Gutiérrez"  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
CUM

Licenciado García:

Deseándole éxito al frente de sus labores, por este medio le informo que la estudiante Gloria Maria Muñoz de León, carne 200616903 realizo en esta institución la aplicación de 100 test, además de entrevistas como parte del trabajo de investigación titulado: "Depresión y sus causas en mujeres que asisten al Centro de Salud de la Zona 3", en el periodo comprendido del 03 de Octubre al 04 de Noviembre de 2011, en horario de 8:00 a 10:00 horas.

La estudiante en mención cumplió con lo estipulado en su proyecto de investigación, por lo que agradecemos la participación en beneficio de nuestra institución.

Sin otro particular, me suscribo,

Dr. Oscar Cifuentes  
Director Centro de Salud Zona 3



**PADRINOS DE GRADUACIÓN**

**LUIS ALFREDO ARDÓN GONZÁLEZ**  
**M.A. EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y SALUD MENTAL**  
**COLEGIADO 2,065**

**ERWIN ADOLFO MUÑOZ SOLARES**  
**MÉDICO Y CIRUJANO**  
**COLEGIADO 5,786**

## **ACTO QUE DEDICO**

- A DIOS: Por brindarme la vida, la oportunidad de este logro y ser mi fuente de inspiración.
- A MIS PADRES: Erwin y Edna por darme la vida, por su amor y apoyo incondicional, han hecho que este triunfo también sea fruto de sus esfuerzos.
- A MI ESPOSO: Leito, por todo su amor, por creer en mí y apoyarme para lograr esta meta.
- A MIS HERMANAS: Edna y Geraldí, por todo lo compartido, por su apoyo y amor a lo largo de mi vida.
- A MIS ABUELITOS: Flavio, Marielena y Olimpia, gracias por sus sabios consejos y por motivarme a ser alguien en la vida.
- A LAS FAMILIAS: Farfán Muñoz, De León Godoy, Contreras De León, De León Molina y Molina Moreira, López Díaz, gracias por su apoyo y cariño.
- A MIS AMIGOS: Por su amistad, cariño y apoyo.
- A MIS PADRINOS: Lic. Luis Alfredo Ardón González y al Dr. Erwin Adolfo Muñoz Solares, gracias por guiarme por el mejor camino para el logro de mis metas, son un ejemplo para mí.

## **AGRADECIMIENTOS ESPECIALES**

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

Por ser mi casa de estudios, centro de formación profesional y de enseñanza “ID y ENSEÑAD A TODOS”.

A LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

Espacio de aprendizaje y de gratos recuerdos, a mis compañeros y catedráticos  
¡Muchas gracias!

AL CENTRO DE SALUD ZONA 3

Especialmente al Dr. Oscar Cifuentes por la apertura brindada para el desarrollo de la investigación. A la Licda. Isabel Castañeda (†) y Licda. Trinidad López por su apoyo a lo largo de mi experiencia profesional.

A LAS PACIENTES QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD

Por la colaboración e información prestada al estudio.

AL LICENCIADO LUIS ALFREDO ARDÓN GONZÁLEZ

Por toda su paciencia, apoyo y transmisión de conocimientos a lo largo de mi formación. Su contribución como asesor de esta investigación fue trascendental. ¡Muchas Gracias!

A LA LICENCIADA NINFA CRUZ

Por su excelente trabajo como revisora y por la puntualidad en las observaciones realizadas.

A USTED

Por compartir conmigo este momento.

## ÍNDICE

	<b>No. Pág.</b>
Resumen.....	1
Prólogo.....	2
<b>CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN</b>	
1.1 Planteamiento del problema y marco teórico.....	4
1.1.1 Planteamiento del problema.....	4
1.1.2 Marco teórico.....	7
1.1.2.1 Antecedentes.....	7
1.1.2.2 Etiopatogenia.....	11
1.1.2.3 Teorías psicológicas.....	24
1.1.2.4 Clasificación de la depresión y sus síntomas.....	26
1.1.2.5 Consecuencias y complicaciones.....	29
1.1.2.6 Escalas de valoración de la depresión.....	31
1.2 Delimitación.....	32
<b>CAPÍTULO II. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS</b>	
2.1 Técnicas.....	33
2.2 Instrumentos.....	34
<b>CAPÍTULO III. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS</b>	
3.1 Características del lugar y de la población.....	36
3.1.1 Características del lugar.....	36
3.1.2 Características de la población.....	37
3.2 Presentación, análisis e interpretación de los resultados.....	37
3.2.1 Análisis global.....	37

3.2.2 Análisis cuantitativo.....	40
----------------------------------	----

#### CAPÍTULO IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Conclusiones.....	49
-----------------------	----

4.2 Recomendaciones.....	50
--------------------------	----

Bibliografía.....	51
-------------------	----

Anexos

## **RESUMEN**

### **“DEPRESIÓN Y SUS CAUSAS EN MUJERES QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD ZONA 3”**

**Autora: Gloria María Muñoz De León**

El propósito del presente trabajo de investigación fue determinar la presencia de depresión en mujeres que asisten al centro de salud situado en la 26 calle 5-43 de la zona 3, durante el período de octubre a noviembre del 2011, el cual se realizó mediante un estudio descriptivo prospectivo transversal, en donde se aplicó la escala de autoevaluación de la depresión de W. Zung y entrevistas que permitieron obtener un panorama más amplio de dicho trastorno, las causas psicosociales que precipitan a padecerlo, el rango de edad más afectado así como los diferentes niveles en que puede presentarse.

En la actualidad, la depresión es un trastorno que va en aumento, requiere de atención clínica e investigativa principalmente en el sexo femenino debido a los altos índices de prevalencia que se han registrado, su vulnerabilidad a padecerla y el deterioro que provoca en la salud mental de la mujer, lo cual genera un impacto significativo en todos los ámbitos de su vida. Ante esta problemática se investigó dicho trastorno, el cual reveló que de 100 pacientes femeninas a quienes se les aplicó el Test de W. Zung, el 86% sufren un trastorno depresivo en algún nivel, esto como consecuencia de los factores psicosociales a los que se ve expuesta, su entorno, los patrones de crianza y culturales así como la falta de un equilibrio emocional adecuado que le permita resolver las situaciones de la vida cotidiana.

## PRÓLOGO

En el mundo de hoy cuando los problemas hacen crisis pareciera que olvidáramos o restásemos la importancia que merece a lo que es la salud mental, por esa razón en los últimos años la depresión se ha hecho presente como un trastorno que amenaza mayormente al sexo femenino, siendo el causante del sufrimiento y deterioro en su calidad de vida .

Por tal razón se consideró importante realizar una investigación que nos presente un panorama más amplio y profundo en relación al número de mujeres que sufren depresión y que asistieron al centro de salud situado en la en la 26 calle 5-43 de la zona 3, de la ciudad de Guatemala, durante el período de octubre a noviembre del año 2011. Para dicho estudio se tomó como muestra a 100 mujeres, quienes fueron evaluadas en el cual el 86% presentó algún nivel depresivo.

A lo largo del proceso investigativo fue posible detectar que algunas causas contribuyentes al desarrollo de este trastorno corresponden a los problemas de pareja, maltrato, muerte de algún familiar cercano, situación económica e infidelidad. En las diferentes entrevistas que se realizaron con las pacientes se encontró que la principal causa desencadenante de este trastorno son los problemas de pareja, pues es común que en este tipo de población en donde se encuentran personas de escasos recursos y bajo la influencia de los patrones de crianza, la mujer viva en una relación de dependencia con su pareja, provocando que cuando existan dificultades y ella vea que la relación puede estar en peligro considere que la única manera de acabar con el sufrimiento sea terminar con su vida o lo utilice como un medio de manipulación para retener a la pareja.

Lamentablemente la mujer por su condición social, se ve expuesta a diferentes

factores que la hacen más sensible a desarrollar esta patología. En muchos casos no tiene acceso a la educación lo cual le impide tener un conocimiento de lo que le pasa, no sabe cómo manejar sus sentimientos, emociones e impulsos.

En relación a la edad en la que este trastorno es más frecuente se encontró que está comprendido entre los 25 a 29 años, lo cual resulta alarmante pues es evidente que este trastorno se está apoderando del sexo femenino cada vez en edades más tempranas y debido a la variedad de síntomas muchas veces no es detectada.

Dentro de los alcances de esta investigación se aportaron datos estadísticos que fueron de utilidad para clasificar los diferentes niveles de depresión, con el objetivo de brindar una mejor atención y manejo a las pacientes según la gravedad del trastorno. Además se realizaron entrevistas en donde se les brindó orientación para superar dicho trastorno, en donde se les motivó a que asistieran a consulta psicológica en el mismo centro de salud.

Luego de realizar el estudio se observó que no se profundizó lo suficiente en relación al sentido de vida de la mujer, el cual es de suma importancia pues gran parte de las pacientes que fueron entrevistadas presentaron pensamientos suicidas. Es un aspecto que valdría la pena estudiar más adelante para comprender específicamente las razones que las han motivado a considerar este acto como una medida o solución en vista de que con mucha preocupación estamos profundamente conmocionados por la ola de suicidios que día a día nos enteramos y que se ha hecho notorio este trastorno en niños, adolescentes y adultos, situaciones que anteriormente eran poco frecuentes e inclusive no se observaban.

# CAPÍTULO I

## INTRODUCCIÓN

La presente investigación se realizó en el centro de salud de la zona 3, tomando como muestra a pacientes del sexo femenino en un rango de edad de 20-45 años, con el propósito de determinar el número de pacientes que sufren depresión.

El estudio de depresión reviste importancia en la actualidad debido al impacto que ejerce en la salud mental de las mujeres, siendo ellas quienes presentan mayor vulnerabilidad pese a su condición social y el entorno en que se desarrollan. A la mujer se le enseña desde que nace un patrón específico a seguir, se le enseña a ser madre y debido a los patrones culturales crece pensando que vale menos que el hombre. Estos esquemas y los factores psicosociales como los son la situación económica, problemas de pareja, maltrato, entre otros, han contribuido a que la mujer se deprima.

La depresión es una alteración patológica del estado de ánimo, acompañada de diversos síntomas y signos que persisten habitualmente por al menos dos semanas. Esta se ha clasificado en niveles que han facilitado su diagnóstico y han contribuido a brindarle atención a quienes la padecen y a quienes se encuentran propensos a desarrollarla.

Es importante mencionar que la mayoría de las personas que padecen depresión no tienen conocimiento del trastorno, viven con una tristeza persistente, autorreproches, poseen una visión pesimista de la vida, incapacidad para disfrutar las actividades que hacía antes, pierden su autoestima y consideran que es normal.

En la investigación se aseveró la importancia de brindar atención clínica a las mujeres que sufren este trastorno para evitar consecuencias fatales. El interés en conocer sobre este trastorno no es solamente por los altos índices de prevalencia e incidencia sino también con el objeto de poder contar en un futuro con mayor posibilidad para realizar diagnósticos tempranos y prevenir o disminuir el impacto que genera a nivel individual y social.

## **1.1 Planteamiento del problema y marco teórico**

### **1.1.1 Planteamiento del problema**

*Los trastornos depresivos son un problema de salud mental en el mundo, cada día aumentan su frecuencia, siendo responsables de una parte importante del sufrimiento, discapacidad y deterioro de la calidad de vida de las personas. Este trastorno se ha hecho más frecuente en la mujer y potencialmente con riesgo de incrementar su incidencia.<sup>1</sup> Este fenómeno ha provocado un impacto significativo en los diferentes ámbitos de la vida de las personas por lo que su estudio ha sido de gran relevancia.*

En la actualidad se tiene poco conocimiento de lo que es la depresión, muchas veces las mujeres no son conscientes de la gravedad de este trastorno y de las consecuencias que puede tener el padecerla. La mujer en la mayoría de los casos no ha aprendido a tener un control adecuado de sus emociones porque desde muy corta edad se le ha enseñado a reprimir, situación que le perjudica en el futuro pues cuando se ve expuesta a diferentes factores que alteran su estado emocional no es capaz de responder de manera positiva, debido a que no ha creado estrategias de afrontamiento que le permitan superar las situaciones de manera adecuada.

---

<sup>1</sup>Gómez Restrepo, C., et. Al, "Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana", 2004. 378 pp.

*Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), actualmente más de 450 millones de personas están directamente afectadas por algún trastorno depresivo o discapacidad mental y la mayoría de éstas viven en los países en desarrollo. Reporta que la depresión se presenta entre el 5-12% de personas en los países industrializados.<sup>2</sup>Estas cifras muestran claramente la magnitud del problema y sus probabilidades de que sea cada vez más grande.*

En nuestro país, no se le presta la atención debida a este trastorno que cada vez se presenta en edades más precoces, en donde la mujer se encuentra mucho más vulnerable por su condición social.

La depresión puede desarrollarse por distintas causas. Es el resultado de una combinación de factores genéticos, bioquímicos, ambientales y psicológicos. La sintomatología que se evidencia en este trastorno va desde sentimientos persistentes de tristeza, ansiedad o vacío, sentimientos de culpa, irritabilidad, fatiga, pérdida de interés en actividades o pasatiempos que antes disfrutaba, insomnio o largos períodos de sueño, pensamientos suicidas e intentos de suicidio, comer excesivamente o perder el apetito, entre otros. Muchas veces es difícil detectar la depresión debido a que esta se presenta de forma enmascarada o se toma como una reacción normal ante las diferentes situaciones del diario vivir.

*La depresión se presenta sin diferencias de raza o nivel socioeconómico, es más frecuente en personas divorciadas. Tiene mayor incidencia entre los 20-45 años y decrece a partir de los 65 años. Cerca de la mitad de trastornos depresivos inician antes de que la persona cumpla 14 años. Es prevalente en el sexo femenino con una relación 2:1.<sup>3</sup>*

---

<sup>2</sup>Herrmannsdorfer de Zaid, M. "Trastornos en el estado de ánimo: Depresión Unipolar en Adolescentes Guatemaltecos". [www.coedu.usf.edu](http://www.coedu.usf.edu)

<sup>3</sup> Kolb, LC. "Psiquiatría Clínica Moderna", 1976. 137 pp.

De los datos obtenidos sobre la incidencia y prevalencia de los trastornos en el estado de ánimo en Guatemala, puede decirse que aunque son limitados a una población específica y no muy actualizados, indican que la depresión es un problema de importancia epidemiológica en nuestro país, que debería recibir más atención investigativa y de intervención por las consecuencias tan serias que puede causar dicho desorden, dadas las altas tasas de incidencia y prevalencia que los estudios hechos en nuestro país reportan.

## **1.1.2 Marco teórico**

### **1.1.2.1 Antecedentes**

La depresión se presenta como un trastorno frecuente distribuido en todo el mundo, el cual es pocas veces detectado por la variedad de síntomas que puede presentar y la poca importancia que se le concede. *Está constituida como una alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor, que termina en tristeza, acompañada de diversos síntomas y signos emocionales, del pensamiento, del comportamiento y de los ritmos vitales que persisten habitualmente por un tiempo prolongado de al menos 2 semanas. Con frecuencia tiende a manifestarse en el curso de la vida, con aparición de varios episodios, adquiriendo un curso recurrente con tendencia a la recuperación entre ellos.* <sup>4</sup>

*Se manifiesta por la presencia de elementos diversos tales como: tristeza, inhibición psicomotriz, autorreproches, visión pesimista de la vida, etc. En este último sentido se dice que alguien está deprimido cuando se encuentra triste, aun cuando falten todos los otros elementos mencionados.* <sup>5</sup> Cuando un paciente sufre depresión tiene la sensación de que una desgracia lo amenaza, ya no se

---

<sup>4</sup>Gómez Restrepo, C, et. Al, "Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana", 2004. 382 pp.

<sup>5</sup> Bleichmar, H, "La depresión: un estudio psicoanalítico", 1978. 11-16 pp.

esfuerzo por adaptarse, se da por vencido y con frecuencia expresa el deseo de morir. Pierde por completo toda motivación en su vida.

*El estado extremo se llama melancolía, en donde el paciente pierde contacto con la realidad. Considera el suicidio, aún por medios crueles, para terminar con sus sufrimientos. Su atención se halla más absorbida por falsas ideas de pecados y empeoramiento físico.*<sup>6</sup>

*Es muy común que, de vez en cuando, las personas se sientan tristes, pero esta tristeza ocasional es diferente. En cambio, la depresión se caracteriza por una tristeza persistente.*<sup>7</sup> Los estados de tristeza no solo tienden a interferir con las actividades cotidianas más importantes como el trabajo, la familia o la escuela, sino que también tienen un fuerte efecto negativo en la autoestima de cada uno. Alguien que está a menudo deprimido se siente exhausto, desesperado y desinteresado por la vida en general.

*La depresión es una agresividad dirigida a sí mismo, que está implícita en los sentimientos de culpa y dependencia. Es un estado de ánimo triste, acompañado de pérdida de interés, sentimientos de desesperanza, malestares físicos inespecíficos y aislamiento.*<sup>8</sup> En este trastorno la sintomatología puede variar de un caso a otro lo cual hace difícil su diagnóstico y en muchos casos tiende a confundirse con algún problema médico, lo cual conduce a que las personas no reciban una atención adecuada a la problemática que están sufriendo.

*Existe una relación importante entre depresión y agresividad. En todo paciente depresivo hacen acto de presencia los sentimientos de*

---

<sup>6</sup> Wolff, W. "Introducción a la psicopatología", 1956. 359 pp.

<sup>7</sup> Lara, MA., et. Al, "Depresión femenina vista desde la subjetividad de las mujeres", 2007. [www.scielo.br](http://www.scielo.br)

<sup>8</sup> Kolb, L.C, "Psiquiatría Clínica Moderna", 1976. 454 pp.

*despersonalización, sienten que han cambiado, se sienten vacíos, sin sentimientos, les cuesta reconocerse a sí mismos y viven anclados al pasado.*<sup>9</sup>

Una de las situaciones que más perjudica a los pacientes depresivos es la visión pesimista que poseen hacia la vida, además de estar atados al pasado es común que manejen sentimientos de culpa y frustración, lo cual genera un deterioro en la calidad de vida y en la adaptación al entorno en el que se desenvuelven.

*Según la OMS, actualmente más de 450 millones de personas están directamente afectadas por algún trastorno o discapacidad mental. Se presenta entre el 5-12% de personas en los países industrializados. En el 2030 la depresión será, entre todos los trastornos de salud, el que causará la mayor carga sanitaria en demanda de atención. El riesgo de padecer depresión mayor es del 3-12 % y el de padecer depresión de cualquier tipo a lo largo de la vida es de 36%. Los expertos señalan la importancia de disponer de servicios de salud durante la infancia ya que cerca de la mitad de trastornos mentales inician antes de que la persona cumpla 14 años. Los estudios de la OMS muestran que cerca de 800,000 personas se suicidan cada año y 86% de éstas viven en países de bajos y medianos ingresos. Y más del 50% de estas personas, tienen entre 15 y 44 años.*<sup>10</sup>

*Se ha correlacionado a los trastornos afectivos con antecedentes familiares de primer grado, teniendo serias consecuencias familiares y socioeconómicas. La depresión es prevalente en el sexo femenino con una relación 2:1. Su incidencia es mayor entre los 20-45 años y decrece a partir de los 65 años. Puede llegar a recaer hasta en 50-85% de casos y cronificarse en el 20-30%*

---

<sup>9</sup>Ledesma, A, "Estudios sobre las depresiones", 1989.93 pp.

<sup>10</sup>Vara, A.A, "Aspectos Generales de la depresión: una revisión empírica". 16 pp.

*de pacientes no distímicos.*<sup>11</sup>

Algunos tipos de depresión tienden a afectar a miembros de la misma familia, lo que indica que se puede heredar una predisposición biológica. En algunas familias la depresión se presenta generación tras generación. Sin embargo, este trastorno también puede afectar a personas que no tienen una historia familiar del mismo.

*La investigación de la epidemiología de la depresión en adolescentes guatemaltecos hecha por Berganza y Aguilar (1989, 1992) dio como resultado que un 35% de ellos presentaba depresión. Entre ellos, 20.9% eran varones y 48.8% eran mujeres. En el estudio se definió la depresión de acuerdo al DSM-III-TR (American Psychiatry Association, 1987) como un trastorno en el estado de ánimo, con una duración de por lo menos 2 semanas, caracterizado por sentimientos de tristeza, variaciones en el apetito, disminución en el grado de actividad, pérdida de interés en actividades que antes proporcionaban placer y alteraciones en el sueño. Dichos estudios revelaron además que las mujeres guatemaltecas presentan significativamente tasas de depresión más altas que los hombres.*<sup>12</sup>

*Según el Dr. Carlos Berganza en la práctica clínica, los casos que pueden tipificarse como trastornos depresivos mayores o unipolares, constituyen arriba del 80% de los diagnósticos en el estado del ánimo.*<sup>13</sup> Los datos obtenidos sobre la incidencia y prevalencia de los trastornos en el estado de ánimo en Guatemala son escasos, limitados a una población específica y desactualizados.

Es importante notar que al igual que en otros países, las mujeres son quienes

---

<sup>11</sup> Vara, A.A, "Aspectos generales de la depresión: una revisión empírica", 2006. 16 pp.

<sup>12</sup> Herrmannsdorfer de Zaid, M, "Trastornos en el estado de ánimo: Depresión Unipolar en Adolescentes Guatemaltecos". [www.coedu.usf.edu](http://www.coedu.usf.edu)

<sup>13</sup> Vara, A.A, "Aspectos generales de la depresión: una revisión empírica", 2006. 17 pp.

tienden a presentar tasas de depresión más altas que los hombres de su edad, lo cual podría estar relacionado a que las mujeres cuentan con un número más limitado de medios socialmente aceptados para canalizar los impulsos agresivos y sexuales en nuestra sociedad. Además intervienen factores que predisponen al desarrollo de la depresión tales como la baja autoestima, condición social de la mujer, violencia intrafamiliar, maltrato físico y psicológico, infidelidad y abuso sexual.

*Existen varias teorías acerca de por qué más mujeres que hombres consultan por depresión. Posiblemente esto es por los altos niveles de estrés al que las mujeres se enfrentan debido al conflicto en sus roles laborales y familiares. Los cambios hormonales constantes que ellas experimentan, son otro factor. También es más probable que las mujeres busquen ayuda a que los hombres lo hagan. La combinación de estos tres hechos, nos ofrece un panorama sobre la depresión.*<sup>14</sup>

### **1.1.2.2 Etiopatogenia**

La pérdida de un ser querido, los problemas en las relaciones interpersonales, los problemas económicos o cualquier situación estresante en la vida (situaciones deseadas o no deseadas) también pueden precipitar un episodio depresivo. El origen de la depresión es complejo, ya que en su aparición generalmente incluyen una combinación de factores genéticos, biológicos y psicosociales. *No existe una idea clara y definitiva sobre la causa de los trastornos del estado de ánimo.*<sup>15</sup>

Las causas genéticas incluyen una susceptibilidad hereditaria a la depresión,

---

<sup>14</sup>Lara, M.A., et. Al, "Depresión femenina vista desde la subjetividad de las mujeres", 2007. [www.scielo.br](http://www.scielo.br)

<sup>15</sup>Ledesma, A. et. Al, "Estudios sobre las depresiones", 1989. 147 pp.

las causas biológicas se relacionan con las fluctuaciones hormonales en el cuerpo y en relación a lo psicosocial se vincula con el entorno y situaciones emocionales tristes que vive la persona. La mayoría de las veces la enfermedad depresiva se produce por una interacción de dos o más de estas causas. Algunas personas tienen mayor probabilidad de tener depresión que otras. Hay diferentes razones que intentan explicar esta predisposición:

### **1.1.2.2.1 Causa Genética**

#### **1.1.2.2.1.1 Herencia**

*Existe un mayor riesgo de padecer de depresión clínica cuando hay una historia familiar de la enfermedad, lo que indica que se puede haber heredado una predisposición biológica. Además, la depresión severa también puede ocurrir en personas que no tienen ninguna historia familiar de la enfermedad. Esto sugiere que hay factores adicionales que pueden causar la depresión, ya sean factores bioquímicos, o ambientales que producen estrés, y otros factores psicosociales. <sup>16</sup>Existe además mayor riesgo de padecer trastornos unipolares en los descendientes de padres con dichos trastornos.<sup>17</sup>*

En muchos casos las personas no tienen conocimiento de este trastorno y la sintomatología que se puede presentar en el desarrollo de esta patología. Hoy en día la depresión se presenta en edades más tempranas y muchas veces es difícil llegar al diagnóstico de la misma, por lo que es importante evaluar los antecedentes familiares del sujeto y determinar si posee mayor predisposición a padecerla ya sea para prevenirla o controlarla.

---

<sup>16</sup> Monedero, C, "Psicopatología General", 1978. 158 pp.

<sup>17</sup>Barrera, AG, "Relación entre niveles de depresión y clase funcional en pacientes con artritis reumatoide", 2001. 16 pp.

### **1.1.2.2.2 Causa Biológica**

#### **1.1.2.2.2.1 Factores Bioquímicos**

*Se ha demostrado que la bioquímica del cerebro juega un papel significativo en los trastornos depresivos. Las personas con depresión grave típicamente tienen desequilibrios de ciertas sustancias químicas en el cerebro, conocidas como neurotransmisores. Además, los patrones de sueño, que se ven afectados por la bioquímica del organismo, son generalmente diferentes en las personas que tienen trastornos depresivos. Lo que aún no se sabe es si el "desequilibrio bioquímico" de la depresión tienen un origen genético o es producido por estrés, por un trauma o por una enfermedad física u otra condición ambiental. Se ha descubierto que las células de personas deprimidas a menudo son incapaces de recibir apropiadamente a los neurotransmisores o que no pueden realizar la reasimilación correctamente. Además, tienen muy poco de los aminos necesarios para poder crear estos neurotransmisores. Si la serotonina y la norepinefrina no están presentes en las cantidades correctas, el resultado inevitable será la depresión. Los estudios indican que el funcionamiento defectuoso de estos neurotransmisores se hereda genéticamente.*<sup>18</sup>

#### **1.1.2.2.2.2 Cambios Hormonales**

*Todas las mujeres tienen riesgo de oscilaciones de modo que experimentan cambios hormonales extremos. El papel de las hormonas en la depresión no está claro, pero las hormonas femeninas intervienen en la disforia premenstrual, la depresión postparto y el síndrome depresivo estacional. Estas formas de depresión disminuyen o desaparecen después de la menopausia.*<sup>19</sup> Las evidencias sobre las causas hormonales de la depresión se basan

---

<sup>18</sup>Lara, M.A, et. Al, "Depresión femenina vista desde la subjetividad de las mujeres", 2007. [www.scielo.br](http://www.scielo.br).

<sup>19</sup>OMS: CIE-10, Trastornos mentales y del comportamiento: Pautas diagnósticas y de actuación en atención primaria. Pp.30.

primordialmente en las observaciones de la depresión durante estadios específicos del desarrollo femenino:

### **Pubertad precoz**

Las mujeres que inician la pubertad antes de lo normal (alcanzando el punto medio a los 11 años o antes) tienen mayor probabilidad de sufrir depresión durante la adolescencia que las que maduran más tarde.

### **Premenopausia**

*Las mujeres premenopáusicas (entre los 20 y los 45 años) fueron más susceptibles a la depresión, y un 22% de este grupo reportaron síntomas de depresión mayor.*

### ***Depresión post-parto***

*Casi todas las madres primigestas experimentan un periodo corto de depresión ligera siguiendo al parto (conocido como "baby blues"). Sin embargo, no se considera una depresión posparto a no ser que persista más de una semana o dos y sea muy severa. Los estudios han informado de que entre el 8% y el 20% de las mujeres tienen una depresión posparto diagnosticable en los tres primeros meses después del parto, el 5% de ellas tenían pensamientos suicidas. Un estudio sugirió que los niveles fluctuantes de estrógenos y progesterona que acompañan al parto pueden jugar un papel importante en la depresión posparto como mínimo en las mujeres que son más sensibles a estos cambios.*<sup>20</sup>Las mujeres primigestas cuyos bebés tienen problemas médicos y las que no cuentan con apoyo social tienen mayor riesgo de padecer depresión

---

<sup>20</sup>Sturgeon, W, "Depresión: Cómo identificarla, cómo superarla y cómo curarla", 1987. 23pp.

postparto. Debe destacarse que la pareja de las mujeres primigestas también sufre depresión ante el nacimiento de un hijo.

## **Aborto**

*Supone un riesgo de depresión muy importante, especialmente en el primer mes tras la pérdida del embarazo. Las mujeres de mayor edad sin ningún embarazo a término y las que ya tienen una historia previa de depresión, tienen un mayor riesgo de padecerla.*

## **Perimenopausia**

*La depresión a menudo se presenta alrededor de la menopausia (el periodo premenopáusico) cuando, además de los cambios hormonales, también se involucran otros factores (presiones culturales a favor de las mujeres jóvenes, identificación súbita del propio envejecimiento, insomnio, etc.).*

## **Postmenopausia**

*Los resultados medios en las escalas de depresión en mujeres postmenopáusicas eran casi tan bajas como en las premenopáusicas. De hecho, muchas mujeres reportan que después de la menopausia los síntomas de depresión estacional o de síndrome premenopáusico desaparecían.<sup>21</sup>*

### **1.1.2.2.3 Causa psicosocial**

*Este aspecto se refiere al entorno y la capacidad del individuo para responder a las demandas del mismo. No se puede considerar como algo*

---

<sup>21</sup>Op. cit. 39 pp.

*excluyente con lo mencionado anteriormente ya que suelen actuar de forma integrada, pudiendo prevalecer más uno u otro tipo según el individuo y el tipo de trastorno depresivo.* <sup>22</sup>

#### **1.1.2.2.3.1 Condición social de la mujer**

Actualmente la mujer se sitúa en un alto riesgo de padecer depresión. Esto se debe a la socialización del rol femenino, la mayoría de mujeres tienden a ser pasivas, abnegadas, sumisas, consideradas como menos valiosas y con demandas de mayor responsabilidad, esto en el aspecto de que son las encargadas de la mayor parte de la crianza de los hijos pues es común que se queden en casa al cuidado de los mismos y el hombre se dedique a laborar.

La mujer vive sujeta a una sociedad machista en donde no tiene acceso a la educación ni a sus derechos y en donde los hombres son más valorados desde que nacen. Esta desempeña el rol de adolescente, madre, esposa, ama de casa y trabajadora, por consiguiente los patrones de crianza que se transmiten generan un círculo vicioso lo cual la coloca como más vulnerable a padecer este trastorno pues disminuye su autoestima, productividad y motivación, ocasionando un deterioro en la salud mental y calidad de vida.

#### **1.1.2.2.3.2 Embarazo a temprana edad**

En la adolescencia con frecuencia las jovencitas por la poca autoestima y amor propio que se tienen, se van de la casa. La falta de información y los patrones de crianza influyen en que a temprana edad tengan relaciones sexuales y se lleguen a embarazar, por lo que cuando son madres solteras llegan a sentirse poco aceptadas. Solo en este momento se dan cuenta de la desventaja

---

<sup>22</sup>Ledesma, A. et.al. (1989): Estudios sobre las depresiones. Pp. 13.

que tiene la mujer si se embaraza sin el apoyo de la pareja. Además de que después pueden arruinar su vida si se ven forzadas a casarse. Esto las obliga a abandonar su educación y a buscar un empleo para sostener su hogar, si el padre no se hace responsable. Sobre las mujeres que no se casan y no tienen hijos, muchas veces es la sociedad la que ejerce gran influencia, pues se juzga a la persona por su estilo de vida, precipitándola a tomar decisiones que no desea.

### **1.1.2.2.3.3 Discriminación sexual**

*Por años ha existido la discriminación sexual hacia la mujer; lo cual le impide hablar sobre sus sensaciones, pensamientos, fantasías y deseos. Esto no solo afecta el placer sexual que una mujer pueda tener, sino también influye en su desarrollo emocional.*<sup>23</sup>

Se tiene conocimiento que algunas mujeres no desean hablar de sexualidad pues consideran que es una forma de despertar la morbosidad y a veces sólo se produce desinformación. Por consiguiente sigue habiendo una doble moral sexual, pues el hombre siempre tiene más privilegios que la mujer, pues puede andar de una relación a otra sin mayor problema, mientras que en el caso de la mujer, pierde su reputación. Debido a la opresión que la mujer ha sufrido, en la actualidad muchas de ellas se han revelado en este aspecto y establecen equidad en su relación de pareja. Sin embargo algunas muestran aceptación ante los temas de sexualidad y otras sienten vergüenza de expresar sus deseos a la pareja. Algunos esposos llegan a sentirse amenazados y enojados si la mujer se informa de temas sexuales. La sexualidad debe florecer para llegar a ser una parte integral de la mujer y complementarla en su desarrollo como persona y como pareja.

---

<sup>23</sup> Vara, A.A, "Aspectos generales de la depresión, una revisión empírica", 2006. 18 pp.

#### **1.1.2.2.3.4 Infidelidad y relación de pareja**

La infidelidad genera un grave daño a la relación de pareja. Generalmente se relaciona con encuentros sexuales extra pareja pero también existe la infidelidad producto de las crisis o problemas en la pareja; en este tipo de infidelidad no sólo se trata de un evento sexual, ya que él o la infiel busca lo que no encuentra en su pareja, por ejemplo aspectos intelectuales, físicos, emocionales, de atención, económicos, etc. Esto surge porque muchas veces se crece en una sociedad en donde las personas son educadas para pensar que la monogamia es una opción para vivir. Los factores de educación van conformando la moral, los valores, costumbres, normas y formas de comportamiento. La pasión en ocasiones se desaparece o cambia y el amor se desvanece cuando la rutina y la monotonía van llenando a la pareja de obligaciones, decepciones, mala comunicación, mala economía y mala salud.

Los problemas de pareja constituyen una de las fuentes más importantes de depresión. Entre las situaciones que llevan a las mujeres a deprimirse, está la dependencia de la mujer hacia el hombre tanto a nivel emocional como económica, el control de los hombres acerca de lo que están haciendo, sin que ellos cumplan con sus responsabilidades. Sin embargo, en la mayoría de los casos toleran estas situaciones por los hijos.

#### **1.1.2.2.3.5 Violencia intrafamiliar**

*Es el acto u omisión, único o repetitivo, cometido por un miembro de la familia en una relación de poder, en función del sexo, la edad, o la condición física, en contra de otro integrante de la misma, independientemente del espacio físico donde ocurra el maltrato físico, psicológico, sexual o abandono. La violencia dentro de los hogares es un problema de magnitud mundial que afecta a todas*

*las culturas, clases sociales, grupos étnicos y niveles de educación, afligiendo de manera particular a la mujer. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la violencia dirigida hacia las mujeres, en términos físicos, psicológicos y sexuales, fue considerada hasta hace poco tiempo como un problema menor. Sin embargo, en la actualidad ésta se reconoce como una problemática grave, por lo que las políticas públicas mundiales encaminan sus esfuerzos para combatirla. Las secuelas perdurables del abuso hacia la mujer se reflejan en una gran variedad de enfermedades, tanto físicas como mentales.* <sup>24</sup>

*El impacto de la violencia contra las mujeres y su salud mental tiene consecuencias devastadoras, como una elevada incidencia de tensión nerviosa, ataques de pánico, trastornos del sueño, alcoholismo, abuso de drogas, baja autoestima, trastorno por estrés postraumático y depresión. La depresión mayor ocupa el primer lugar dentro de las causas generadoras de discapacidad en el mundo. La violencia intrafamiliar también constituye un serio problema de salud pública, pudiendo resultar un importante factor de riesgo para la depresión.*

#### **1.1.2.2.3.6 Maternidad**

El embarazo y la llegada de un hijo son factores que indican cambios importantes en el entorno de la mujer. En muchos casos se produce la depresión postparto leve que se caracteriza por un estado de melancolía y tristeza, un proceso de adaptación al cambio que supone la maternidad. Suele remitir en unos tres o cuatro días tras el parto, pero debe vigilarse bien porque puede derivar en un cuadro depresivo de mayor gravedad.

*La maternidad es un momento de cambio para la mujer: en donde duerme*

---

<sup>24</sup>Castillo, R; Arankowsky, G, "Violencia intrafamiliar como factor de riesgo para trastorno depresivo mayor en mujeres: estudio de casos y controles", 2008. 128 pp.

*menos, pierde contacto con el exterior al dejar el mundo laboral, tiene menos tiempo libre, pasa a dedicarse por completo a una persona a la que teóricamente debe querer mucho, pero por la que todavía no siente un vínculo fuerte.*<sup>25</sup>

Cuando la mujer atraviesa por la maternidad su mayor deseo es satisfacer plenamente las necesidades que sus hijos presenten. Cuando llegan a la adolescencia las relaciones con hijos e hijas son vividas como fuente de depresión ya que tienen dificultades para que obedezcan y retan su autoridad. Las mujeres también expresan una gran preocupación por “cuidar” a sus hijas adolescentes, sobre todo para que no inicien su vida sexual a edades tempranas y así evitar la probabilidad de embarazo.

#### **1.1.2.3.7 Situación económica y desempleo**

*Tras la crisis económica que se vive actualmente ha surgido el desempleo, el cual constituye una de los factores para desarrollar un trastorno depresivo. El desempleo provoca tristeza, falta de interés, pensamientos de indefensión, disminución de la autoestima, pérdida de apetito y peso. Mientras que en los peores casos se llega a pensar en la muerte y el suicidio.*<sup>26</sup>

En las familias en donde existe desempleo se generan conflictos en las relaciones de los miembros y consecuencias que pueden manifestarse en la reducción de ingresos económicos, pérdida de estatus e inestabilidad emocional tanto para la persona desempleada como para su pareja e hijos.

En el caso de la mujer, por su condición social y por los patrones de crianza que posee, se le ha enseñado a que es el hombre quien debe llevar el dinero a casa, generando así una gran dependencia. Actualmente la mujer ha roto

---

<sup>25</sup> Ministerio de Salud, “Guía Clínica para el tratamiento de personas con depresión”, 2006. 4 pp.

<sup>26</sup> Sturgeon, W, “Depresión: Cómo identificarla, cómo superarla y cómo curarla”, 1987. 57 pp.

esquemas y en muchos casos ha superado al hombre en el ámbito profesional y personal, pero lamentablemente solo una minoría se encuentra en esa situación.

#### **1.1.2.2.3.8 Acontecimientos vitales**

*Se refiere a las circunstancias externas potencialmente productoras de estrés como factores precipitantes de los trastornos afectivos. Al recaer sobre un individuo que ya tiene una vulnerabilidad de base, desencadenan el inicio de una depresión.*

*Los pacientes deprimidos experimentan más acontecimientos vitales en los meses que preceden al comienzo de los síntomas. Aquellos que pueden precipitarse al desarrollo de una depresión son aquellos no deseados, no controlables, inesperados y que suponen una amenaza o peligro importante para el sujeto, entre ellos: los acontecimientos que suponen una pérdida para el individuo (muerte del cónyuge o un familiar próximo, divorcio o separación, jubilación o pérdida de empleo, abandono del hogar por parte de algún miembro de la familia). También se han de considerar los problemas de salud física por suponer igualmente una pérdida.*

*En el inicio de un episodio depresivo, se debe considerar a parte de los acontecimientos estresantes, la intervención de varios niveles (biológico-psicológico-social) de forma interrelacionada entre sí. Esto permitirá brindarnos un esquema del estado del individuo a partir de los acontecimientos vitales (soporte social y factores estresantes crónicos), vulnerabilidad psicológica a la depresión y vulnerabilidad biológica a la depresión.<sup>27</sup>*

*La depresión también puede desarrollarse a partir de un acontecimiento vital*

---

<sup>27</sup>Sturgeon, W. (1987): Depresión: Cómo identificarla, cómo superarla y cómo curarla. Pp. 70.

*de tipo subjetivo en donde la mujer a pesar de tener un hogar, un trabajo y una familia, carezca de la confianza necesaria a nivel emocional para sentirse feliz y plena. Por otro lado, las personas con esquemas mentales negativos, baja autoestima, sensación de falta de control sobre las circunstancias de la vida y tendencia a la preocupación excesiva son más propensas a desarrollar depresión. Estos atributos pueden resaltar el efecto de las situaciones de estrés o interferir con la capacidad de enfrentarlas o reponerse de las mismas. Aparentemente, los patrones de pensamiento negativo típicamente se establecen en la niñez o adolescencia y van conformando a lo largo del tiempo un patrón de pensamiento depresivo.*

#### **1.1.2.2.3.9 Apoyo social**

*Se refiere a la percepción que tiene el sujeto de la existencia de relaciones con un significado de soporte emocional, informacional y material. Se ha determinado que la ausencia de una persona confidente constituye un factor de vulnerabilidad para la depresión. El apoyo social puede ser un factor moderador del estrés. La falta de apoyo social puede exacerbar los efectos de los acontecimientos vitales y del estrés.*

#### **1.1.2.2.3.10 Estrategias de afrontamiento**

*Son aquellos esfuerzos en el ámbito de pensamiento y de conducta que la persona desarrolla para hacer frente a situaciones externas y/o internas que desbordan los recursos de los que se dispone habitualmente y exigen un sobreesfuerzo para manejarlas. Son estrategias para hacer frente a situaciones imprevistas, problemas, sin llegar a sentirse desbordado y poder mantener la sensación de control de las situaciones.*<sup>28</sup>

---

<sup>28</sup>Ministerio de Salud. (2006): Guía Clínica para el tratamiento de personas con depresión. Pp. 8.

*Las personas depresivas muestran mayor dificultad en la toma de decisiones y en la utilización de las reacciones emocionales para resolver problemas y enfrentarse a situaciones difíciles. Se describen dos tipos generales de comportamiento: uno centrado en conductas orientadas a resolver problemas concretos; otro que incluye comportamientos y pensamientos centrados en el ánimo producido por los acontecimientos vitales. Aquellas personas que desarrollan estrategias activas y centradas en resolver problemas presentan menos niveles de ansiedad y depresión tras un estresor, tanto a corto como a largo plazo. Por el contrario, los sujetos que están centrados en sus emociones negativas no utilizan actividades placenteras para distraerse de sus emociones, no emplean estrategias estructuradas para resolver el problema y presentan un alto riesgo de episodios depresivos graves y prolongados.*

#### **1.1.2.2.3.11 Sentido de vida**

*Se refiere a un sistema primordial dentro de las estructuras psicológicas de la personalidad, juega un papel básico en la autorregulación y movilización de los recursos psicológicos. Constituye la esencia de la persona, de forma estable y permanente, que lo define en su interioridad psíquica y en sus actividades a lo largo de su historia. Constituye un eje fundamental de la personalidad, da cuenta de la posición personal ante el mundo, del sistema de valores, de la particular forma de sentir, pensar, actuar, direccionando el conjunto de actividades y elecciones.* <sup>29</sup>Es importante mencionar que en el desarrollo de la depresión la mujer puede llegar a sentir que su vida ya no tiene sentido, las actividades que realizaba antes ya no parecen causarle la misma emoción, deja de interesarle todo lo que sucede a su alrededor y su vida se convierte en un vacío, por lo que es necesario prestarle atención a estos indicadores que podrían

---

<sup>29</sup> González, F, "Psicología de la personalidad", 1985. 118 pp.

poner en riesgo su vida.

### **1.1.2.3 Teorías psicológicas**

#### **1.1.2.3.1 Teoría cognitivo-conductual**

*Las teorías psicológicas basadas en esquemas de pensamiento hablan del mecanismo de aprendizaje como medio fundamental para explicar la aparición de un episodio depresivo. El modelo depresivo por indefensión aprendida consiste en que haber vivido experiencias pasadas de impotencia real frente a situaciones en donde el sujeto fue incapaz de cambiar o evitar situaciones desagradables que lo conducen a convencerse de que las situaciones futuras no placenteras también serán incontrolables, por lo que responde a estas situaciones con pasividad, resignación y aceptación depresiva.<sup>30</sup> El sujeto se encuentra sin la posibilidad de realizar conductas para adaptarse y sin medios que le permitan reforzar las estrategias para afrontar estas situaciones.*

*Las distorsiones cognitivas como la desesperanza, se caracterizan por la ausencia de conductas adaptativas; el individuo cree que pierde el control sobre los reforzadores ambientales y estresantes, lo que conduce a una frustración permanente y al sufrimiento. Según A. Beck la parte nuclear de la depresión la constituye un estilo cognitivo alterado, con experiencias negativas acerca del ambiente sumado a la desesperanza y a la incapacidad de afrontar al medio. Visto de este modo la tríada cognitiva básica de los depresivos sería: Interpretación negativa de la propia experiencia, concepción peyorativa de sí mismo y visión pesimista del futuro.<sup>31</sup>*

El modelo cognitivo propone que las experiencias adversas precoces

---

<sup>30</sup> Monedero, C, "Psicopatología General", 1978.160 pp.

<sup>31</sup>Op.cit. 161 pp.

establecen conceptos negativos que se retienen como "esquemas" que se reactivan mediante experiencias vitales adversas que producen depresión.

### 1.1.2.3.2 Teoría psicodinámica

Las teorías psicodinámicas consideran a la depresión como un trastorno afectivo que tiene sus raíces en conflictos originados en la infancia. Por lo que se enfoca en la evocación de procesos, contenidos inconscientes y en el establecimiento de la relación con la situación actual. Utiliza herramientas como la asociación libre, el análisis de la transferencia, fantasías, sueños y el análisis de los mecanismos de defensa.

*Freud ya consideraba la "melancolía" desde un punto de vista psicoanalítico como una situación de "pérdida del objeto amado". En determinadas personas con predisposición ante la pérdida de un objeto amado, ya sea por su muerte o por el abandono erótico, o bien ante la pérdida de una abstracción (el ideal), surge una respuesta melancólica. La depresión sería así un estado de duelo por el objeto libidinoso perdido en el cual, el instinto agresivo que se genera se internaliza, desarrollándose autoagresión contra el objeto internalizado con el cual el Yo se identifica. El patrón seguiría la actitud canibalística de la fase oral. Lo cual explicaría las tendencias de conducta en la depresión enmascarada tales como beber, comer, fumar, las cuales se presentan en forma habitual con dolores físicos que suelen ser erráticos y que suelen tener respuestas caprichosas a los analgésicos administrados, alteraciones de los aparatos cardiovascular, respiratorio y gastrointestinal.<sup>32</sup> Cuando esto sucede, empieza un círculo vicioso donde la persona se angustia cuando no le encuentran nada, pero su dolor o molestia persiste. En estos casos el diagnóstico de depresión habitualmente es tardío, debido al enmascaramiento de la depresión.*

---

<sup>32</sup> Monedero, C, "Psicopatología General", 1978. 162 pp.

*Según Freud, la melancolía se caracteriza por un estado de ánimo doloroso, la cesación del interés por el mundo, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de las funciones y la disminución significativa del amor propio. En la melancolía existen tres premisas que constituyen la pérdida del objeto, la ambivalencia y la regresión de la libido al yo al narcisismo, el cual será el verdadero motor del conflicto.*

#### **1.1.2.4 Clasificación de la depresión y sus síntomas**

*Actualmente existen dos clasificaciones que son ampliamente utilizadas. La Clasificación Internacional de las Enfermedades de la OMS versión 10 (CIE 10) y la Clasificación de la Asociación Norteamericana (DSM IV-TR).*

##### **1.1.2.4.1 Episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente**

*En los episodios leves, moderados o graves se presenta decaimiento del ánimo, reducción de la energía y disminución de la actividad. Además se presenta un deterioro en la capacidad de disfrutar. Habitualmente el sueño está perturbado, hay disminución del apetito, casi siempre hay sentimientos de culpa así como la pérdida de la autoestima y confianza en sí mismo. El decaimiento del ánimo cambia poco día a día y es discordante con las circunstancias. Puede acompañarse de varios síntomas tales como insomnio, empeoramiento matinal, retraso psicomotor, pérdida del apetito, peso y de la libido. La severidad de la depresión va a depender del número de síntomas y de la severidad de ellos. El trastorno depresivo recurrente presenta similar sintomatología, pero la persona ha experimentado al menos un episodio previo. El diagnóstico es clínico y debe hacerse en una entrevista que utilice criterios diagnósticos como los que se*

encuentran en el CIE 10 (Tabla no.5) para Episodio depresivo.<sup>33</sup>

<b>Criterios Diagnósticos Generales para Episodio Depresivo según CIE 10</b>
A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.
C. Síndrome somático: comúnmente se considera que los síntomas somáticos tienen un significado clínico especial y en otras clasificaciones se les denomina melancólicos. 1. Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar actividades que normalmente eran placenteras. 2. Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta. 3. Despertarse en la mañana 2 o más horas antes de la hora habitual. 4. Empeoramiento matutino del humor depresivo. 5. Presencia de enlentecimiento motor o agitación. 6. Pérdida marcada del apetito. 7. Pérdida del peso de al menos 5% en el último mes. 8. Notable disminución del interés sexual.

Tabla no.5. Adaptado de Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10

El diagnóstico según nivel de gravedad se realiza utilizando los Criterios Diagnósticos para Episodio Depresivo según CIE-10 (Tabla no.6).

<b>Criterios Diagnósticos para Episodio Depresivo según CIE 10</b>
A. Criterios generales para episodio depresivo. 1. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. 2. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.

<sup>33</sup>OMS. CIE-10, "Trastornos mentales y del comportamiento: Pautas diagnósticas y actuación en atención primaria".31 pp.

<p>B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas.</li> <li>2. Marcada pérdida de los intereses o capacidad de disfrutar actividades que anteriormente eran placenteras.</li> <li>3. Falta de vitalidad o aumento de fatigabilidad.</li> </ol>
<p>C. Además debe estar presente uno o más síntomas de la siguiente lista, para que la suma total sea al menos de 4:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pérdida de confianza y estimación de sí mismo, sentimientos de inferioridad.</li> <li>2. Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada.</li> <li>3. Pensamientos recurrentes de muerte, suicidio o cualquier conducta suicida.</li> <li>4. Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones.</li> <li>5. Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición.</li> <li>6. Alteraciones del sueño de cualquier tipo.</li> <li>7. Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación de peso.</li> </ol>
<p>D. Puede haber o no Síndrome somático. (Ver tabla no.5)</p>

Tabla no.6. Adaptado de Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10

*Según el grado de intensidad de la depresión, el CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades/OMS) divide la depresión en:*

**a. Episodio depresivo leve (F32.0) (Depresión leve):**

*Están presentes dos o tres síntomas del criterio B (Tabla no. 6). La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades.*

**b. Episodio depresivo moderado (F32.1) (Depresión moderada):**

*La persona con un episodio moderado probablemente tendrá grandes dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.<sup>34</sup> Están presentes al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un total mínimo de 6 síntomas de la tabla no.6.*

**c. Episodio depresivo severo sin síntomas psicóticos (F32.2) (Depresión severa):**

*Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas, acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3). Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo. Deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas en total en la tabla no. 6. Incluye los episodios depresivos del trastorno bipolar y las depresiones refractarias a tratamiento.<sup>35</sup>*

**1.1.2.5 Consecuencias y complicaciones**

La complicación más conocida de la depresión es el suicidio. Hasta el 15% de pacientes deprimidos se suicidan. La mayoría de pacientes suicidas consultan dos o tres veces a médicos o psiquiatras por dolencias inespecíficas antes de cometer el acto.

---

<sup>34</sup>Ministerio de Salud, "Guía Clínica para el tratamiento de personas con depresión", 2006. 6 pp.

<sup>35</sup>Op.cit. 7 pp.

*El suicidio puede tener muchas causas, puede ser una inversión de las tendencias agresivas e intentos de encontrar alivio de los sentimientos de culpa; pueden expresar un deseo de “comprar” el olvido del medio bajando el nivel del Yo o pueden ser un esfuerzo para escapar. Es el grado más elevado de la inversión de las tendencias destructivas.<sup>36</sup> Existen ciertos signos que se deben tener en cuenta y que indican que el depresivo está considerando la posibilidad del suicidio. Pocas veces se presenta el suicidio como un impulso súbito.*

*En la depresión, como en cualquier otra enfermedad, las circunstancias dependen del individuo. La mayoría de los depresivos hacen insinuaciones y comentarios que indican un propósito de suicidio.<sup>37</sup> La preocupación obsesiva en pensamientos suicidas se considera patológica. Para los psiquiatras clínicos, los atentados de los pacientes contra sí mismos constituyen un reto importante en la prevención y en el tratamiento. En la actualidad, las amenazas suicidas predominan como un medio de dominar y manipular a otras personas. Se utilizan para forzar relaciones amorosas; en el matrimonio, para impedir que dichas relaciones se disuelvan, para obligar a los padres a que aprueben los deseos de los hijos o viceversa, para obtener un trato favorable, etc. Se estima que las tentativas de suicidio sin éxito son de 5 a 50 veces más frecuentes que los suicidios con éxito. La frecuencia de los suicidios varía entre un país y otro, y entre una cultura y otra y es inversamente proporcional a la frecuencia de los homicidios.<sup>38</sup>*

Desde este punto de vista, todas las enfermedades, los dolores inespecíficos, las depresiones, deben ser tratadas para evitar que el individuo continúe haciéndose daño o si ya está instalada la enfermedad, que esta no progrese.

---

<sup>36</sup>Bleichmar, H, “La depresión: un estudio psicoanalítico”, 1978.13 pp.

<sup>37</sup>Wolff, W, “Introducción a la psicopatología”, 1956. 359 pp.

<sup>38</sup>Ministerio de Salud, “Guía Clínica para el tratamiento de personas con depresión”, 2006. 8 pp.

Detectar los problemas depresivos primarios o secundarios permite dar el tratamiento adecuado y evitar complicaciones para quienes sufren este trastorno.

#### **1.1.2.6 Escalas de valoración de la depresión**

*La depresión es uno de los trastornos más frecuentes de la población general y su presentación es cada vez mayor entre los pacientes crónicos atendidos en las consultas, habitualmente "disfrazada" como otra patología. Detectar si un paciente posee depresión puede ser muy complicado. Las escalas de valoración brindan una orientación sobre el posible padecimiento de este trastorno.*

##### **1.1.2.6.1 Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung**

*La escala de autoevaluación para la depresión de Zung fue diseñada por el Dr. William K. Zung para evaluar el nivel de depresión en pacientes diagnosticados con algún desorden depresivo.*

*Está conformada por 20 aspectos en la escala que indican las 4 características más comunes de la depresión: el efecto dominante, los equivalentes fisiológicos, perturbaciones y actividades psicomotoras. Consiste en diez preguntas elaboradas de forma positiva y otras diez de forma negativa. Cada pregunta se evalúa en una escala de 1-4 (poco tiempo, algo de tiempo, una buena parte del tiempo y la mayor parte del tiempo). El rango de calificación es de 20-80. A estos se les da una valoración de 25-49, rango normal; de 50-59, ligeramente deprimido; de 60-69, moderadamente deprimido y de 70 o más, severamente deprimido.<sup>39</sup>*

---

<sup>39</sup> Zung, WW, "A self-rating depression scale", 1965. [www.mentalhealthministries.net](http://www.mentalhealthministries.net).

## **1.2 Delimitación**

El estudio investigativo se llevó a cabo en el centro de salud zona 3, durante el período de octubre a noviembre del año 2011, se trabajó únicamente con una población de 100 personas del sexo femenino ubicadas en un rango de edad que oscila entre 20 y 45 años. Se investigó el número de pacientes que padecen depresión, para esto se realizó una clasificación de acuerdo a los diferentes niveles en que este trastorno puede presentarse, se profundizó en las causas psicosociales desencadenantes de esta problemática mediante entrevistas, el rango de edad más afectado y como complemento del estudio se exploró el número de pacientes con tendencias suicidas.

## **CAPÍTULO II**

### **TÉCNICAS E INSTRUMENTOS**

#### **2.1 Técnicas**

##### **2.1.1 Técnica de muestreo**

###### Muestra

Se trabajó con una población de 100 mujeres elegidas de manera aleatoria en la medida en que se asistieron al centro de salud de la zona 3 durante el mes de octubre y noviembre para la recolección de datos del proceso de investigación.

##### **2.1.2 Técnica de recolección de datos**

El estudio se realizó dentro de las instalaciones del centro de salud de la zona 3, en donde se abordó a pacientes del sexo femenino y se les aplicó el test de autoevaluación de la depresión de W. Zung (Ver anexo) con el propósito de medir la incidencia y depresión presentes en la población femenina. Posteriormente, con los resultados obtenidos en esta evaluación, se clasificó únicamente a quienes sufrían depresión severa y se les realizó una entrevista que constaba de 10 preguntas estructuradas con respuestas “sí” y “no”, en combinación con preguntas abiertas “¿por qué?” (Ver anexo), realizado con el propósito de encontrar las posibles causas que contribuyeron al desarrollo de dicho trastorno. A lo largo del proceso se realizaron observaciones, las cuales fueron de gran utilidad para la sustentación del estudio.

##### **2.1.3 Técnica de análisis estadístico**

Con los resultados obtenidos se realizó la tabulación de datos a través del programa Excel. Las variables que se investigaron corresponden a: edad, ocupación, estado civil, causas, pensamientos suicidas y nivel depresivo (leve,

moderado, severo), las cuales fueron representadas gráficamente en porcentajes y frecuencias para una mejor proyección de los resultados. Posteriormente se procedió a la interpretación, análisis y explicación de los resultados.

#### Resultados de las causas de depresión:

El procedimiento que se utilizó fue mediante una entrevista de 10 preguntas estructuradas la cual fue aplicada a las pacientes con depresión severa en donde debían responder “sí”, “no” y “¿por qué?” a las preguntas realizadas.

#### Resultados de los niveles de depresión:

A través de la autoaplicación del test de W. Zung fue posible realizar una clasificación de los niveles depresivos en las pacientes femeninas en donde se tomaron en cuenta las respuestas afirmativas ponderándolas según la escala correspondiente para determinar el grado en que la paciente sufre el trastorno ya sea leve, severo o moderado.

#### Aspectos éticos de la investigación:

La investigación fue realizada bajo estrictas medidas de confidencialidad con el objeto de proteger la identidad de las pacientes objeto de estudio.

## **2.2 Instrumentos**

### **1. Test de Zung**

La escala de autoevaluación para la depresión fue diseñada por del Dr. William K. Zung, se aplicó con el objeto de evaluar el nivel de depresión. Está conformada por 20 aspectos en la escala que indica las 4 características más comunes de la depresión: efecto dominante, los equivalentes fisiológicos, perturbaciones y actividades psicomotoras. Consiste en diez preguntas elaboradas de forma positiva y otras diez en forma negativa. Cada pregunta se evaluó en una escala de 1-4 (muy pocas veces, algunas veces, la mayor parte

del tiempo y siempre). El rango de calificación es de 20-80. A estos se le dio una valoración de 25-49, rango normal; de 50-59; ligeramente deprimido; de 60-69; moderadamente deprimido y de 70 0 más, severamente deprimido. A través de este instrumento se determinaron los niveles depresivos que sufre la población femenina ya sea ligera, moderada y severamente deprimida, resultados que fueron de utilidad para la sustentación de esta investigación. Se aplicó a las 100 pacientes elegidas de manera aleatoria dentro de período establecido para la ejecución del estudio.

## **2. Entrevista**

Consiste en una serie de 10 preguntas estructuradas, con respuestas “sí” y “no”, en combinación con preguntas abiertas en donde se investigó el “¿por qué?”. Todas las preguntas estuvieron enfocadas en conocer las causas, entorno, estado anímico, dificultades, estado de salud, pensamientos suicidas y conocimientos sobre la depresión. A través de este instrumento se obtuvieron los datos generales de las entrevistadas así como un panorama más amplio sobre las causas psicosociales, el estado anímico de las pacientes, pensamientos suicidas y si tenían conocimiento sobre lo que es la depresión. Se aplicó únicamente a las pacientes con depresión severa.

## **CAPÍTULO III**

### **PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

#### **3.1 Características del lugar y de la población**

##### **3.1.1 Características del lugar**

El centro de salud de la zona 3, fue fundado en el año del 1978, se encontraba ubicado entre la 21 y 22 calle de la Avenida Elena, a raíz del terremoto fue trasladado a la 26 calle 5-43 de la zona 3, donde se sitúa actualmente.

Según lo que dio a conocer la Dra. Gladys de Medina, anterior Directora del centro de salud, este era una editorial de Recursos Humanos que poco a poco se fue construyendo con el Ministerio de salud y Médicos sin fronteras. Era el único centro con especialistas (oftalmólogos, otorrinolaringólogos, dermatólogos, etc.). También tenían programas en escuelas con psicología, programa de Alimentos (de primera necesidad), que se repartían en las colonias alrededor del centro de salud.

En el año 1993, se construyó un edificio con clínicas, secretaría, etc. A partir de esa fecha el 50% de los suplementos que poseen corresponden a diversas aportaciones de empresas privadas e internacionales.

El centro de salud de la zona 3, presta servicios a la población guatemalteca residente en los alrededores de la zona 3, población con bajos recursos económicos y de una salud precaria. Estos servicios son: Medicina general, Trabajo social, Farmacia, Psicología, Enfermería, Odontología, Laboratorio clínico, Ginecología, etc. Es de mencionar también que desde hace 4 años se encuentra bajo la dirección general del Dr. Oscar Cifuentes, quien entre otras

cualidades, ha sabido coordinar y dirigir todos los programas del centro de salud, promoviendo la armonía y la comunicación asertiva entre todo el personal, así como incentivando al diálogo para la mejor solución de las eventualidades y en general, humanamente mostrándose sensible para todo el apoyo que pueda proporcionar.

Los horarios de atención con los que cuenta dicho centro, son de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 15:30 p.m. y de 14:00 a 19:00 horas y sábados de 7:00 a 18:30 horas.

### **3.1.2 Características de la población**

La población que asiste al centro de salud vive en los alrededores del sector de la zona 3, en especial cerca del basurero de la misma zona. Cuentan con bajos recursos económicos y con múltiples problemas físicos, sociales, emocionales, educativos, etc. También abarcan niños y niñas de las escuelas que se ubican dentro de la misma zona.

Dentro de la población que es atendida en el centro de salud mayormente son de sexo femenino, de religión católica y evangélica; la mayoría son ladinos y algunos indígenas. El nivel socio-económico es bajo, lo que conlleva una limitación en la preparación académica, condiciones de vivienda precarias, inadecuada salud mental y corporal.

## **3.2 Presentación, Análisis e Interpretación de Resultados**

### **3.2.1 Análisis Global**

Los resultados del estudio indican que el 86% de las mujeres que fueron

evaluadas en el centro de salud de la zona 3 presentaron trastornos depresivos, siendo la depresión severa la que generó mayor impacto ocupando el 35% de la población objeto de estudio, resultados que nos presentan un amplio panorama de la situación de salud mental que atraviesa la mujer, en donde es evidente que el trastorno se ha desarrollado como un patrón a seguir en vista de las condiciones emocionales, económicas, sociales, laborales y sexuales a las que se ve expuesta diariamente. La depresión se ha convertido en una manifestación ante el malestar, desesperación y sufrimiento que vive.

Se encontró que los problemas de relación de pareja constituyen la principal causa que contribuyó al desarrollo de esta patología. Lamentablemente la desigualdad de género compromete la integridad de la mujer debido a que en las relaciones de pareja es más común que sea el hombre quien cometa una infidelidad, situación que resulta difícil de superar para la mujer que la padece, ya que no tiene acceso a las mismas oportunidades de su pareja y por consiguiente si han procreado, es mucho más difícil pensar en una separación. La mujer siempre ha sido marginada por el hombre y desde temprana edad se le ha hecho sentir que no vale y que no es capaz de hacer nada, por lo que muchas veces el temor la obliga a permanecer al lado de un hombre que la engaña, la agrede física, sexual y psicológicamente.

Los problemas de pareja también pueden ser de carácter económico, debido a que en este tipo de población no se cuenta con los recursos necesarios para salir adelante, lo cual genera dificultades entre la pareja pues no encuentran soluciones para responder a las demandas de sus hijos. Según el estudio, la mayor parte de mujeres se encuentran limitadas a las tareas domésticas y al cuidado de los hijos, situaciones que precipitan al desarrollo del trastorno, en vista de que la mujer no se siente productiva y útil sino más bien presa de una rutina que la envuelve y no la deja demostrarse a sí misma y a los demás de lo

que es capaz. Otra de las razones por las que existen conflictos de pareja es debido al ámbito laboral, en algunos casos el hombre pasa demasiado tiempo en el lugar de trabajo y descuida la atención en el hogar, o bien, se le presentan dificultades que lo conducen a pelear con su pareja, en donde muchas veces las peleas y discusiones terminan en golpes y agresiones de todo tipo.

En relación al rango de edad más afectado el estudio reveló que se encuentra comprendido entre los 25-29 años, lo cual representa un dato bastante alarmante pues es precisamente a esta edad cuando generalmente la mujer atraviesa la mejor parte de su vida ya que es una etapa llena de ilusiones, deseos, motivaciones, necesidades, sueños y decisiones de las cuales dependerá el éxito en su vida futura. Es increíble que para las pacientes evaluadas la vida se limite a seguir un patrón en donde todas sus expectativas de vida se ven frustradas.

Cabe mencionar que la mayoría viven en unión libre, siendo común que desde muy jovencitas inicien su vida sexual y tengan como principal objetivo irse de casa. Esto debido a diferencias con los padres, falta orientación, inmadurez, ignorancia y por temor al abandono, por lo que prefieren vivir con su pareja sin evaluar los riesgos que esto conlleva.

Es evidente que gran parte de las pacientes atendidas revelaron que nunca habían escuchado del trastorno, lo cual refleja la importancia del nivel educativo. Se ha analizado que a lo largo de su vida la mujer ha aprendido un serie patrones, que han sido internalizados en los primeros años y que han sido una manera de dirigir su forma de vivir, pensar, sentir, actuar y ver la vida, situación que ha cambiado, por lo que en la actualidad la mujer ha ido recuperando su lugar en la sociedad por su alta productividad, valores, capacidad e integridad que la ponen al mismo nivel que al hombre.

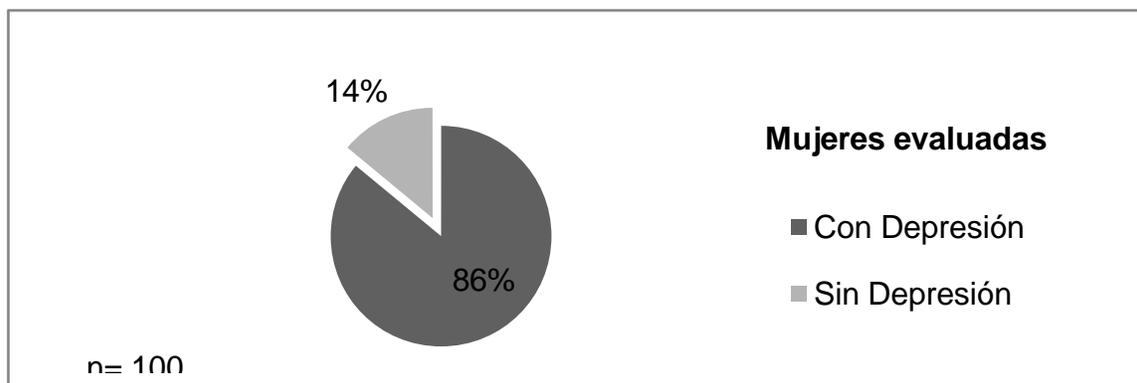
En nuestro país, las mujeres y niñas carecen de oportunidades y condiciones que les permitan hacerse conscientes de lo valiosas que son, de lo importante es que conozcan el mundo laboral, de que sean productivas, libres y sobre todo de que valoren su vida como el tesoro más preciado. A través de este estudio se confirmó que la depresión se está presentando cada vez en edades más tempranas siendo la responsable del sufrimiento y deterioro de la salud mental de los individuos, principalmente del sexo femenino.

### 3.2.2 Análisis cuantitativo

La población objeto de estudio estuvo comprendida por 100 pacientes de sexo femenino, de las cuales el 86% presentó algún nivel depresivo (Ver gráfica #1). Lo anterior significa que la depresión es un trastorno que ha presentado una alta prevalencia aun en muestras de menor tamaño que nos expresan un panorama de la situación de salud mental que sufre el sexo femenino.

**Gráfica#1**

Mujeres evaluadas que asistieron al centro de salud de la zona 3, durante el período de octubre a noviembre 2011.



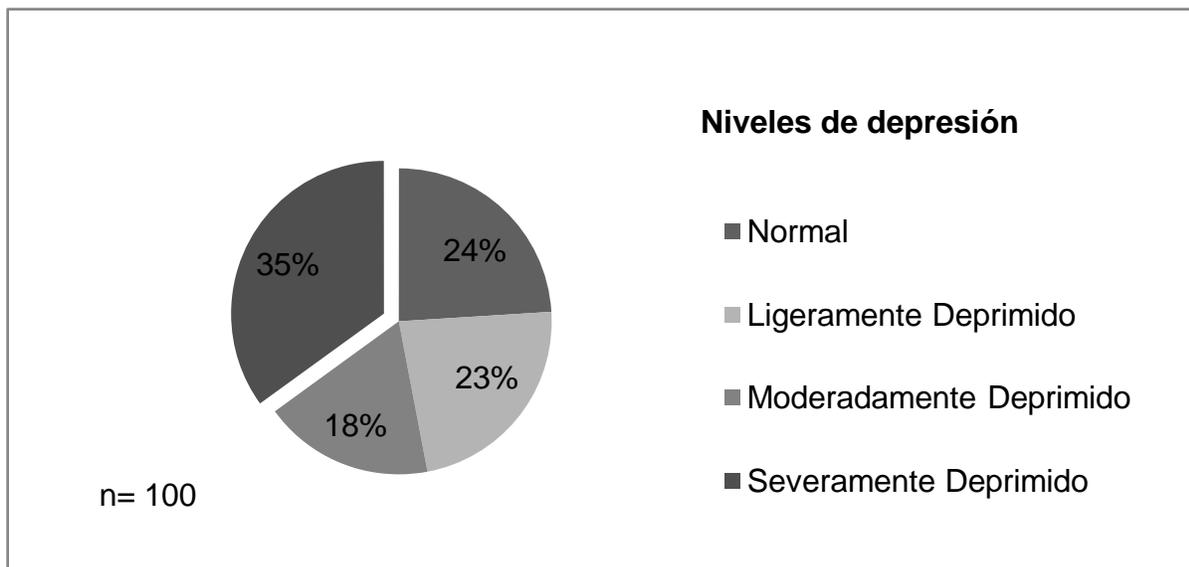
Fuente: Boleta de Recolección de datos / Test de Zung

En la presente gráfica se puede apreciar que de las pacientes que fueron evaluadas el 14% no reveló depresión mientras que el 86% presentó algún nivel depresivo. Es notorio que el trastorno va en aumento debido a que la gran mayoría de mujeres a quienes se les aplicó el Test de Zung la padecen.

En relación a los niveles de depresión los hallazgos reportaron que de las 100 pacientes el 24% no presentó depresión; el 23% se encontró ligeramente deprimida; el 18% moderadamente deprimida y el 35% severamente deprimida (Ver gráfica #2). Por lo anterior se puede inferir que la depresión severa está cobrando mayor fuerza en la medida en que se encuentra de manera enmascarada y por tal razón muchas pacientes no tienen conciencia de que la padecen.

### Gráfica#2

Niveles de depresión en mujeres que asistieron al centro de salud de la zona 3, durante el período de octubre a noviembre 2011.



Fuente: Boleta de Recolección de datos / Test de Zung

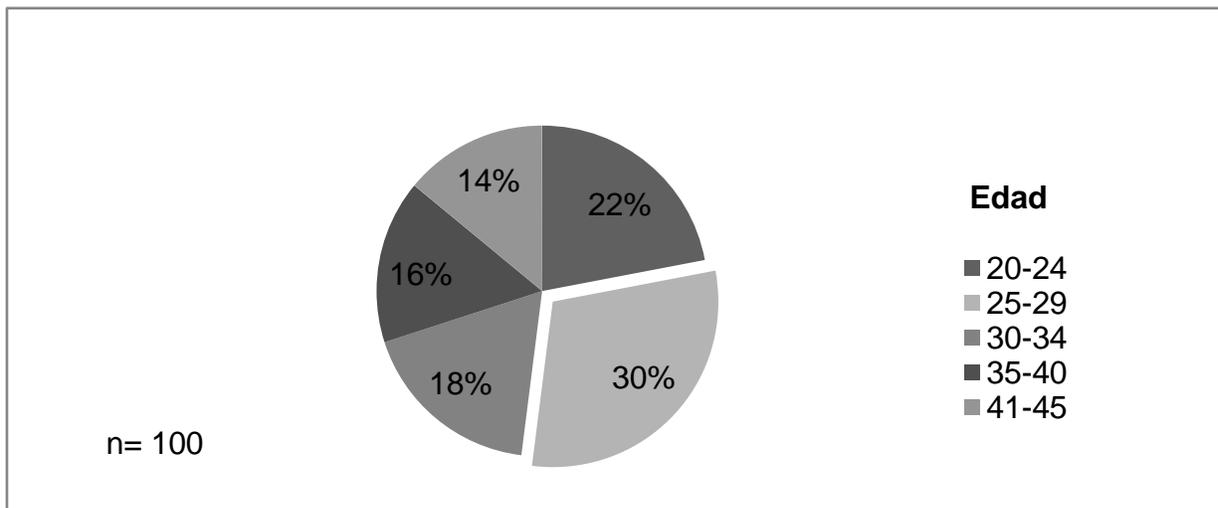
Los niveles de depresión representan la clasificación realizada por el Dr. Zung, los cuales permiten determinar el grado en que se sufre el trastorno

depresivo. Esta gráfica reporta que el 35% posee depresión severa, indicando que son los pacientes a quienes se les debe brindar atención clínica inmediata por ser el grupo que presenta mayor riesgo en el deterioro de su salud mental.

Las pacientes que asistieron al centro de salud se encontraban en edades comprendidas entre 20 a 45 años. Se reveló que de había 20 a 24 años, el 22%; de 25 a 29 años, el 30%; de 30 a 34 años, el 18%; de 35 a 40 años, el 16% y de 41 a 45 años, el 14% (Ver gráfica #3). Lo cual reportó que la edad más afectada por depresión es en pacientes que oscilan entre los 25 a 29 años, un dato que resulta preocupante por el hecho que la depresión cada vez se está presentando en edades más precoces, deteriorando no solo su salud mental sino su calidad de vida.

### Gráfica#3

Edad de mujeres que asistieron al centro de salud de la zona 3, durante el período de octubre a noviembre 2011.



Fuente: Boleta de Recolección de datos / Test de Zung

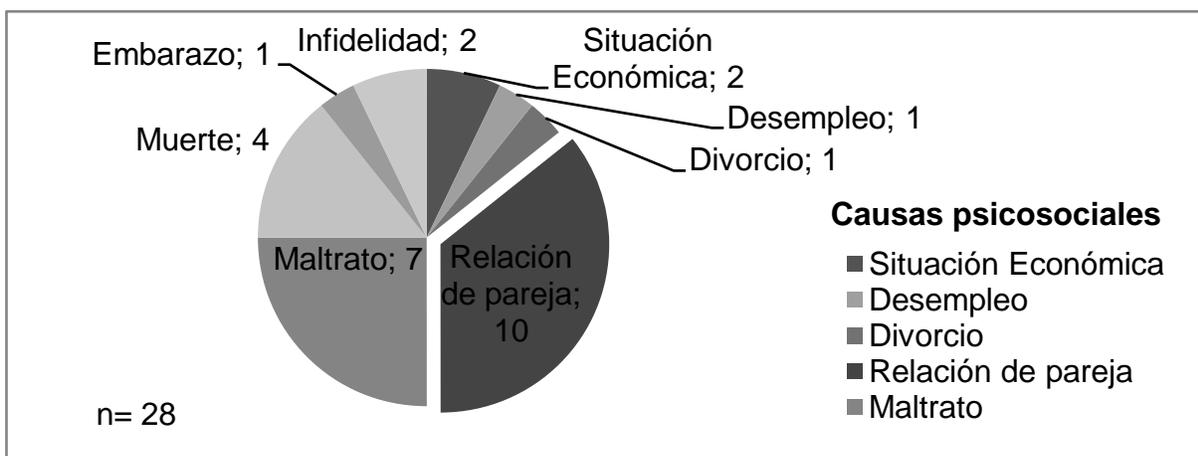
La presente gráfica reportó que el rango de edad más afectado por este trastorno oscila entre los 25 a 29 años con un 30% lo cual indica que cada vez

los trastornos de este tipo pueden presentarse a temprana edad a consecuencia de los diferentes factores psicosociales que intervienen en la vida de la mujer.

Para el estudio de las causas psicosociales desencadenantes de la depresión se tenía contemplado aplicar entrevistas al 35% de pacientes con depresión severa con el objeto de profundizar en los factores que colocan a la mujer en mayor vulnerabilidad a padecerla, de las cuales únicamente se pudo establecer contacto con el 28%, lo cual reportó que el 2% sufre el trastorno a consecuencia de la situación económica; el 1% por desempleo; el 1% por divorcio; el 10% por relación de pareja; 7% por maltrato; 4% muerte; 1% embarazo y 2% infidelidad (Ver gráfica #4). Lo cual permitió determinar que la causa más frecuente de depresión son los problemas de pareja. En este aspecto a la mujer desde sus primeros años de vida se le instruye para que sirva y atiende a su pareja, la mujer nace dependiente y en poblaciones como la que fue objeto de estudio es algo muy común. La mujer no aprende a expresar sus sentimientos, emociones e impulsos.

#### Gráfica#4

Causas psicosociales de la depresión en mujeres que asistieron al centro de salud de la zona 3, durante el período de octubre a noviembre 2011.



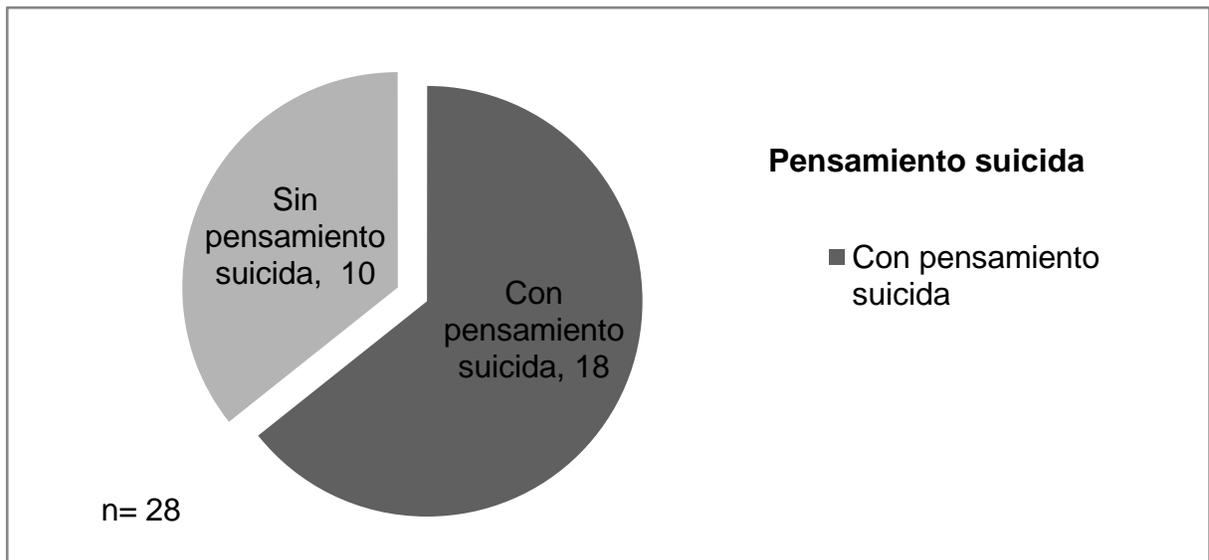
Fuente: Boleta de Recolección de datos /Entrevista

En base a los resultados obtenidos de las entrevistas realizadas a pacientes con depresión severa se encontró que 10 de ellas colocan a los problemas de relación de pareja como principal factor desencadenante de la depresión, hallazgos que también se encuentran estrechamente relacionados con los intentos de suicidio.

Como toda patología la depresión trae una serie de complicaciones o consecuencias pero una de las más alarmantes es el suicidio, el cual reveló que del 28% de pacientes con depresión severa el 18% tuvieron intención de quitarse la vida, esto como consecuencia de problemas con su pareja, enfermedad o maltrato (Ver gráfica #5).

#### Gráfica#5

Frecuencia de mujeres que presentan depresión severa con pensamiento suicida, las cuales asistieron al centro de salud de la zona 3, durante el período de octubre a noviembre 2011.



Fuente: Boleta de Recolección de datos /Entrevista

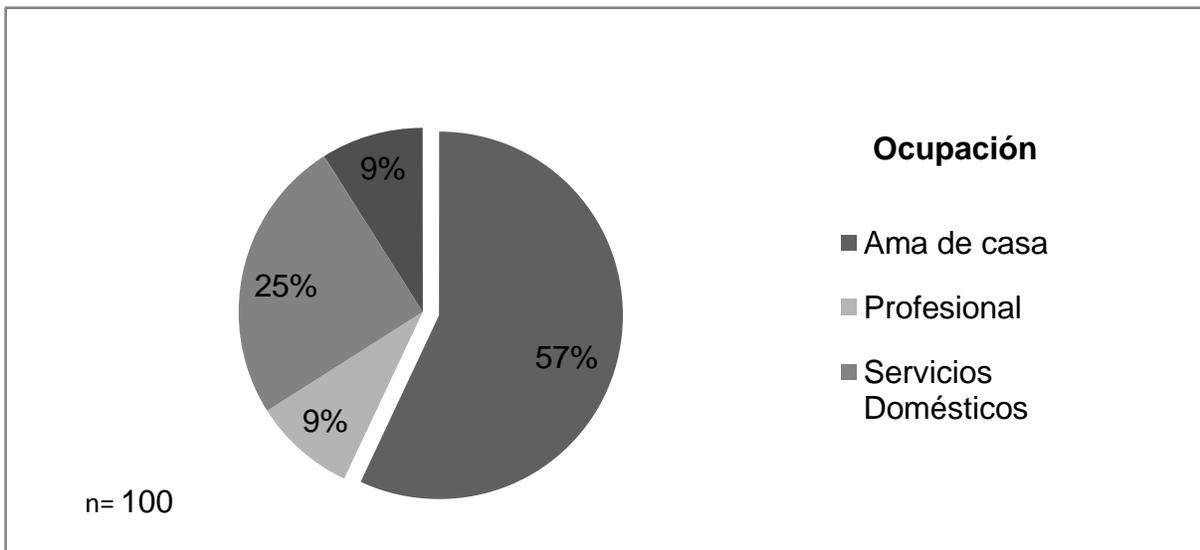
De las entrevistas realizadas a pacientes con depresión severa se encontró

que 18 han pensado en quitarse la vida ante alguna dificultad, lo cual resulta alarmante debido a las consecuencias irreparables que trae un suicidio, tanto para el que lo realiza como para quienes forman parte de su núcleo primario de apoyo.

A manera de complementar el estudio también se investigó la ocupación revelando que el 57% son amas de casa; 9% profesionales; 25% servicios domésticos y el 9% comerciantes (Ver gráfica #6). Lo cual refleja claramente que en muchos hogares la mujer aun continua bajo la sombra de su pareja siendo víctima de una sociedad machista.

### Gráfica#6

Ocupación de mujeres que asistieron al centro de salud de la zona 3, durante el período de octubre a noviembre 2011.



Fuente: Boleta de Recolección de datos /Test de Zung

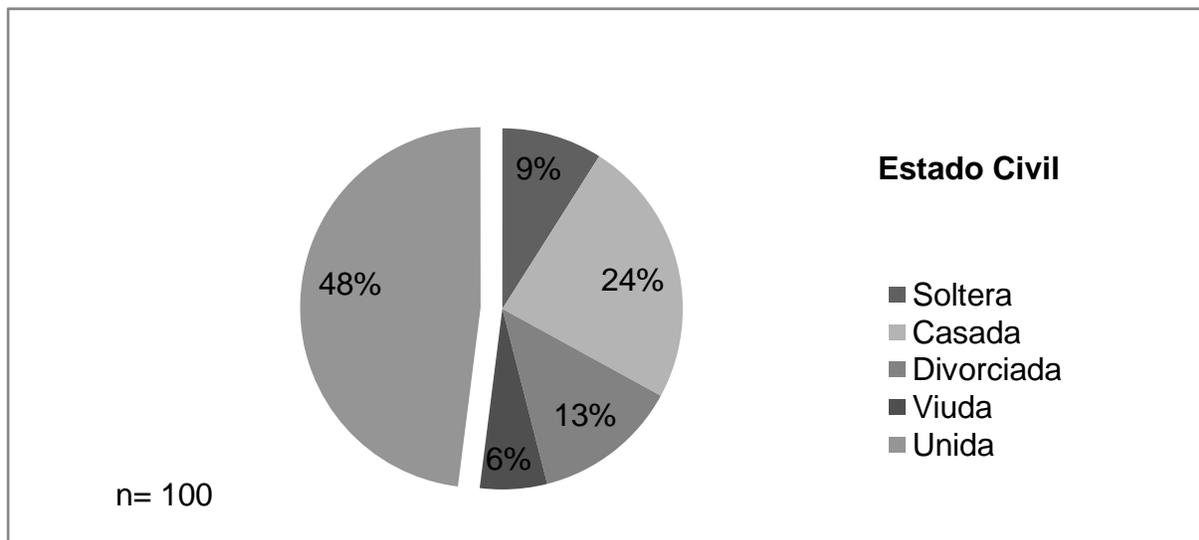
En la presente gráfica se reportó que el 57% son amas de casa ,a esta le siguen las mujeres que se dedican a los servicios domésticos con el 25%, en donde se pudo evidenciar que gran parte de la población femenina aún se encuentra limitada al hogar y tareas domésticas lo cual ha ocasionado que la

mujer no se integre a la sociedad ni tenga acceso a la educación al mismo nivel que el hombre.

Por otro lado se exploró el estado civil en donde se encontró que el 9% se encuentran solteras; 24% casadas; 13% divorciadas, 6% viudas y 48% viven en unión libre, situación a la que han tenido que recurrir las mujeres hoy en día debido a las relaciones a temprana edad, embarazos indeseados, a la ignorancia y para la pareja resulta un beneficio pues no tiene un compromiso que lo obligue a estar en la relación (Ver gráfica #7).

### Gráfica#7

Estado civil de mujeres que asistieron al centro de salud de la zona 3, durante el período de octubre a noviembre 2011.



Fuente: Boleta de Recolección de datos /Test de Zung

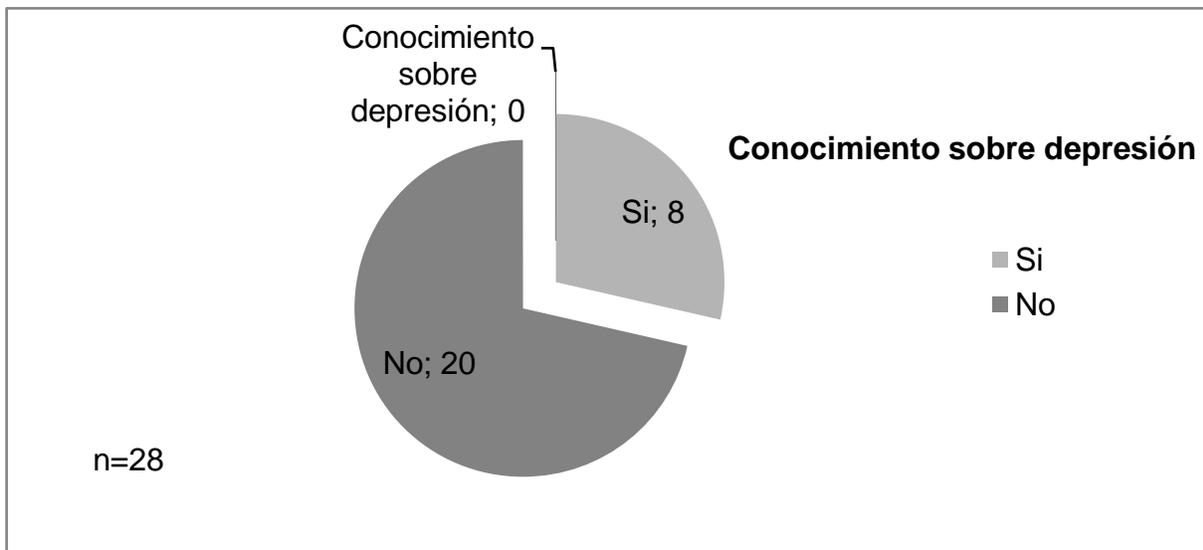
En esta gráfica se encontró que el 48% de las mujeres viven en unión libre a consecuencia de situaciones como embarazo, relaciones sexuales a temprana edad, problemas con el núcleo primario de apoyo por lo que la mayoría de mujeres prefieren unirse a su pareja con la esperanza de que sea este quien

cubra sus necesidades. En este tipo de relación generalmente no hay garantías ya que no existe compromiso de ningún tipo.

Debido a la población con la que se trabajó también se estudió el conocimiento que tienen sobre la depresión, específicamente con pacientes que sufren depresión severa que corresponden al 28%, lo cual reveló que solo el 8 han escuchado hablar del trastorno y comprenden en qué consiste (Ver gráfica #8). Lo cual nos indicó que la población podría estar sufriendo un trastorno en un nivel de gravedad sin darse cuenta.

### Gráfica#8

Frecuencia de pacientes que conocen lo que es la depresión que asistieron al centro de salud de la zona 3, durante el período de octubre a noviembre 2011.



Fuente: Boleta de Recolección de datos /Entrevista

De las entrevistas realizadas a pacientes con depresión severa se encontró que 20 no tienen conocimiento de lo que es la depresión debido a que en su mayoría no poseen acceso a la educación a consecuencia de que pertenecen a

una población de escasos recursos. En algunos casos comentaron que nunca habían escuchado sobre el trastorno. Las otras 8 pacientes mencionaron que saben lo que es la depresión y en su mayoría asisten a grupos de apoyo.

## **CAPÍTULO IV**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **4.1 Conclusiones**

1. Según los datos obtenidos se encontró que el 86% de pacientes sufren de algún nivel depresivo en donde el 35% reportó depresión severa.
2. De las entrevistas realizadas con pacientes que sufren depresión severa se encontró que en la mayoría de casos la principal causa que conduce a dicho trastorno corresponde a conflictos en la relación de pareja. Al mismo tiempo reveló que 18 de ellas han pensado en el suicidio como un medio para evitar el sufrimiento.
3. Se determinó que del 86% de pacientes, el rango de edad más afectado se encuentra comprendido entre los 25-29 años con el 30%, en donde la ocupación más común fue ama de casa con el 57%, de las cuales el 48% viven en unión libre.
4. De las pacientes entrevistadas con depresión severa también se estudió el conocimiento que poseen sobre dicho trastorno el cual reveló que 20 de ellas ignora en qué consiste y qué lo causa a consecuencia del poco acceso a la educación y nivel socioeconómico.
5. La mujer presenta mayor tendencia a la depresión a consecuencia de su condición social, patrones de crianza y patrones culturales que no le han permitido desarrollar un equilibrio emocional adecuado para manejar las diferentes demandas de la vida cotidiana.

## 4.2 Recomendaciones

Partiendo de que la salud mental es un pilar importante del establecimiento, mantenimiento y desarrollo de una buena calidad de vida, es preciso realizar ciertas acciones con el objeto de ayudar a la población que sufre depresión y para quienes están en vías de desarrollarla.

Al centro de salud zona 3:

- Implementar programas de salud mental que den a conocer sobre este tipo de trastornos y la manera en que puede manejarse.
- Crear grupos de apoyo que contribuyan a mejorar la salud mental de la población femenina.

A la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos:

- Que a través de los estudiantes de psicología los hallazgos de este estudio sean de utilidad para crear estrategias que permitan erradicar la depresión en poblaciones de este tipo, mediante el desarrollo de programas que estén orientados a brindar atención psicológica.

A la Población en General:

- Tomar conciencia de la magnitud de este trastorno y sus consecuencias a nivel físico, psicológico y social con el fin de apoyar a quienes lo padecen y prevenir este trastorno en edades tempranas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Barrera, AG, "Relación entre niveles de depresión y clase funcional en pacientes con artritis reumatoide". Tesis de Medicina. Universidad de San Carlos de Guatemala, 2001.
2. Bleichmar, H, "La depresión: un estudio psicoanalítico". 2ª Edición. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión, 1978. 11-16 pp.
3. Gómez Restrepo, C., Bohórquez A., Pinto Masis D., Gil Laverde JFA., Rondón Sapúlveda M. & Díaz Granados, N, "Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana". Rev. Panamericana de Salud Pública, 2004. 378-386 pp. Disponible en: <http://journal.paho.org>.
4. Herrmannsdörfer de Zaid, M, "Trastornos en el estado de ánimo: Depresión Unipolar en Adolescentes Guatemaltecos". Universidad del Valle de Guatemala. Disponible en: <http://www.coedu.usf.edu>.
5. Knittel, L, "Vencer la depresión". 1ª ed. Editorial Nowtilus, 2007. 13-21 pp.
6. Kolb, LC, "Psiquiatría Clínica Moderna". 5ª ed. México: Editorial La Prensa Médica Mexicana, 1976. 121,137-138, 454-455 pp.
7. Lara, MA., Acevedo, M., Berenzon, S, "Depresión femenina vista desde la subjetividad de las mujeres". Revista del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz [Versión electrónica], 2007. Disponible en: <http://www.scielo.br>.

8. Ledesma Jimeno, A., Melero Marcos, L, "Estudios sobre las depresiones". 1ª ed. España: Ediciones Universidad de Salamanca, 1989. 93-117, 147-159, 13-20, 329-355 pp.
9. Ministerio de Salud, "Guía Clínica para el Tratamiento de personas con depresión". 1ª ed. Santiago, Chile: Editorial Minsal, 2006. 4-8, 20 pp.
10. Monedero, C, "Psicopatología General". 2ª ed. Madrid, España: Editorial Biblioteca Nueva, 1978. 158-162 pp.
11. National Institute of Mental Health (NIMH): Estados Unidos; [actualizado el 3 de febrero del 2009; accesado el 21 de junio del 2011]. Disponible en: <http://www.nimh.nih.gov>.
12. Organización Mundial de Salud (OMS). CIE-10 Trastornos Mentales y del Comportamiento: "Pautas diagnósticas y de actuación en atención primaria". Madrid: Editorial Meditor. 30-31 pp.
13. Organización Panamericana de la Salud-Bolivia, "La depresión, una crisis global". Londres, Inglaterra, 2009. Disponible en: <http://www.ops.org.bo>.
14. Oficina de Salud Mental del Estado de Nueva York (OMH): Mujer y depresión; [actualizado el 30 de marzo del 2010]. Disponible en: <http://www.omh.state.ny.us>.
15. Sturgeon, W, "Depresión: Cómo identificarla, cómo superarla y cómo curarla". 3ª ed. México: Editorial Grijalbo S.A, 1987. 23-39, 57-69, 70-83 pp.

16. Vara, AA, "Aspectos generales de la depresión: una revisión empírica". 1ª ed. Lima, Perú: Editorial Biblioteca Nacional del Perú, 2006. 16-20 pp.
17. Wolff, W, "Introducción a la psicopatología". 1ª ed. México: Ediciones Fondo de cultura económica, 1956. 359-362 pp.
18. Zung, WW, "A self-rating depression scale". Archives of Gen Psychiatry, 1965.12, 63-70 pp. Disponible en: <http://www.mentalhealthministries.net>.
19. Castillo, R; Arankowsky, G, "Violencia intrafamiliar como factor de riesgo para trastorno depresivo mayor en mujeres: estudio de casos y controles", 2008. 128-130 pp.
20. González, F, "Psicología de la personalidad", 1985. 118 pp.

## ANEXOS

No. de boleta: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

### 1. Escala de Autoevaluación de W. Zung



#### CENTRO DE SALUD

26 calle 5-43 zona 3

- | Estado Civil                     | Edad                             | Ocupación                                  |
|----------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Soltera    | <input type="radio"/> De 20 a 24 | <input type="radio"/> Ama de casa          |
| <input type="radio"/> Casada     | <input type="radio"/> De 25 a 29 | <input type="radio"/> Profesional          |
| <input type="radio"/> Divorciada | <input type="radio"/> De 30 a 34 | <input type="radio"/> Servicios domésticos |
| <input type="radio"/> Viuda      | <input type="radio"/> De 35 a 40 | <input type="radio"/> Comerciante          |
| <input type="radio"/> Unida      | <input type="radio"/> De 41 a 45 | <input type="radio"/> Otro                 |

#### INSTRUCCIONES:

Lea cada enunciado y decida con qué frecuencia el enunciado describe la forma en que usted se ha sentido en los últimos días.

Por favor marque con una X sobre la columna adecuada.	Muy pocas veces	Algunas veces	La mayor parte del tiempo	Siempre
1. Me siento triste y deprimido.				
2. Por las mañanas me siento mejor que por las tardes.				
3. Frecuentemente tengo ganas de llorar y a veces lloro.				

4. Me cuesta dormir o duermo mal por la noche.				
5. Ahora tengo menos apetito que antes.				
6. Me siento menos atraído por el sexo opuesto.				
7. Creo que estoy adelgazando.				
8. Estoy estreñado.				
9. Tengo palpitaciones.				
10. Me canso por cualquier cosa.				
11. Mi cabeza no está tan despejada como antes.				
12. No hago las cosas con la misma facilidad que antes.				
13. Me siento agitado e intranquilo y no puedo estar quieto.				
14. No tengo esperanza y confianza el futuro.				
15. Me siento más irritable que habitualmente.				
16. Encuentro difícil la toma de decisiones.				
17. No me creo útil y necesario para la gente.				

18. No encuentro agradable vivir, mi vida no es plena.				
19. Creo que sería mejor para los demás que me muriera.				
20. No me gustan las mismas cosas que habitualmente me agradaban.				

### Escala de valoración de resultados

Rango	Nivel de depresión
De 25-49	Rango normal
De 50-59	Ligeramente deprimido
De 60-69	Moderadamente deprimido
De 70 o más	Severamente deprimido

\*Tabla valorativa de la Escala de Autoevaluación de W. Zung

## Entrevista aplicada a pacientes con depresión severa



No. de boleta: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

### CENTRO DE SALUD

26 calle 5-43 zona 3

- | Estado Civil                     | Edad                             | Ocupación                                  |
|----------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Soltera    | <input type="radio"/> De 20 a 24 | <input type="radio"/> Ama de casa          |
| <input type="radio"/> Casada     | <input type="radio"/> De 25 a 29 | <input type="radio"/> Profesional          |
| <input type="radio"/> Divorciada | <input type="radio"/> De 30 a 34 | <input type="radio"/> Servicios domésticos |
| <input type="radio"/> Viuda      | <input type="radio"/> De 35 a 40 | <input type="radio"/> Comerciante          |
| <input type="radio"/> Unida      | <input type="radio"/> De 41 a 45 | <input type="radio"/> Otro                 |

### INSTRUCCIONES:

Responda a las siguientes preguntas, marcando con una "X" la respuesta según su criterio y proporcione la información adicional que se le solicita.

1. ¿Cuál cree que es el estado de ánimo que más le caracteriza?

Alegría

Enojo

Tristeza

Otro: \_\_\_\_\_

2. Considera que su estado de ánimo siempre ha sido así?

SI

NO

¿Por qué?

---

---

---

3. ¿Desde hace cuánto tiempo se siente de esta manera?

1 semana

1 mes

2 semanas

Otro: \_\_\_\_\_

4. ¿Cuál cree que es la causa que ha provocado su estado de ánimo en las últimas dos semanas?

Situación económica

Maltrato

Desempleo

Muerte de alguien cercano

Divorcio

Embarazo

Relación de pareja

Infidelidad

Otro: \_\_\_\_\_

¿Por qué?

---

---

---

5. ¿En qué aspecto de su vida ha tenido mayor dificultad?

- Familiar
- Social
- Laboral
- Sexual
- Emocional

¿Por qué?

---

---

---

6. ¿Padece o ha padecido algún problema de salud?

SI

NO

¿Por qué?

---

---

---

7. ¿Ha consumido alcohol o drogas?

SI

NO

¿Por qué?

---

---

---

8. ¿Ha intentado quitarse la vida?

SI

NO

¿Por qué?

---

---

---

9. ¿Conoce usted que es la depresión?

SI

NO

¿Por qué?

---

---

---

10. ¿Ha considerado buscar ayuda?

SI

NO

¿Por qué?

---

---

---

**Comentarios:**

---

---

---

---

---

---

## Tablas de las gráficas de los resultados

### Cuadro#1

Mujeres evaluadas que asistieron al centro de salud de la zona 3, durante el período de octubre a noviembre 2011.

<b>Mujeres evaluadas</b>	<b>Porcentaje</b>
Con depresión	86
Sin depresión	14
<b>Total</b>	<b>100</b>

Fuente: Boleta de Recolección de datos / Test de Zung

### Cuadro#2

Niveles de depresión en mujeres que asistieron al centro de salud de la zona 3, durante el período de octubre a noviembre 2011.

<b>Niveles de depresión</b>	<b>Porcentaje</b>
Normal	24
Ligeramente deprimido	23
Moderadamente deprimido	18
Severamente deprimido	35
<b>Total</b>	<b>100</b>

Fuente: Boleta de Recolección de datos / Test de Zung

### Cuadro#3

Edad de mujeres que asistieron al centro de salud de la zona 3, durante el período de octubre a noviembre 2011.

<b>Edad</b>	<b>Porcentaje</b>
De 20-24	22
De 25-29	30
De 30-34	18
De 35-40	16
De 41-45	14
<b>Total</b>	<b>100</b>

Fuente: Boleta de Recolección de datos / Test de Zung

### Cuadro#4

Causas psicosociales de la depresión en mujeres que asistieron al centro de salud de la zona 3, durante el período de octubre a noviembre 2011.

<b>Causas psicosociales</b>	<b>Frecuencia</b>
Situación económica	2
Desempleo	1
Divorcio	1
Relación de pareja	10
Maltrato	7
Muerte	4
Embarazo	1
Infidelidad	2
<b>Total</b>	<b>28</b>

Fuente: Boleta de Recolección de datos /Entrevista

### Cuadro#5

Frecuencia de mujeres que presentan depresión severa con pensamientos suicidas, las cuales asistieron al centro de salud de la zona 3, durante el período de octubre a noviembre 2011.

<b>Pensamientos suicidas</b>	<b>Frecuencia</b>
Con pensamiento suicida	18
Sin pensamiento suicida	10
<b>Total</b>	<b>28</b>

Fuente: Boleta de Recolección de datos /Entrevista

### Cuadro#6

Ocupación de mujeres que asistieron al centro de salud de la zona 3, durante el período de octubre a noviembre 2011.

<b>Ocupación</b>	<b>Porcentaje</b>
Ama de casa	57
Profesional	9
Servicios domésticos	25
Comerciante	9
<b>Total</b>	<b>100</b>

Fuente: Boleta de Recolección de datos /Test de Zung

### Cuadro#7

Estado civil de mujeres que asistieron al centro de salud de la zona 3, durante el período de octubre a noviembre 2011.

Estado civil	Porcentaje
Soltera	9
Casada	24
Divorciada	13
Viuda	6
Unida	48
<b>Total</b>	<b>100</b>

Fuente: Boleta de Recolección de datos /Test de Zung

### Cuadro#8

Frecuencia de pacientes que conocen lo que es la depresión que asistieron al centro de salud de la zona 3, durante el período de octubre a noviembre 2011.

Conocimiento sobre depresión	Frecuencia
Si	8
No	20
<b>Total</b>	<b>28</b>

Fuente: Boleta de Recolección de datos /Entrevista